

# **Ziektekostenverzekeringen in Nederland**

*Het nieuwe zorgverzekeringsstelsel 2006*

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>		4
<b>Inleiding</b>		5
<b>1 De Zorgverzekeringswet</b>		10
1.1	Achtergrond	10
1.2	Karakter van de zorgverzekering	14
1.3	De verzekeringsplichtigen	15
1.4	Beheer en administratie	17
1.5	Sluiten zorgverzekeringsovereenkomst en zorgplicht	18
1.6	Zorg in het buitenland	22
1.7	Zorgaanspraken	23
1.8	Subsidieregelingen	28
1.9	Financiering	29
1.10	Risicoverevening	32
1.11	Beheer en toezicht	37
1.12	Geschillen	40
<b>2 Wet op de zorgtoeslag</b>		43
2.1	Achtergrond	43
2.2	Doel van de wet	44
2.3	De rechthebbenden	44
2.4	Recht op zorgtoeslag	45
2.5	Uitvoering	46
2.6	Financiering	47
2.7	Toetsingsinkomen	48
2.8	Berekening zorgtoeslag	48
2.9	Sturing en toezicht	50
2.10	Geschillen	50
<b>3 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten</b>		51
3.1	Achtergrond	51
3.2	Karakter van de verzekering	51
3.3	De verzekerden	51
3.4	Beheer, administratie en overeenkomsten tussen verzekeraars en zorgaanbieders	53
3.5	De inschrijving en het geldend maken van aanspraken	53
3.6	AWBZ-zorg in het buitenland	55
3.7	Zorgaanspraken op grond van de AWBZ	56
3.8	Subsidieregelingen	58
3.9	Financiering	58
3.10	Sturing en toezicht	59
3.11	Geschillen	60

<b>4</b>	<b>Internationale aspecten</b>	61
4.1	Achtergrond	61
4.2	Uitgangspunten internationale coördinatie	61
4.3	Inroepen zorg in het buitenland	62
4.4	Procedures bij het Europese Hof van Justitie	65
4.5	Verdragslanden	66
<b>5</b>	<b>Samenhangende wetgeving</b>	67
5.1	Wet marktordening gezondheidszorg	67
5.2	Wet maatschappelijke ondersteuning	69
	<b>Afkortingenlijst</b>	74
	<b>Wetten</b>	74

# Voorwoord

Vanuit binnen- en buitenland ontvangt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) veel vragen over de ziektekostenverzekeringen in Nederland. Dit boekje *'Ziektekostenverzekeringen in Nederland, het nieuwe zorgverzekeringsstelsel 2006'* beoogt tegemoet te komen aan die informatiebehoefte. Dit is de volledig herziene – achtste – editie.

Deze brochure is een korte weergave van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, zoals dat op 1 januari 2006 bestaat. Ook andere belangrijke wetten die samenhangen met de ziektekostenverzekeringen komen aan bod. Dit betekent dat op onderdelen is vooruitgelopen op nieuwe wetgeving die bij het samenstellen van de brochure nog bij het parlement in behandeling was.

De brochure is vooral geschreven voor mensen die enige kennis hebben van ziektekostenverzekeringen. Gestreefd is echter deze ook voor mensen zonder die voorkennis begrijpelijk te maken. Naast een Nederlandse editie is er ook een editie in het Engels beschikbaar. De tekst van de brochure is te downloaden van de VWS-site: [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl), zoekopdracht 'Ziektekostenverzekeringen in Nederland'.

*Den Haag, 1 september 2005*

# Inleiding

## Algemeen

Europese landen hebben uiteenlopende vormen van organisatie, beheer en financiering van de gezondheidszorg, maar zij delen een aantal uitgangspunten: universele toegang tot zorg en verzekering, solidariteit in de lastenverdeling en goede kwaliteit van zorg. Er bestaan grote overeenkomsten in beleidsvraagstukken, maar er zijn ook aanzienlijke verschillen in de manier waarop landen een oplossing zoeken. Elk nationaal systeem heeft zijn unieke ontstaansgeschiedenis met culturele, historische en instrumentele factoren die van invloed zijn op het beleid.

## Ontwikkelingen in het Nederlandse zorgstelsel

De Nederlandse overheid stelt zich tot doel een stelsel van gezondheidszorg te borgen dat toegang geeft tot noodzakelijke, kwalitatief goede medische zorg. Door historische oorzaken kende Nederland gedurende vele decennia een verbrokkeld stelsel van ziektekostenverzekeringen voor gewone geneeskundige zorg. Voor een aanzienlijk deel van de bevolking was er tot 1 januari 2006 een verplichte ziekenfondsverzekering. Een ander deel was aangewezen op een particuliere verzekering, waarbij voor sommige risicogroepen de mogelijkheid bestond een wettelijk vastgestelde standaardpakketpolis af te sluiten. Voor bepaalde groepen ambtenaren bestonden er specifieke, verplichte publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen. Met ingang van 1 januari 2006 is een einde gemaakt aan deze verbrokkelde situatie door het realiseren van één wettelijk verzekeringsregime voor alle ingezetenen van Nederland, de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit nieuwe verzekeringsregime dient zoveel mogelijk bij te dragen aan een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. Een aantal verworvenheden, zoals ruimte voor particulier initiatief, een relatief sterke private grondslag met de daarbij behorende financiële verantwoordelijkheid van ziektekostenverzekeraars en een goede toegankelijkheid zijn zoveel als mogelijk behouden en waar mogelijk versterkt.

Kenmerken zorgstelsel

Het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg heeft drie belangrijke kenmerken:

1. Het stelsel van ziektekostenverzekeringen bestaat uit drie compartimenten.
  - a. Langdurige verpleging en verzorging (care).
  - b. Zorg, gericht op herstel (cure).
  - c. Aanvullende verzekeringen.
2. Het zorgaanbod is overwegend privaat van karakter.
3. Het stelsel van ziektekostenverzekering is een privaatrechtelijke verzekering met sterke publiekrechtelijke waarborgen.

### **Verzekeringscompartimenten**

In andere landen dan Nederland zijn de stelsels van ziektekostenverzekering doorgaans onderverdeeld naar ziekte en moederschap enerzijds en arbeidsongevallen en beroepsziekten anderzijds. De verzekering voor medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten is in Nederland verweven in de op de hele bevolking van toepassing zijnde verzekeringen. Tot de afschaffing van een afzonderlijke verzekering voor de kosten van medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten is in 1967 besloten ter besparing van administratieve lasten. Het bleek namelijk in de praktijk nogal eens moeilijk uit te maken of de oorzaak van de behoefte aan medische zorg gelegen was in de werksfeer of in de privésfeer. Geschillen hierover legden een groot beslag op de uitvoeringsorganisatie en de rechterlijke macht.

Drie verzekeringscompartimenten

De Nederlandse zorgverzekering is opgebouwd uit drie compartimenten. In de eerste plaats een verzekering van rechtswege voor de gehele bevolking tegen de kosten van langdurige verpleging en verzorging. Dit is geregeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het tweede compartiment betreft de verzekering tegen de kosten van zorg gericht op herstel. Hier geldt voor de gehele bevolking een verplichting zich te verzekeren. Dit is opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Het aansprakenpakket van de AWBZ en de Zorgverzekeringswet samen bieden de gehele bevolking een adequate dekking tegen ziektekosten. Verder staat het ieder vrij zich nog aanvullend te verzekeren voor zorgvormen die niet in de AWBZ en de Zorgverzekeringswet zijn opgenomen omdat deze makkelijk door betrokkenen zelf betaald kunnen worden ofwel een luxe karakter hebben.

Privaat zorgaanbod

### **Overwegend private karakter van het zorgaanbod**

Kenmerk van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg is het overwegend private aanbod van de zorg. Nederland

heeft, net als veel andere landen in West Europa, een lange traditie van hulp- en zorgverlening door vrijwillige organisaties op lokaal en regionaal niveau. Deze hebben historische wortels die soms teruggaan tot in de Middeleeuwen. Het overgrote deel van ziekenhuizen en andere zorginstellingen is in private handen. Zij leveren zorg als zelfstandige onderneming en niet, zoals in verschillende andere Europese landen, als ambtelijke dienst. Tot op heden verlenen verreweg de meeste zorginstellingen hun diensten op non-profit basis. De individuele zorgaanbieders werken meestal wel met winstoogmerk.

### **Mengvorm van publiekrechtelijke en privaatrechtelijke verzekering**

Publieke en private  
verzekering

De uitvoering van de verzekering voor op herstel gerichte zorg is in handen van private ondernemingen die daarmee winst mogen beogen. De wetgever heeft evenwel diverse voorschriften gesteld om het sociale karakter van de verzekering te garanderen.

Daardoor is dit onderdeel van de sociale ziektekostenverzekering in Nederland in een tussengebied terecht gekomen tussen de klassieke sociale verzekering enerzijds en de private verzekering anderzijds. De verzekering voor langdurige verpleging en verzorging is nog wel ingericht als een klassieke sociale verzekering die zonder winstoogmerk wordt uitgevoerd door AWBZ-uitvoeringsorganen (zorgverzekeraars die zich hebben aangemeld voor de uitvoering van de AWBZ), maar er bestaan voornemens ook deze verzekering te moderniseren.

### **Toekomst zorgstelsel**

Toekomst

Het Nederlandse zorgstelsel bevindt zich op een cruciaal punt in zijn ontwikkeling. De richting van deze ontwikkeling is dat burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer verantwoordelijkheden krijgen, meer kostenbewust zijn en geconfronteerd worden met de gevolgen daarvan zowel in de zorg als in de verzekering. De overheidsmaatregelen zijn erop gericht de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden, mede tegen de achtergrond van een gemiddeld ouder wordende bevolking en toenemende technische mogelijkheden bij de medische zorg. Het ziet er naar uit dat met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag per 1 januari 2006 nog niet het laatste woord is gezegd over

de herstructurering van het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekering. Naar verwachting zullen in de AWBZ nog aanzienlijke wijzigingen worden doorgevoerd. De vraag daarbij is hoe de AWBZ op de langere termijn zo doelmatig mogelijk kan worden uitgevoerd. Hierover zal, aan de hand van onderzoek dat momenteel plaatsvindt, in 2006 een standpunt worden ingenomen. Besloten is reeds dat vanaf 1 januari 2007 een deel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ondergebracht zal worden in het aansprakenpakket van de Zorgverzekeringswet en niet meer onderdeel zal zijn van de AWBZ. Met de overheveling van delen van de GGZ worden de financiële schotten tussen onderdelen van de curatieve zorg weggehaald, zodat er meer samenhang ontstaat.

Verder wordt voorzien in de invoering van een Wet maatschappelijke ondersteuning. Daarmee zullen zorgonderdelen die nu nog tot het AWBZ-aansprakenpakket behoren, zoals de huishoudelijke verzorging, naar de verantwoordelijkheid van lokale overheden worden overgeheveld.

### **Cijfermatig overzicht zorgsector**

Cijfers

Het aantal mensen dat – gedeeltelijk parttime – werkzaam is in de zorgsector, is 1 miljoen. Van de bevolking van 16 miljoen mensen waren op 31 december 2005 15,8 miljoen mensen op enigerlei wijze verzekerd tegen ziektekosten. De categorie mensen die niet verzekerd is tegen ziektekosten bestaat voor het grootste deel uit zeer welgestelde mensen die zich niet wensen te verzekeren, uit de mensen die tot aan de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 aangewezen waren op een particuliere ziektekostenverzekering en daar wegens wanbetaling geroyeerd waren, en uit illegaal in Nederland verblijvende mensen. Een bijzondere groep wordt gevormd door dak- en thuislozen. Die mensen waren in beginsel wel gedekt door de sociale verzekering maar lieten na zich daarvoor te registreren. Een beperkte groep onverzekerden wordt gevormd door de mensen die op het peilmoment juist aan het wisselen waren van verzekeringsinstelling en zich bij de ene verzekeringsinstelling hadden uitgeschreven zonder nog te zijn overgegaan tot inschrijving bij een andere verzekeringsinstelling. Militairen en gedetineerden ontvangen medische verzorging van het ministerie van Defensie respectievelijk het ministerie van Justitie.



In de zorgsector in Nederland gaat in 2005 circa 46 miljard euro om. Onderverdeeld naar de belangrijkste zorgsectoren betreft het de uitgaven in miljoenen euro's zoals weergegeven in volgende schema.<sup>1</sup>

Uitgaven zorgsector 2005	mIn.euro
Preventie en gezondheidsbescherming	236
Curatieve zorg	17.304
Geneesmiddelen en medische technologie	4.463
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	3.582
AWBZ-brede zorg	1.360
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid	5.832
Verpleging, verzorging en ouderen	11.240
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1.258
Nominaal en onvoorzien	620
<b>Totaal</b>	<b>45.895</b>

Het stelsel van ziektekostenverzekeringen wordt uitgevoerd door circa 30 zorgverzekeraars. Een deel daarvan is werkzaam in het gehele land, een ander deel heeft het werkgebied beperkt tot een bepaalde regio.

1 Bron: Rijksbegroting 2005 Volksgezondheid, Welzijn en Sport inclusief zorgbeleid, Begroting XVI

# 1 De Zorgverzekeringswet

## 1.1 Achtergrond

Stelseldiscussie

Vanaf 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking. Daarmee is een tientallen jaren durende discussie om een einde te maken aan het onderscheid tussen particuliere ziektekostenverzekeringen en ziekenfondsverzekering afgesloten. Die discussie spitste zich vooral de laatste jaren toe op de vraag of de nieuwe verzekering een privaatrechtelijke verzekering met publiekrechtelijke sociale kenmerken moest zijn of een publiekrechtelijke sociale verzekering met privaatrechtelijke kenmerken. In juridisch opzicht is dat verschil niet anders dan dat een privaatrechtelijke verzekering tot stand komt door het sluiten van een verzekeringsovereenkomst tussen de burger en de verzekeraar. Een publiekrechtelijke verzekering komt tot stand wanneer de burger voldoet aan in de wet neergelegde kenmerken zoals het zijn van werknemer met een jaarloon beneden een bepaalde grens. De voorstanders van de privaatrechtelijke benadering zien daarbij de publiekrechtelijke vormgeving als een schrikbeeld van overdreven overheidsregulering die in de weg staat aan een efficiënt werkende verzekering. De voorstanders van de publiekrechtelijke benadering zien de privaatrechtelijke vormgeving als bedreigend voor het solidaire karakter dat noodzakelijk is in een sociale verzekering. De discussie kenmerkte zich door bezorgdheid over de eventuele ontwikkelingsrichting van een nieuw verzekeringsstelsel. Enerzijds vreesde men dat een publiekrechtelijk vormgegeven verzekering in de loop der tijd steeds publiekrechtelijker zou worden, met alle daarbij gedachte overheidsbemoeienis. Anderzijds vreesde men dat een privaatrechtelijk vormgegeven verzekering zich uiteindelijk zou ontwikkelen tot een puur particuliere verzekering zonder de voor een sociale verzekering noodzakelijke solidariteit. Het kabinet Balkenende II heeft gekozen voor een privaatrechtelijke vormgeving van de wettelijke zorgverzekering met sterke publieke waarborgen. Het was van oordeel dat de gewenste helderheid van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, burgers en ziektekostenverzekeraars langs die weg het beste tot haar recht komt. Een dergelijke vormgeving vond het kabinet verantwoord omdat een sociale verzekering ontstaat waarin de gewenste ruimte voor ondernemerschap in de zorg van een stevige

wettelijke inkadering en publieke waarborgen wordt voorzien. Op deze wijze kunnen de sociale traditie van het ziekenfonds en de markttraditie van de particuliere verzekering worden samengebracht.

#### Historie plannen

Eerdere pogingen, waarvan het Plan Hendriks (1974), het Plan Dekker (1987) en het Plan Simons (1992) de bekendste zijn, gingen alle uit van een publiekrechtelijke vormgeving. Om uiteenlopende redenen is geen van die pogingen succesvol afgerond. Het kabinet Balkenende II heeft er in zijn Hoofdlijnenakkoord van 16 mei 2003 voor gekozen een verplichte standaardverzekering voor de gehele bevolking in te voeren. In een brief aan de Tweede Kamer van 19 december 2003 (Kamerstukken II 2003/04, 23 619, nr. 20) wijst de minister van VWS erop dat de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars de afgelopen jaren sterk naar elkaar zijn toegegroeid. Het kabinet ziet het als een logische stap in deze ontwikkeling dat de in Nederland bestaande uiteenlopende verzekeringsvormen worden samengebracht in een brede basisverzekering voor de gehele bevolking die de risico's dekt van medische zorg, genees- en hulpmiddelen in een omvang zoals die voor de ziekenfondsverzekering gold. Deze basisverzekering heeft sociale randvoorwaarden. Tegelijk wil het kabinet doelmatigheid en keuzevrijheid bevorderen en spreekt daarom een voorkeur uit voor risicodragende uitvoering door private verzekeraars.

#### Privaatrechtelijke vormgeving stelsel

De keuze van het kabinet Balkenende II voor een privaatrechtelijke vormgeving van de verzekering was in juridisch opzicht niet zonder complicaties. Op grond van de Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf (de Schaderichtlijnen) is het namelijk niet toegestaan om aan privaatrechtelijke verzekeringen wettelijke voorschriften te stellen met betrekking tot de acceptatie voor de verzekering, de dekkingsomvang van die verzekering en de premiestelling daarvan. Dat verbod is om zeker te stellen dat verzekeringsmaatschappijen in Europa onder dezelfde omstandigheden met elkaar kunnen concurreren zonder dat de ene verzekeraar wordt benadeeld ten opzichte van een andere als gevolg van overheidsvoorschriften die ingrijpen in zijn ondernemingsvrijheid.

Precies op die punten waar het Europese verbod op overheidsvoorschriften geldt, zijn echter wel voorschriften gesteld om het sociale karakter van de beoogde verzekering zeker te stellen. Iedereen moet voor de verzekering worden

geaccepteerd voor een verzekeringspakket dat voor iedereen hetzelfde is. Daarbij mag een zorgverzekeraar voor de bij hem aangesloten verzekerden die eenzelfde pakket hebben, geen premieonderscheid maken. De Nederlandse wetgever doet ter rechtvaardiging van deze inbreuk op de Schaderichtlijnen, een beroep op een uitzonderingsbepaling in de Schaderichtlijnen. Die uitzonderingsbepaling stelt dat de Schaderichtlijnen niet van toepassing zijn op verzekeringen die geheel of gedeeltelijk in de plaats treden van een sociale verzekering. Het kabinet acht de uitzonderingsbepaling van toepassing omdat de nieuwe verzekering in de plaats moet treden van de tot dan bestaande ziekenfondsverzekering. Daarenboven meent het kabinet dat in uiterste instantie een beroep kan worden gedaan op het algemeen belang als rechtvaardigingsgrond voor de inbreuk op de Europees-rechtelijke voorschriften.

Beslissend voor het standpunt van het kabinet Balkenende II was een brief van de Europese Commissie van 25 november 2003, waarin in antwoord op terzake door het kabinet gestelde vragen, wordt aangegeven dat de beoogde privaatrechtelijke vormgeving van de nieuwe verzekering in Europeesrechtelijke zin wel mogelijk kan worden geacht wanneer de in dat kader door de overheid te stellen voorschriften niet verder gaan dan strikt noodzakelijk en niet verder ingrijpen in de verzekeringsmarkt dan nodig is. Tevens speelde een zekere ontwikkeling in de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie mee. Daaruit kan worden afgeleid dat het Hof minder star dan in het verleden een scheiding aanbrengt tussen enerzijds de private vrije markt en anderzijds de publiekrechtelijk geregelde sociale zekerheid. Het ziet er naar uit dat het Hof ruimte aanwezig acht om publieke belangen te borgen door middel van bepaalde ingrepen van overheidswege in de private markt.<sup>2</sup> Op basis van deze feiten ontwikkelde het kabinet de Wet tot regeling van een sociale verzekering voor de geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet).

Zorgverzekeringswet

Op grond van de Zorgverzekeringswet is iedereen die in Nederland woont of wegens zijn werkzaamheden in Nederland aan de Nederlandse loonbelasting is

<sup>2</sup> Zie de uitspraken Europese Hof van Justitie in de zaken Commissie-België (C-206/98); Commissie-Frankrijk (C-239/98); Commissie-Italië (C-59/01) en Commissie-Luxemburg (C-346/02).

onderworpen, verplicht een zorgverzekering te sluiten. Iedere in Nederland werkzame ziektekostenverzekeraar die heeft aangegeven de Zorgverzekeringswet te willen uitvoeren, is verplicht degene die zich daarvoor bij hem meldt, voor een zorgverzekering te accepteren.

In de Zorgverzekeringswet is het verzekeringspakket wettelijk vastgelegd naar het type zorg. De zorgverzekeraar kan zelf bepalen welke persoon of welke instelling de verzekerde zorg levert, zolang het maar een persoon of instelling is die tot het leveren van die zorg bevoegd is. De zorgverzekeraar mag zelf bepalen of hij de verzekerde zorg in natura aan zijn verzekerden aanbiedt of dat hij zijn verzekerden de kosten restitueert die zij hebben gemaakt voor het betalen van door hen zelf ingeroepen zorg (zie hierover verder paragraaf 1.6). In dat laatste geval is de zorgverzekeraar ook nog verplicht zijn verzekerden op hun verzoek te bemiddelen naar beschikbare zorg. Ook is het mogelijk dat de zorgverzekeraar sommige zorgvormen in natura aanbiedt en bij andere zorgvormen voor restitutie kiest.

Een zorgverzekeraar dient in ieder geval een zorgverzekering-variant zonder eigen risico aan te bieden. Daarnaast mag hij ook nog een aantal wettelijk bepaalde tranches van eigen risico aanbieden.

De burger mag kiezen uit alle varianten van de zorgverzekering die een zorgverzekeraar aanbiedt. Hij mag ieder jaar wisselen van variant en van zorgverzekeraar.

De verzekerde is nominale premie verschuldigd die hij rechtstreeks aan zijn zorgverzekeraar moet betalen en een inkomensafhankelijke bijdrage. De zorgverzekeraar bepaalt de hoogte van die nominale premie. Verzekerden tot 18 jaar zijn geen nominale premie verschuldigd.

De Zorgverzekeringswet kent een no-claimteruggave-regeling. Daarbij krijgen mensen die weinig of geen zorg gebruiken, een deel van hun nominale premie van hun zorgverzekeraar terug.

De Belastingdienst heft de inkomensafhankelijke bijdrage. Werkgevers zijn verplicht deze bijdrage geheel aan hun werknemers te vergoeden. Behoudens enkele uitzonderingen krijgen ook uitkeringsgerechtigden deze bijdrage van de uitkeringsinstanties vergoed. Zo is het voor gepensioneerden aan de pensioenuitkerende instelling overgelaten om de inkomensafhankelijke bijdrage van hun

gepensioneerden, geheel of gedeeltelijk, al dan niet te vergoeden.

De inkomensgerelateerde bijdrage wordt gestort in het Zorgverzekeringsfonds, samen met een Rijksbijdrage ter grootte van de gedeelde nominale premie van verzekerden, jonger dan 18 jaar.

Uit dit fonds wordt, onder andere, een bijdrage aan de zorgverzekeraars betaald die is gerelateerd aan de risicograad van de bij hen verzekerde mensen.

Wet op de zorgtoeslag

Tegelijk met de Zorgverzekeringswet treedt de Wet op de zorgtoeslag in werking. Op grond van deze wet kunnen mensen voor wie de nominale premie in verhouding tot hun inkomen te hoog is, een toeslag krijgen. De Belastingdienst keert deze toeslag uit. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een toeslag wordt het inkomen van een eventuele partner mee in aanmerking genomen.

Beëindiging Zfw, Wtz 1998, MOOZ, ambtenaren-regelingen en particuliere verzekeringen

Vanaf 1 januari 2006 zijn de Ziekenfondswet, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden ingetrokken. Ziekenfondsverzekering en Wtz-verzekeringen zijn daarmee vervallen. Particuliere ziektekostenverzekeringen en publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren vervallen voor zover het pakket wordt gedekt door dat van de Zorgverzekeringswet of een buitenlands verzekeringspakket dat op iemand van toepassing is door de Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (hierna te noemen de Verordening), de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte (EER), de Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds en de Zwitserse Bondstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen, of een met andere landen gesloten bilateraal socialezekerheidsverdragen waarin een regeling voor de verlening van medische zorg is opgenomen.

## 1.2 Karakter van de zorgverzekering

Verzekeringsplicht

De Zorgverzekeringswet legt aan alle ingezetenen van Nederland en aan niet-ingezetenen die in Nederland werken

aan de loonbelasting zijn onderworpen, de plicht op om een zorgverzekering te sluiten met een zorgverzekeraar. De verzekering ontstaat dus niet vanzelf als men voldoet aan de voorwaarden, zoals de verzekering op grond van de AWBZ, maar de verzekeringsplichtige moet zelf een zorgverzekeraar uitzoeken en een verzekeringsovereenkomst sluiten. Voor de zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht.

Privaatrechtelijke  
rechtsverhouding

De zorgverzekering heeft een privaatrechtelijk karakter. De verzekering komt tot stand door het sluiten van een verzekeringsovereenkomst. Dit betekent dat de overheid zich in principe niet bemoeit met de verzekering, zij mag dat ook niet op grond van Europese regels. In de Zorgverzekeringswet zijn alleen regels gesteld daar waar overheidsingrijpen noodzakelijk (en proportioneel) is op grond van het algemeen belang. Het betreft onder andere het opleggen van een acceptatieplicht, de verplichting mensen voor een zelfde variant een zelfde premie te vragen en een wettelijke omschrijving van het verzekeringspakket. Tegenover deze verplichtingen staat een vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen (zie hiervoor verder paragraaf 1.10). Verder zijn voor zorgverzekeraars de regels van toepassing die op de hele verzekeringsmarkt gelden. Een zorgverzekeraar is dan ook een 'normale' privaatrechtelijke onderneming die winst mag beogen en waarop het voor ondernemingen geldende mededingingsrecht van toepassing is.

Sociale  
ziektekostenverzekering

Zoals in de achtergrondparagraaf van dit hoofdstuk is aangegeven, regelt de Zorgverzekeringswet een sociale ziektekostenverzekering voor de gehele bevolking. Hierdoor is de Verordening, de Overeenkomst betreffende de EER, de Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds en de Zwitserse Bondstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen, of met andere landen gesloten bilateraal socialezekerheidsverdragen waarin een regeling voor de verlening van medische zorg is opgenomen van toepassing.

### 1.3 De verzekeringsplichtigen

#### Hoofregel verzekeringsplicht

AWBZ-verzekerden  
verzekeringsplichtig

Iedereen die van rechtswege AWBZ-verzekerde is, is verplicht een zorgverzekering te sluiten. AWBZ-verzekerd zijn degenen die legaal in Nederland

wonen of die in het buitenland wonen en in Nederland werken en aan de loonbelasting onderworpen zijn. Zie voor de kring van verzekerden voor de AWBZ verder paragraaf 3.3. Vaak zullen mensen zelf een zorgverzekering sluiten, maar ook iemand anders kan dat voor een verzekeringsplichtige doen. Zo kan iemand bijvoorbeeld voor zijn partner of zijn kinderen een verzekering sluiten. Een werkgever kan dat ook voor zijn personeel doen. Voor diegenen die niet zelf de overeenkomst tot verzekering kunnen of mogen sluiten (zoals minderjarigen), zal de wettelijk vertegenwoordiger, curator, een familielid of belangenbehartiger dit moeten regelen.

Uitzonderingen  
verzekeringsplicht

Er zijn twee uitzonderingen gemaakt op de hoofdregel dat de van rechtswege verzekerden voor de AWBZ verzekeringsplichtig zijn voor de Zorgverzekeringswet.

Militairen

Allereerst gaat het om militairen in werkelijke dienst. Die zijn wel AWBZ-verzekerd, maar niet verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet. Militairen in werkelijke dienst zijn aangewezen op de zorg van militair geneeskundige diensten. Niet alleen bij inzet in binnen- en buitenland, maar ook buiten werktijd. Het uitgangspunt hiervan is het volledig in eigen beheer van defensie verlenen van zorg van een zodanige omvang, dat onder alle omstandigheden optimale voorzieningen ter beschikking staan, zowel in het belang van de gezondheid als van de inzetbaarheid van de militair. Dat kan binnen de Zorgverzekeringswet niet worden gerealiseerd. Om die redenen zijn militairen niet verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet.

Gemoedsbezwaarden

Verder is een uitzondering op de verzekeringsplicht gemaakt voor gemoedsbezwaarden. Degenen die op grond van hun principiële bezwaren tegen verzekeringen niet premieplichtig zijn voor de AWBZ, zijn ook niet verzekeringsplichtig ingevolge de Zorgverzekeringswet. Gemoedsbezwaarden zijn overigens wel de inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd in de vorm van vervangende belasting. De extra belasting die de gemoedsbezwaarde betaalt, wordt apart gezet op een rekening bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Een gemoedsbezwaarde kan als hij dat wil het saldo gebruiken om kosten van verleende zorg vergelijkbaar met het pakket van de zorgverzekering te vergoeden.



## 1.4 Beheer en administratie

### Zorgverzekeraars

Private ziektekostenverzekeraars voeren de Zorgverzekeringswet uit. Omdat de regering beoogt dat zij optreden als doelmatige, klantgerichte organisatoren van zorgverlening aan hun verzekerden, worden deze verzekeraars aangeduid met de term 'zorgverzekeraars'. Een belangrijke doelstelling van de sociale verzekering die met de Zorgverzekeringswet wordt gerealiseerd, is te waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. De zorgverzekeraars, als uitvoerders van de zorgverzekering, komt een belangrijke rol toe bij het realiseren van dat doel. Het gaat dan niet alleen om het betalen van de kosten van geleverde zorg, maar het gaat er bovenal om dat verzekerden de verzekerde zorg ook daadwerkelijk kunnen krijgen. Deze zorgplicht bestaat uit het leveren van de verzekerde zorg waaraan de verzekerde behoefte heeft (naturavariant) of vergoeding van de kosten van deze zorg, alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (restitutievariant). Verder moeten zorgverzekeraars een administratie opzetten overeenkomstig de voorwaarden van de vereveningsregeling (zie hiervoor verder paragraaf 1.10).

Invloed van verzekerden op het beleid van de onderneming die de verzekering uitvoert, is een van de uitgangspunten van een sociale verzekering. Dit uitgangspunt is neergelegd in verscheidene door Nederland geratificeerde internationale verdragen die normen stellen over de vorm en inhoud van de sociale verzekering. De statuten van de zorgverzekeraars moeten dan ook een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid waarborgen. Dit past binnen het concept van 'corporate governance', zoals de regering dat voor ogen heeft.

### Voorwaarden uitvoeren Zorgverzekeringswet

In Nederland werkzame ziektekostenverzekeraars zijn niet verplicht de Zorgverzekeringswet uit te voeren. Ziektekostenverzekeraars, zowel binnen- als buitenlandse, kunnen zelf besluiten of zij wel of niet de Zorgverzekeringswet willen uitvoeren. Als zij dat willen, moeten zij beschikken over een vergunning voor de uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf voor de juiste branches (te weten 1. ongevallen inclusief arbeidsongevallen en beroepsziekten en 2. ziekte). De Nederlandsche Bank (DNB) verleent die

Vergunning DNB

Aanmelden CTZ	<p>vergunningen of een collega toezichthouder van DNB in een andere lidstaat van de Europese Unie.</p> <p>Daarnaast moeten zij zich, ten behoeve van het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en om in aanmerking te komen voor een bijdrage uit het vereveningsfonds, aanmelden bij het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ).</p>
Werkgebied	<p>Een zorgverzekeraar moet in heel Nederland werkzaam zijn en zorgverzekeringen aanbieden tenzij hij een verzekerdenbestand van minder dan 850.000 mensen heeft. In dat geval mag hij zijn werkgebied beperken tot één of meer gehele provincies. Het is niet toegestaan om in gedeeltes van provincies werkzaam te zijn.</p> <p>Deze voorschriften zijn gesteld om de mededinging tussen de 'grote' zorgverzekeraars te bevorderen en tegelijk de mogelijkheid te bieden dat nieuwkomers op de markt de gelegenheid krijgen in een beperkt werkgebied een voet aan de grond te krijgen.</p>

## **1.5 Sluiten zorgverzekeringsovereenkomst en zorgplicht**

Zorgverzekerings- overeenkomst	<p>Om te voldoen aan zijn verzekeringsplicht, moet de verzekeringsplichtige binnen vier maanden na het ontstaan van die plicht een zorgverzekering sluiten met een zorgverzekeraar. Hij kan dat doen met een zorgverzekeraar naar keuze die in de provincie waar hij woont, werkzaam is. Bij de keuze voor een zorgverzekeraar kan een verzekerde verschillende zaken laten meewegen, zoals de vorm van de aangeboden verzekering (natura of restitutie; zie meer hierover verderop onder het kopje zorgplicht), de verschillende niveaus van eigen risico die de zorgverzekeraar aanbiedt, de nominale premie die daar tegenover staat en de service van de verzekeraar.</p> <p>Verzekeringsplichtigen kunnen bij het maken van hun keuze gebruik maken van initiatieven zoals de internetsite die het overzicht van alle zorgverzekeraars, hun voorwaarden en aanbiedingen weergeeft: <a href="http://www.kiesBeter.nl">www.kiesBeter.nl</a>. Deze site geeft vergelijkende informatie over de modelovereenkomsten van zorgverzekeraars.</p>
Aanvullende verzekering	<p>Naast de zorgverzekering kan de verzekerde, indien hij dat wil, een aanvullende verzekering sluiten. De aanvullende verzekering staat los van de zorgverzekering. Het is een particuliere verzekering waarvoor de overheid geen regels</p>

Verbod opzeggen aanvullende verzekering bij overstap	<p>mag stellen anders dan die welke voortvloeien uit het algemene toezicht op het verzekeringswezen, dat wordt uitgeoefend door DNB. Voor een aanvullende verzekering bestaat dan ook geen acceptatieplicht. Verder stellen particuliere ziektekostenverzekeraars zelf de omvang van het pakket en de hoogte van de premie voor deze verzekering vast.</p> <p>Wel is in de Zorgverzekeringswet geregeld dat een zorgverzekeraar de aanvullende verzekering niet mag opzeggen als iemand een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluit.</p>
Boete	<p><b>Sanctie bij te laat sluiten zorgverzekering</b></p> <p>Indien een verzekeringsplichtige niet, of te laat, aan zijn verzekeringsplicht voldoet, leggen individuele zorgverzekeraars namens het CVZ een boete op wanneer een betrokkene zich alsnog meldt voor het sluiten van een zorgverzekering. Na het te laat afsluiten van de zorgverzekering is de verzekerde naast de premie voor de zorgverzekering een boete verschuldigd die gelijk is aan 130% van de nominale premie voor die zorgverzekering. De boete is verschuldigd over het aantal maanden dat iemand ten onrechte niet verzekerd was, met een maximum van vijf jaar.</p>
Geen boete	<p>Een verzekeringsplichtige krijgt geen boete opgelegd als het niet afsluiten van de zorgverzekering hem niet kan worden verweten of als een rechtvaardiging bestaat. Dat is bijvoorbeeld het geval als iemand een psychiatrische aandoening heeft waardoor hij niet tijdig een zorgverzekering heeft afgesloten.</p> <p>Als er toch sprake is van verwijtbaar niet-verzekerd zijn, kan de hoogte van de boete worden verlaagd indien iemand aannemelijk maakt dat de boete wegens bijzondere omstandigheden te hoog is.</p>
Acceptatieplicht	<p>Over de niet-verzekerde periode heeft de verzekeringsplichtige uiteraard geen recht op vergoeding van gemaakte kosten van zorg en geen recht op zorgtoeslag (zie hierover verder hoofdstuk 2). Overigens is een verzekeringsplichtige wel altijd de inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd over loon en over daarmee gelijkgestelde inkomensbestanddelen, ook al is er geen verzekering gesloten.</p> <p>Elke zorgverzekeraar moet elke verzekeringsplichtige die dat wenst, accepteren voor elke zorgverzekering die hij in die provincie aanbiedt. Wat betreft de premie mag een zorgverzekeraar geen onderscheid maken naar persoonskenmerken, zoals leeftijd, geslacht of gezondheidssituatie.</p>

Het opleggen van de acceptatieplicht wordt gecompenseerd door de vereveningsregeling die een mogelijk financieel nadeel voor zorgverzekeraars opheft (zie hierover verder paragraaf 1.10).

**Duur** Een verzekeringsovereenkomst geldt voor de duur van één kalenderjaar. Er kan stilzwijgende verlenging plaatsvinden, maar de verzekerde kan ook na een jaar voor een andere zorgverzekeraar of andere modelovereenkomsten kiezen. Hij moet dan tijdig aan zijn zorgverzekeraar te kennen geven dat hij de overeenkomst niet wil verlengen. Gedurende een kalenderjaar wisselen van zorgverzekeraar is mogelijk als de zorgverzekeraar lopende het jaar de premie verhoogt.

**Polis** De zorgverzekeraar geeft als bewijs van de zorgverzekeringsovereenkomst jaarlijks een zorgpolis af aan elke verzekerde. De zorgpolis geeft de inhoud (rechten en plichten) weer van de met de verzekerde of verzekeringnemer gesloten zorgverzekering.

**Informatieplicht** Degene die de verzekering heeft gesloten, is verplicht de zorgverzekeraar direct op de hoogte te stellen van alle feiten en omstandigheden die tot het einde van de zorgverzekering kunnen leiden. Hierbij kan gedacht worden aan het beëindigen van de verzekeringsplicht, bijvoorbeeld door verhuizing naar het buitenland of aan de verhuizing van een verzekerde naar een plaats buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar. De Zorgverzekeringswet bepaalt namelijk dat in die gevallen de zorgverzekering eindigt. Verder heeft de zorgverzekeraar een informatieplicht jegens zijn verzekerden. Dit is bijvoorbeeld het geval als verzekerden ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komen te wonen.

### **Zorgplicht**

**Zorgplicht** Een belangrijke doelstelling van de Zorgverzekeringswet is te waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. De zorgverzekeraars als uitvoerders van de verzekering, hebben een belangrijke rol bij het realiseren van dat doel. Het gaat er daarbij niet alleen om dat de betaling van de kosten is gewaarborgd. Het gaat er ook om dat de burgers de verzekerde zorg ook daadwerkelijk kunnen krijgen. Dit wordt de zorgplicht genoemd.

De verzekerde heeft recht op zorg overeenkomstig de hierna beschreven hoofdlijnen:

De zorgverzekeraar levert de verzekerde zorg waar de verzekerde behoefte aan heeft door zijn eigen zorgaanbieders

#### Naturamodel

of via door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgaanbieder wordt rechtstreeks door de zorgverzekeraar betaald. Dit is het naturamodel. De verzekerde heeft vrije keuze uit alle eigen of gecontracteerde artsen en instellingen. Als de verzekerde ondanks zijn keuze voor een polis met gecontracteerde zorg toch naar een andere, niet-gecontracteerde zorgaanbieder wil, dan bepaalt de zorgverzekeraar zelf de hoogte van de kostenvergoeding die hij geeft. Dit biedt de zorgverzekeraar de mogelijkheid om de kosten die hij al heeft gemaakt door het contracteren van zorg door te berekenen aan zijn verzekerde die van zijn gemaakte keuze afwijkt. De vergoeding mag echter niet zo laag zijn dat daardoor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg feitelijk onmogelijk wordt gemaakt.

#### Restitutiemodel

Bij het restitutiemodel wordt de zorg geleverd door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen contractuele band heeft. De verzekerde betaalt de geleverde zorg zelf en krijgt zijn kosten vergoed door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar mag zelf geen maximum stellen aan de vergoeding, maar hij hoeft de verzekerde niet meer te vergoeden dan in redelijkheid passend is binnen de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden. De verzekerde kan zelf kiezen naar welke zorgaanbieder hij wil gaan. In het geval dat de zorgverzekeraar niet door eigen of gecontracteerde zorgaanbieders zorg levert, moet hij, desgevraagd, zorgbemiddeling geven. Deze zorgbemiddeling kan uiteenlopen van eenvoudig telefonisch contact tot het voeren van besprekingen met een zorgaanbieder om te bewerkstelligen dat de verzekerde geholpen wordt.

#### Combinatie natura/restitutie

Binnen de hiervoor geschetste hoofdlijnen zijn verschillende variaties mogelijk zoals een combinatie van natura en restitutie waarbij de zorgverzekeraar sommige van de verzekerde zorgvormen levert met eigen of gecontracteerde zorgaanbieders en voor de andere verzekerde zorgvormen het restitutiemodel toepast.

Met het bieden van deze modellen kan de zorgverzekeraar aansluiten bij de wensen van zijn verzekerden.

## 1.6 Zorg in het buitenland

Werelddekking

De Zorgverzekeringswet biedt werelddekking. Verzekerden zijn, waar ter wereld zij zich bevinden, precies zo verzekerd als in Nederland. Dat wil zeggen, voor het Nederlandse pakket en tegen Nederlandse voorwaarden en tarieven. De verzekerde heeft wat het verzekerde pakket betreft de mogelijkheid te kiezen voor een restitutiepolis, voor een naturapolis of voor een combinatie daarvan.

Als de verzekerde met toepassing van zijn zorgverzekeringsovereenkomst zorg inroept, hangt het van zijn polis af welke rechten hij heeft.

Restitutiepolis

### **Inroepen zorg op grond van zorgverzekering**

Heeft de verzekerde gekozen voor een restitutiepolis dan kan hij naar iedere willekeurige zorgaanbieder in het buitenland. Het maakt niet uit of deze zorgaanbieder in een EU/EER- of verdragsland is gevestigd of niet. De verzekerde met een restitutiepolis maakt in een dergelijk geval aanspraak op vergoeding van de kosten van de ingeroepen zorg. Dit betekent overigens niet dat de verzekerde te allen tijde het volledige bedrag aan zorgkosten vergoed krijgt. De verzekeraar is op grond van de Zorgverzekeringswet niet gehouden een hoger bedrag te vergoeden dan het in Nederland voor die zorg geldende marktconforme tarief. Bij het inroepen van zorg in het buitenland moet de verzekerde er op letten dat de in te roepen zorg is opgenomen in het verzekeringspakket van de Zorgverzekeringswet.

Naturapolis

Heeft de verzekerde gekozen voor een naturapolis, dan is hij in principe aangewezen op door zijn verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De verzekeraar kan zowel zorgaanbieders in Nederland als in het buitenland contracteren. Men kan dus zorg in het buitenland inroepen met een naturapolis voor zover de verzekeraar daar zorgaanbieders heeft gecontracteerd. Niettemin voorziet de wet er in dat een verzekerde met een naturapolis zich ook kan wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in binnen- of buitenland. De consequentie daarvan is dat de verzekerde in dat geval geen recht heeft op een volledige vergoeding van de kosten van ingeroepen zorg. De verzekeraar mag de hoogte van de vergoeding zelf bepalen. Bij het inroepen van niet-gecontracteerde zorg in het buitenland moet de verzekerde

er op letten dat de in te roepen zorg is opgenomen in het verzekeringspakket van de Zorgverzekeringswet.

Combinatie  
restitutie/natura

Zoals hiervoor al is aangegeven is het ook mogelijk dat een zorgverzekeraar een combinatie van beide polisvarianten aanbiedt. In dat geval geldt de variant die voor de desbetreffende zorgvorm is bepaald in de polis.

Toepassing van  
een verdrag

### **Inroepen zorg met toepassing van een verdrag**

In de hierboven staande alineas is de situatie beschreven waarin de verzekerde zorg inroept in het buitenland overeenkomstig het door hem gekozen polismodel. De verzekerde kan in een verdragsland echter ook zijn zorg inroepen met toepassing van een internationale socialezekerheidsregeling. Binnen de lidstaten van de EU, EER of Zwitserland kan iedere verzekerde die recht heeft op het verlenen van medische zorg op grond van de Verordening, de Overeenkomst betreffende de EER of de Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds en de Zwitserse Bondstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen, van zijn verzekeraar een Europese ziekteverzekeringskaart krijgen die op vertoon recht geeft op zorg die gedurende een tijdelijk verblijf nodig is. Daarnaast is het mogelijk om binnen de EU, EER en Zwitserland met toestemming van de verzekeraar in het buitenland zorg in te roepen. Wat de overige verdragslanden betreft, heeft de verzekerde onder bepaalde omstandigheden bij tijdelijk verblijf recht op onmiddellijk noodzakelijke medische zorg. De zorg die met toepassing van een verdrag in een ander land wordt ingeroepen, wordt verleend onder dezelfde voorwaarden als die gelden voor de onderdanen van de staat waar de verzekerde verblijft. Verder kunnen in het buitenland wonende gezinsleden van mensen die in Nederland werken en in het buitenland wonende mensen met een Nederlands pensioen, die geen ziektekostenverzekering hebben op grond van een pensioen van hun woonland, en hun gezinsleden, met toepassing van een internationale regeling medische zorg ontvangen ten laste van de Nederlandse verzekering (zie verder hoofdstuk 4, Internationale aspecten).

## **1.7 Zorgaanspraken**

Pakket

Het verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet heeft betrekking op noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare

werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Dit pakket sluit bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 aan bij het verzekerde pakket van de ziekenfondsverzekering, de sociale ziektekostenverzekering voor geneeskundige zorg voor werknemers, uitkeringsgerechtigden en mensen van 65 jaar of ouder, met een inkomen tot aan een bepaalde grens, die aan de Zorgverzekeringswet vooraf ging. Periodieke toetsing van het verzekerde pakket aan genoemde criteria is nodig om te bepalen of zorgvormen uit het pakket verwijderd moeten worden of juist toegevoegd, zodat het pakket ook op langere termijn betaalbaar blijft.

Functiegerichte  
aanspraken

Het zorgstelsel is zodanig ingericht dat de directe overheidsregulering van het zorgaanbod vermindert. Binnen de door de wetgever geformuleerde kaders krijgen de betrokken actoren meer keuzemogelijkheden, beleids- en beslissingsruimte én meer concurrentieprikkels. Een van de instrumenten om daartoe te komen, is de zogenoemde functiegerichte omschrijving van de zorg die onder het verzekeringspakket valt. De functiegerichte omschrijving houdt in dat bij wettelijk voorschrift alleen nog maar geregeld is wat er onder de aanspraken valt (de inhoud en omvang van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden) er aanspraak bestaat. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend, is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Hij moet daarover in de zorgovereenkomst met de zorgaanbieder afspraken opnemen. In de zorgovereenkomst moet hij ook de procedurele voorwaarden zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten opnemen.

De functiegerichte omschrijving biedt ruimte aan verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om het verzekeringspakket naar eigen keuze in te vullen binnen de door de wetgever gestelde grenzen. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan de wens van de verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om niet alles in centrale regelgeving vast te leggen, maar het pakket op eigen wijze te mogen invullen. Dit biedt de mogelijkheid om zorgpolissen op maat aan te bieden.

Geneeskundige zorg

#### **Het verzekerde pakket:**

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die bieden. Dit betekent niet dat de zorg ook door deze personen



moet worden verleend. Als het niet gaat om voorbehouden handelingen waarop de registratie en titelbescherming op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg betrekking hebben, kunnen ook anderen de zorg verlenen.

Onder deze zorg vallen ook het bijbehorende laboratorium-onderzoek en verpleegkundige zorg.

Verder valt hieronder ook erfelijkheidsadvisering, niet-klinische hemodialyse, chronisch-intermitterende beademing en hulp door een trombosedienst. De apparatuur voor de niet-klinische hemodialyse en chronisch-intermitterende beademing valt onder de hulpmiddelenzorg.

Vormen van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, kunnen worden uitgezonderd van vergoeding.

Daarnaast kan worden bepaald dat de verzekerde voor een zitting psychotherapie of een zitting eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage betaalt. Daarbij kan worden bepaald dat hij die bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangeven maximum.

Per 1 januari 2007 wordt de geneeskundige GGZ (inclusief eerstelijnspsychologische zorg) op grond van de Zorgverzekeringswet gefinancierd. De geneeskundige GGZ is in 2006 nog AWBZ-zorg. In 2006 is de eerstelijnspsychologische zorg nog niet in de sociale ziektekostenverzekeringen opgenomen.

#### Paramedische zorg

Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering. De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie is voor verzekerden van 18 jaar en ouder beperkt tot chronische behandelingen. Deze aanspraak geldt met uitzondering van de eerste negen behandelingen per aandoening. Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op negen behandelingen per aandoening per jaar. Dit kan soms worden uitgebreid met nog negen behandelingen.

Logopedie moet een geneeskundig doel hebben en herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen moet kunnen worden verwacht.

Ergotherapie moet als doel hebben de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per jaar. Voor dieetadvisering bestaat recht op een vergoeding voor maximaal vier behandelingen per jaar. Het gaat hierbij om voorlichting van diëtisten met een medisch doel over voeding en eetgewoonten.

Kraamzorg	Het gaat hier om verzorging van moeder en kind na een bevalling gedurende ten hoogste tien dagen.
Farmaceutische zorg	<p>Farmaceutische zorg bestaat uit geneesmiddelen en voedingsmiddelen bestemd voor medische toepassing. De geneesmiddelen die in het pakket zitten, zijn in beginsel ingedeeld in groepen van therapeutisch onderling vervangbare geneesmiddelen. Op basis van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in een groep is de vergoedingslimiet van zo'n groep bepaald. Indien een verzekerde een geneesmiddel kiest dat duurder is dan deze limiet, moet hij zelf het verschil bijbetalen. Voor een geneesmiddel dat in het pakket is opgenomen, maar niet onderling vervangbaar is met andere geneesmiddelen geldt geen vergoedingslimiet. Dit systeem is bekend als het 'geneesmiddelenvergoedingensysteem' (gvs).</p> <p>Met het oog op de beoogde regierol van verzekeraars kan de zorgverzekeraar de te vergoeden geneesmiddelen beperken tot door hem aangewezen middelen per groep. Om de rol van zorgverzekeraars extra te benadrukken is, anders dan bij de ziekenfondsverzekering, in de formulering van de zorg voorop gezet dat zorgverzekeraars geneesmiddelen (binnen voorwaarden) aanwijzen.</p>
Hulpmiddelen	<p>Bij het hulpmiddelenpakket gaat het in het bijzonder om hulpmiddelen die verzekerden thuis gebruiken. De inhoud van het pakket loopt uiteen van verzorgingshulpmiddelen (zoals incontinentiemateriaal en diabetes-teststrips) tot gebruiksmiddelen (bijvoorbeeld hoorapparaten en orthopedisch schoeisel).</p> <p>De verzekerde heeft aanspraak op een goed functionerend en bij de beperking van de verzekerde passend hulpmiddel. Verzekerden hebben op grond van de Regeling zorgverzekering geen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar of een toelichting van de behandelaar nodig om hulpmiddelen te krijgen. Ook bevat de Regeling zorgverzekering geen andere procedurele bepalingen, zoals regels voor de gebruikstermijn van het hulpmiddel, regels voor vervanging, wijziging of herstel van het hulpmiddel en regels voor het volume van het hulpmiddel.</p> <p>Zorgverzekeraars kunnen zelf in hun verzekeringsreglement nadere voorwaarden stellen voor het verkrijgen van hulpmiddelen (het gaat hier om procedurele voorwaarden). Het is echter niet de bedoeling dat zorgverzekeraars voorwaarden tot het stellen van een gebruikstermijn en het</p>

volume van een hulpmiddel in hun verzekeringsreglement opnemen (materiële voorwaarden). De bevoegdheid tot het stellen van procedurele voorwaarden is bij de zorgverzekeraars gelegd om zorgverzekeraars in staat te stellen meer zorg op maat te leveren.

De Regeling zorgverzekering biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om de hulpmiddelen in bruikleen of in eigendom te verstrekken. Deze bepaling is niet expliciet in de Regeling zorgverzekering opgenomen, maar maakt onderdeel uit van de doelmatigheidsafweging van de zorgverzekeraar.

De aanspraak op hulpmiddelen omvat niet de vergoeding van energiekosten zoals gebruik van elektriciteit, batterijen en oplaadapparatuur. Bij een eerste verschaffing wordt het middel echter wel gebruiksklaar afgeleverd met inbegrip van eventuele batterijen. Indien energiekosten bij bepaalde hulpmiddelen wel voor vergoeding in aanmerking komen, wordt dit uitdrukkelijk vermeld.

#### Mondzorg

Voor jongeren tot 18 jaar omvat, naast periodieke controle, fluoridenapplicatie tot tweemaal per jaar vanaf het zesde jaar, 'sealing' en parodontale hulp.

Voor verzekerden vanaf 18 jaar is de mondzorg beperkt tot de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie), het daarbij behorende röntgenonderzoek en een gebitsprothese.

Verzekerden met een bijzondere tandheelkundige aandoening, een lichamelijke of geestelijke handicap of verzekerden met bijzondere gebitsproblemen als gevolg van een medische behandeling, hebben onder bijzondere omstandigheden aanspraak op integrale tandheelkunde.

#### Verblijf

Bij medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg bestaat slechts aanspraak op verblijf in een instelling gedurende 365 dagen. Na 365 dagen komen de kosten van verblijf ten laste van de AWBZ (zie hiervoor verder paragraaf 3.7). Het verblijf op grond van de Zorgverzekeringswet omvat ook de daarmee gepaard gaande verpleging en verzorging en hoeft niet per se in een zorginstelling te zijn.

#### Ziekenvervoer

Ziekenvervoer bestaat, indien er aanspraak bestaat, uit ziekenvervoer per ambulance, taxi of particuliere auto mits dat gebeurt op medische indicatie. De behandelend arts geeft daarvoor een verklaring af. Verder vallen onder deze

aanspraak de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse van vervoer van of naar een instelling van gezondheidszorg. In bepaalde gevallen kan de zorgverzekeraar toestemmen in bijzonder vervoer, bijvoorbeeld per helikopter.

Voor openbaar vervoer, taxi of particuliere auto geldt dat de verzekerde een bepaald bedrag per 12 maanden eerst zelf betaalt. De vergoeding van de kosten per particuliere auto bestaat uit een bepaald bedrag per kilometer.

Op zittend ziekenvervoer bestaat slechts recht in vier situaties. Dat is het geval bij nierdialyse, chemotherapie of radiotherapie, dan wel bij visueel gehandicapten die zich niet zonder begeleiding kunnen verplaatsen, dan wel bij rolstoelpatiënten. Er geldt een beperking van 200 kilometer (enkele reis). Voor een patiënt die met voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar voor het inroepen van zorg in een verder weg gevestigde instelling of zorgaanbieder, voor rekening van de zorgverzekering (zowel in Nederland als in het buitenland) behandeling ondergaat, bestaat recht op vervoer over een grotere afstand.

Er is wel een hardheidsclausule opgenomen waardoor in bepaalde gevallen verzekerden die niet onder de bovenstaande categorieën vallen toch recht hebben op vergoeding. Dit kan het geval zijn als de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer.

Beperking van de  
aanspraken bij terrorisme

De Zorgverzekeringswet beperkt de verzekeringsdekking in geval van terrorisme tot een wettelijk maximum waarbij ook de dekking uit hoofde van andere verzekeringssoorten, zoals opstalverzekering, meewegen.

## 1.8 Subsidierelingen

Subsidie

Subsidie kan alleen worden verstrekt voor zorg of andere diensten ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze op te nemen in het pakket, daarom is in de Zorgverzekeringswet bepaald dat de subsidies tijdelijk zijn. Het CVZ is, eventueel bijgestaan door zorgverzekeraars, belast met het verstrekken van subsidies. De subsidies komen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. De Minister van VWS kan per categorie van subsidies een plafond vaststellen.

## 1.9 Financiering

Dekking kosten  
zorgverzekering

De middelen tot dekking van de kosten van de zorgverzekering komen uit nominale premies, inkomensafhankelijke bijdragen en rijksbijdragen.

Nominale premie

### **Nominale premie**

Alle verzekerden van 18 jaar of ouder die een zorgverzekering hebben gesloten, betalen daarvoor aan de zorgverzekeraar een nominale premie. Die premie is niet afhankelijk van het inkomen van de verzekerde. De zorgverzekeraars zijn vrij in het bepalen van de hoogte van de premie. De hoogte kan verschillen voor de verschillende varianten van de verzekeringsovereenkomsten die zij op de markt aanbieden, maar moet voor ieder die bij een bepaalde zorgverzekeraar kiest voor hetzelfde model, gelijk zijn. Dus als een zorgverzekeraar een zorgverzekering aanbiedt waarbij alle zorg in natura wordt geleverd, geldt voor iedere burger die opteert voor dat verzekeringsmodel bij die zorgverzekeraar, een zelfde nominale premie. Als dezelfde zorgverzekeraar daarnaast een zorgverzekering aanbiedt met het restitutie-model, kan de nominale premie voor dat verzekeringsmodel anders zijn, maar wel gelijk voor iedereen die bij die zorgverzekeraar voor deze vorm kiest. De enige uitzondering op het hiervoor geschetste verbod op premiedifferentiatie wordt gevormd door de wettelijke mogelijkheid van collectieve verzekeringen. Bij deze verzekeringen mag ten hoogste een premiekorting worden verleend van 10% ten opzichte van de grondslag van de premie die geldt voor de desbetreffende variant van de zorgverzekering.

Concurrentie

De nominale premie vervult een functie als prikkel voor een doelmatige zorgverlening, en wel in twee opzichten. Zorgverzekeraars kunnen zich daarmee qua prijs ten opzichte van hun concurrenten onderscheiden. Hoe doelmatiger een zorgverzekeraar zijn bedrijfsvoering regisseert en zorg inkoop, hoe aantrekkelijker de premiestelling voor zijn verzekerden kan zijn. Daarnaast brengt de hoogte van de premie bij verzekerden het effect teweeg dat zij zich meer bewust worden van de kosten van de zorg. Dit moet verzekerden die als patiënt gebruik maken van zorg, prikkelen tot een kritische opstelling ten aanzien van prijs en kwaliteit van de geleverde diensten.

Inkomensafhankelijke  
bijdrage

### **Inkomensafhankelijke bijdrage**

Naast de nominale premie kent de Zorgverzekeringswet als financieringsbron een bij de verzekeringsplichtigen te heffen inkomensafhankelijke bijdrage. Deze bijdrage dekt 50 procent van de totale macropremielast. De inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen is verschuldigd over inkomen uit tegenwoordige en vroegere arbeid. De Belastingdienst int deze bijdragen. Bij de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage over in de loonheffing betrokken loon of uitkering zal de werkgever of uitkeringsinstantie deze bijdrage inhouden op het loon of de uitkering en die afdragen aan de Belastingdienst. Bij inkomsten die niet aan de heffing van loonbelasting onderworpen zij, vindt de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage door de Belastingdienst op aanslag bij de verzekeringsplichtige plaats.

Werkgeversbijdrage

### **Vergoeding van werkgevers aan werknemers**

De Zorgverzekeringswet regelt een verplichting tot het geven van een vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage voor de werkgever aan zijn verzekeringsplichtige werknemers. Deze verplichting tot het verstrekken van een vergoeding geldt eveneens voor bepaalde uitkeringsinstanties. Het gaat hierbij om de vergoeding aan uitkeringsgerechtigden van de verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aan te wijzen uitkeringen. De werkgeversbijdrage is gebaseerd op de burgerrechtelijke verantwoordelijkheid die werkgevers ten opzichte van hun werknemers dragen voor, onder meer, de kosten van medische zorg die nodig is als gevolg van omstandigheden die voortvloeien uit hun dienstbetrekking. Die verplichting is niet opgenomen in de Zorgverzekeringswet ten aanzien van verzekeringsplichtige zelfstandigen en gepensioneerden.

Rijksbijdragen

### **Kinderpremies en andere rijksbijdragen**

De Zorgverzekeringswet kent een aantal rijksbijdragen ter medefinanciering van de verzekering. Voorzien wordt in een rijksbijdrage ter financiering van de premie van kinderen tot 18 jaar. Verder is er de mogelijkheid een rijksbijdrage te verstrekken om eventuele kosten voortvloeiend uit molestsituaties zoals oorlogsomstandigheden of terrorisme te dekken. Ten slotte is in de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid opgenomen van een rijksbijdrage bij betalingsonmacht van een zorgverzekeraar.

Zorgverzekeringsfonds

De inkomensafhankelijke bijdragen en de rijksbijdragen worden gestort in een fonds: het zogenoemde Zorgverzekeringsfonds. Het CVZ beheert dit fonds. De belangrijkste inkomsten betreffen de door de Belastingdienst geheven inkomensafhankelijke bijdragen van de verzekerden. Een andere belangrijke bron betreft de jaarlijkse rijksbijdrage in de financiering van de verzekering voor personen jonger dan 18 jaar. Daarnaast worden de bijdragen die het CVZ van in het buitenland wonende verdragsgerechtigden ontvangt, in het Zorgverzekeringsfonds gestort. Verder betreft het de inkomsten die Nederland ontvangt omdat buitenlandse verdragsgerechtigden in Nederland een verdragsaanspraak hebben ten laste van een verdragsland.

Uit het Zorgverzekeringsfonds wordt aan zorgverzekeraars een bijdrage betaald ter compensatie van een eventueel financieel nadeel dat zorgverzekeraars kunnen hebben ten gevolge van het opleggen van de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars van verzekeringsplichtigen (zie hiervoor verder paragraaf 1.10). Ten laste van het Zorgverzekeringsfonds komen verder, onder andere, te verstrekken subsidies en de uitgaven die Nederland aan een ander land betaalt omdat verzekerden of verdragsgerechtigden in een verdragsland ten laste van Nederland een verdragsaanspraak hebben.

No-claim-  
teruggaveregeling

### **Financiële gevolgen voor verzekerden**

De Zorgverzekeringswet kent naast de inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie voor verzekerden nog andere financiële gevolgen. In de eerste plaats geldt hier de zogenaamde no-claimteruggaveregeling voor verzekerden van achttien jaar of ouder. Wanneer die verzekerden weinig of geen zorg consumeren, ontvangen zij een deel van de door hen betaalde nominale premie terug. De kosten van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, en de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg tellen niet mee bij de no-claimteruggave.

Eigen betalingen

Verder kunnen verzekerden te maken krijgen met een eigen betaling van een deel van de rekening. Dit is het geval als zij hebben gekozen voor een naturapolis en in plaats daarvan incidenteel kiezen voor de wettelijk geregelde mogelijkheid om zorg in te roepen bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar. Daarnaast dienen verzekerden in sommige gevallen een zorggebonden eigen bijdrage te betalen voor bepaalde geneesmiddelen en hulpmiddelen.

Ten slotte kunnen verzekerden van achttien jaar of ouder kiezen voor een eigen risico. In de Zorgverzekeringswet zijn de mogelijke niveaus van eigen risico (100, 200, 300, 400 en 500 euro) aangegeven. De zorgverzekeraar geeft in het aanbod voor een zorgverzekering de premiekorting aan die daar tegenover staat. Hierdoor zijn de aangeboden varianten gemakkelijk met elkaar te vergelijken.

De eigen bijdragen die de verzekerde zelf moet betalen, zoals in het hierboven beschreven geval, tellen niet mee in de berekening van de no-claimteruggave en het eigen risico van een verzekerde.

## 1.10 Risicoverevening

De zorgverzekeraars lopen financieel risico bij de uitvoering van de zorgverzekeringen, zowel op de kosten van geleverde prestaties, als op de kosten voor de administratieve uitvoering van de zorgverzekering. Voor uitgaven aan geleverde prestaties stelt de Minister van VWS jaarlijks voor iedere zorgverzekeraar een afzonderlijke bijdrage vast. Voor de uitvoeringskosten van de zorgverzekeringen van verzekerden jonger dan 18 jaar ontvangen zorgverzekeraars een aparte vergoeding.

### Algemeen

Private verzekeraars zijn in de Zorgverzekeringswet verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering, gegeven de door overheid gestelde randvoorwaarden van toegankelijke, betaalbare gezondheidszorg van voldoende kwaliteit. In een volledig vrije zorgverzekeringsmarkt met keuzevrijheid voor de verzekerden en voldoende transparantie hebben verzekeraars verschillende instrumenten om hun opereren te optimaliseren, namelijk risicoselectie, premiestelling, doelmatige (zorg)inkoop en efficiënte bedrijfsvoering. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat verzekeraars aan de verzekerden premies in rekening kunnen brengen die samenhangen met het risico dat die verzekerden voor de verzekeraar vormen. Dit is het equivalentiebeginsel.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Volgens het equivalentiebeginsel wordt de door de verzekeringnemer te betalen premie gerelateerd aan het risico dat hij door de verzekering zoekt te dekken.



Verbod  
premiëdifferentiatie

### **Acceptatieplicht**

Binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet is er geen sprake van een dergelijke volledig vrije zorgverzekeringsmarkt. Om de toegankelijkheid tot de zorg zeker te stellen, is die markt aan randvoorwaarden gebonden. De Zorgverzekeringswet legt de zorgverzekeraars behalve een acceptatieplicht ook het verbod op om premies te differentiëren naar verzekerdenkenmerken. De wet stelt daarmee het equivalentiebeginsel buiten werking. Zonder aanvullende mechanismen zijn zorgverzekeraars met een ongezonde populatie in het nadeel ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde populatie, omdat zij gegeven hun verzekerden haast wel gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent. Dit ondermijnt het gelijke speelveld waarop concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen.

Directe risicoselectie wordt uitgesloten doordat zorgverzekeraars een wettelijke acceptatieplicht hebben voor verzekeringsplichtigen. Echter, omdat voor alle verzekerden met eenzelfde polis een gelijke nominale premie moet worden geheven, zou er een prikkel tot indirecte risicoselectie zijn. Immers, als de premie per verzekerde niet aangepast kan worden aan het bijbehorende risicoprofiel van de verzekerde, lijdt een zorgverzekeraar verlies op verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. Dit kan er toe leiden dat zorgverzekeraars, ondanks de acceptatieplicht, zullen trachten ongezonde verzekerden te weren. Deze vanuit het oogpunt van toegankelijkheid ongewenste prikkel tot (indirecte) risicoselectie wordt verzacht door een systeem van risicoverevening.

Risicoverevening

De vereveningsbijdrage zorgt er voor dat kostenverschillen als gevolg van verschillen in kenmerken van verzekerden zoveel mogelijk voor zorgverzekeraars worden weggenomen. De vereveningsbijdrage compenseert niet de kostenverschillen die voortvloeien uit bijvoorbeeld minder doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars. Daardoor blijft het voor een zorgverzekeraar noodzakelijk om zich bij de zorginkoop in te spannen om goede zorg tegen een redelijke prijs in te kopen en om zodoende de premie voor zijn zorgverzekering concurrerend te houden.

Werking  
risicovereveningssysteem

De gedachte achter de werking van het risicovereveningssysteem en de invloed daarvan op het doelmatig handelen van zorgverzekeraars is betrekkelijk eenvoudig. De

zorgverzekeraars ontvangen een deel van hun middelen voor de uitvoering van de zorgverzekering uit het daarvoor ingestelde fonds, het zogenoemde Zorgverzekeringsfonds, volgens een algemene verdeelsleutel. Deze wordt vooraf vastgesteld aan de hand van de kenmerken van de verzekerden die een indicator vormen voor te verwachten zorgkosten. Deze relaties tussen zorgkosten en verzekerdenkenmerken zijn statistisch onderbouwd. Het risicovereveningsmodel bevat parameters die corrigeren voor verschillen in de gezondheidstoestand van de verzekerde als gevolg van verschillen in de leeftijd, het geslacht en overige objectief meetbare gezondheidskenmerken van de verzekerden.

Objectieve criteria

Voor de verdeling van de middelen uit het Zorgverzekeringsfonds zijn objectieve criteria nodig. De uiteindelijke bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen, hangt uitsluitend af van de gezondheidsrisico's van verzekerden. Het gehanteerde stelsel van gewichten per verdeelcriterium beoogt zo goed mogelijk de kosten per individuele verzekerde te voorspellen. Het betreft de kosten die voortvloeien uit de behoefte aan zorg waarop de verzekerde volgens de Zorgverzekeringwet aanspraak heeft. Het moet bovendien gaan om voorspelbare kosten, omdat de gewichten immers ex ante worden vastgesteld.

Categorieën

Aandachtspunt is dat het vereveningsmodel dat gehanteerd wordt bij de risicoverevening onderscheid maakt tussen drie verschillende categorieën van prestaties, te weten:

- variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;
- vaste kosten van ziekenhuisverpleging, dat betreft vaste kosten van verblijf;
- kosten van overige prestaties.

Schatting risico's

### **Ex ante risicoverevening**

Elke zorgverzekeraar die in Nederland zorgverzekeringen aanbiedt die voldoen aan de eisen van de Zorgverzekeringwet, ontvangt elk jaar een genormeerde bijdrage die is afgestemd op de gezondheidsrisico's van de verzekerden in zijn portefeuille. Deze bijdrage is dusdanig bepaald dat zij samen met een reële inschatting van de opbrengsten uit nominale premies, gelijk is aan de verwachte kosten van te verlenen zorg (het zogenoemde 'normatieve bedrag').

Verzekerdennacalculatie	<p><b>Ex post aspecten risicoverevening</b></p> <p>Achteraf moet de bijdrage aan zorgverzekeraars worden gecorrigeerd voor verschillen tussen geraamde en gerealiseerde verzekerdenaantallen. De bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds vindt in principe vooraf plaats op basis van geraamde aantallen verzekerden onderverdeeld naar de verschillende relevante kenmerken van verzekerden. Voorkomen dient te worden dat een zorgverzekeraar die in enig jaar veel extra klanten krijgt, bijvoorbeeld doordat bekend is geworden dat hij de benodigde zorg zeer snel voor zijn verzekerden regelt en claims heel goed afwikkelt, voor deze toestroom pas gecompenseerd wordt via de vereveningsbijdrage voor een later jaar. Daarom is in de Zorgverzekeringswet geregeld, dat alle bijdragen achteraf worden herberekend, rekening houdend met de werkelijke verzekerdenaantallen en hun kenmerken.</p>
Uitgavenkadercalculatie	<p>Daarnaast kan in geval van een kernexplosie of natuurramp, of andere buitengewone gebeurtenissen die niet tot het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars kunnen worden gerekend, achteraf de bijdragen aan zorgverzekeraars worden aangepast aan het uiteindelijke kostenbeeld.</p>
Ex post compensatie	<p>Bij inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet is het nog niet mogelijk de kwaliteit te garanderen van de relaties tussen kosten en kenmerken van de voormalig particuliere en publiekrechtelijke verzekerden. Om deze onvolkomenheid van de ex ante normering op te vangen, zullen (ex post) methoden worden toegepast, waarbij de verdeling van middelen over de zorgverzekeraars achteraf wordt aangepast aan de hand van kostenrealisaties. De noodzaak voor tijdelijke ex post compensatiemechanismen wordt nog versterkt doordat de invoering van de Zorgverzekeringswet gekoppeld is aan een breder traject van invoering van marktwerking binnen de gezondheidszorg. Hierbij wordt ook de bekostiging van het zorgaanbod gewijzigd. Dit heeft onder andere vorm gekregen in de invoering van diagnose behandeling combinaties (dbc's), waarbij de vergoeding die ziekenhuizen en medisch specialisten ontvangen voor verleende zorg, beter dan in de huidige bekostigings-systeematiek, aansluit bij de onderliggende kosten.</p> <p>Binnen de ex post compensatiemechanismen kunnen de volgende vormen worden onderscheiden:</p>

Hogekostencompensatie	De hogekostencompensatie beoogt tegemoet te komen aan kostenverschillen als gevolg van een ongelijke verdeling van extreem hoge schades van verzekerden over zorgverzekeraars. Hierbij geldt dat als geprobeerd wordt de individuele slechte risico's vooraf op te sporen en te compenseren, de complexiteit van het systeem van risicoverevening toeneemt.
Generieke verevening	Generieke verevening is een middel om mogelijke onvolkomenheden in de verdelende werking van het model te corrigeren.
Nacalculatie	Nacalculatie wordt gebruikt om de hoogte van het financiële risico te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de hoogte van de feitelijke kosten te beïnvloeden.

Naarmate betere informatie beschikbaar komt om de ex ante normering aan te passen aan de kostenpatronen van alle verzekerden in termen van de nieuwe bekostiging van het zorgaanbod, is minder inzet van ex post compensatiemechanismen noodzakelijk. Het streven is hierbij de generieke verevening met voorrang af te bouwen.

### **Nominale rekenpremie**

De vereveningsbijdragen uit het zorgverzekeringsfonds zijn niet toereikend voor een zorgverzekeraar om alle uitgaven voor de zorg aan zijn verzekerden te dekken.

Zorgverzekeraars zullen naast deze bijdrage een nominale premie in rekening brengen bij hun verzekerden. In het risicovereveningssysteem wordt uitgegaan van een voor iedereen gelijke premie, de zogenoemde rekenpremie.

Deze rekenpremie geeft het bedrag aan dat zorgverzekeraars gemiddeld in rekening moeten brengen om in beginsel alle kosten van aanspraken te dekken. Het doel van risicoverevening is immers kostenverschillen tussen zorgverzekeraars die voortvloeien uit de verschillen in gezondheidsrisico's van verzekerden te compenseren.

### **Uitvoeringskosten**

Naast de kosten van de (verzekerde) prestaties maakt een zorgverzekeraar ook kosten om de verzekeringsadministratie te kunnen uitvoeren. In principe geldt dat zorgverzekeraars voor doelmatigheidsverschillen in de uitvoering (bijvoorbeeld door schaafeffecten of uitbesteding van taken op het punt van administratie en zorginkoop) niet door correcties vanuit de overheid in een gelijke uitgangspositie hoeven te worden

gebracht. De uitvoeringskosten worden dus niet meegenomen in het risicovereveningssysteem. Echter, verzekeraars hebben voor verzekerden onder de 18 jaar naast zorgkosten, waarvoor een zorgverzekeraar een vereveningsbijdrage ontvangt, ook uitvoeringskosten (administratie, zorginkoop). Deze uitvoeringskosten kan een zorgverzekeraar niet door een opslag op de premie van verzekerden jonger dan 18 jaar financieren. Hierom krijgen zorgverzekeraars voor deze kosten een aparte nominale vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds.

## **1.11 Beheer en toezicht**

Taken CVZ

In het kader van de Zorgverzekeringswet is het CVZ aangewezen om te zorgen voor het dagelijks beheer van de uitvoering van de zorgverzekeringen. De taken en bevoegdheden van het CVZ zijn de volgende.

- Pakketbeheer, in die zin dat het CVZ de eenduidige uitleg van het verzekerde pakket bevordert en zorgverzekeraars richtlijnen kan geven. Het CVZ rapporteert de minister desgevraagd over voorgenomen beleid inzake aard, inhoud en omvang van het verzekerde pakket. Verder signaleert het CVZ de minister gevraagd en ongevraagd over feitelijke ontwikkelingen in het medisch veld die wijzigingen in het te verzekeren pakket gewenst zouden kunnen maken.
- Voorlichting aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en burgers over de aard, inhoud en omvang van het verzekerde pakket.
- Bevorderen van de afstemming van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en de uitvoering van het beleid op andere terreinen van de volksgezondheid en de sociale zekerheid.
- Beheer van het Zorgverzekeringsfonds (het fonds waaruit de zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage ontvangen) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) het fonds financiële middelen AWBZ.
- Verstrekken van subsidies en beheer van de uitgaven ten behoeve van gesubsidieerde zorg.
- Taken als innings- en administratiekantoor voor de financiële afwikkeling van verleende hulp aan verzekerden in het buitenland, van in het buitenland wonende Nederlands verdragsgerechtigden en van buitenlands verdragsgerechtigden in Nederland.

- Uitvoeren van de vereveningsregeling.
- Beheren van de bijdragevervangende belasting van gemoedsbezwaarden.

Toezichtsdomeinen	In het kader van de zorg is sprake van een aantal toezichtdomeinen. Er is toezicht op financiële markten, toezicht op de verzekeraars bij de uitvoering van de Zorgverzekeringwet, toezicht op het ontwikkelen van markten en de mededinging bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders en toezicht op de kwaliteit van de (verleende) zorg.
DNB	De verzekeraars die de Zorgverzekeringwet uitvoeren zijn private verzekeringsondernemingen. Op deze verzekeraars is daarom de wetgeving voor het toezicht op de particuliere verzekeraars, zoals vastgelegd in de Wet toezicht verzekeringsonderneming 1993 van toepassing. Dit toezicht richt zich met name op de vraag of de financiële positie van de verzekeraars voldoende is om de aangegane verplichtingen te dekken en of de bedrijfsprocessen dusdanig zijn ingericht dat de continuïteit van de zorgverzekeraars gewaarborgd is, zodat zij ook in de toekomst aan deze verplichtingen kunnen voldoen. Het toezicht berust bij DNB. Als het een verzekeringsonderneming betreft met een zetel in een andere lidstaat van de EU, wordt het toezicht uitgeoefend door de toezichthoudende instantie in die lidstaat.
AFM	Het toezicht op particuliere verzekeraars omvat verder ook het toezicht op een deugdelijke financiële dienstverlening, zowel voor zorgverzekeraars als assurantietussenpersonen en andere distributiekkanalen. Dit toezicht is opgedragen aan de Autoriteit Financiële Markten (AFM). Het gaat hierbij om de basisvereisten waaraan financiële marktpartijen moeten voldoen om een fatsoenlijk distributiekanaal van financiële producten te waarborgen. Het gaat dan vooral om de vraag of de verzekeraar verzekerden goed voorlicht over de verzekeringspolis en of hij bij de verkoop ervan zijn klanten goed informeert over onder meer de mogelijkheden en de verschuldigde premies bij de verschillende varianten. Deze toezichthouder is daarnaast verantwoordelijk voor het effectentypische gedragstoezicht met waarborgen voor een integere inrichting van het beleggingsbedrag van, onder andere, de zorgverzekeraars.

CTZ

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is verantwoordelijk voor de werking van de Zorgverzekeringswet. Hij zendt daarom verantwoordingsinformatie naar de beide Kamers der Staten-Generaal, die vooral betrekking heeft op de behartiging van de publieke belangen die met de Zorgverzekeringswet zijn gewaarborgd. Bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet gaat het daarbij in hoofdzaak om het nakomen van de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en om de vraag of de polis, de privaatrechtelijke overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde, niet meer maar ook niet minder biedt dan wat op grond van de wet verzekerd dient te zijn. Andere relevante verantwoordingsinformatie betreft de opgave van het verzekerdenbestand in verband met de verevening en de vraag of het gedrag van de zorgverzekeraar ten aanzien van collectieve contracten correct is.

Door de keuze voor een privaatrechtelijke verzekering waarbij een grotere verantwoordelijkheid is ingeruimd voor verzekeraars die winst mogen maken, past het niet toezicht uit te oefenen op de doelmatigheid van de uitvoering van de zorgverzekering. Kernpunt in de sfeer van het (rechtmatigheids)-toezicht op de nieuwe zorgverzekering is daarom dat de overheid zich ervan vergewist dat de zorgverzekeraar zijn plicht nakomt om de verzekerde te leveren waar hij volgens de Zorgverzekeringswet recht op heeft. De aangewezen toezichthouder, het CTZ, heeft de volgende taken en bevoegdheden.

- Rapporteren aan de minister over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet.
- Rapporteren over de uitvoerbaarheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid in verband met de uitoefening van zijn toezichthoudende taak.
- Instellen van onderzoek bij zorgverzekeraars op verzoek van CVZ.
- Mogelijkheid tot het stellen van regels met betrekking tot controle door zorgverzekeraars en de inhoud en inrichting van accountantsverslagen.

NZa

Een belangrijke taak en verantwoordelijkheid voor de overheid betreft het wegnemen van de barrières die marktwerking in de weg staan en het 'maken' van markten waar die markten nog niet voldoen aan de criteria voor marktwerking. Het gaat dan om het versterken van de positie van de verzekerde, het slechten van toetredingsbelemmeringen en het vergroten van transparantie. Meer in

algemene zin is het zaak om de transparantie op de zorgmarkt zodanig te bevorderen dat de burgers keuzes die zij in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten maken, goed kunnen afwegen. Voor de werking van het systeem is het van groot belang dat verzekerden gaan ‘stemmen met de voeten’. Om dit te bevorderen, zal de op te richten Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden opgedragen om deze specifieke taak te gaan vervullen. Deze taak wordt vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) (zie verder paragraaf 5.1). Op het moment dat die wet in werking treedt gaat het CTZ op in de NZa en gaan de rechten en plichten van het CTZ over op de NZa.

NMa Het algemene mededingingstoezicht is geregeld in de Mededingingswet en betreft zowel de zorgverzekeraars als de aanbieders van zorg. De Nederlandse Mededingings autoriteit (NMa) is belast met het toezicht op de naleving van de Mededingingswet door zorgverzekeraars.

Toezicht op kwaliteit van de zorg Toezicht op de kwaliteit van de volksgezondheid in het algemeen en op het bestaan en naleven van voorschriften door de zorgaanbieders is opgedragen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ ziet ook toe op de kwaliteit van het medisch professioneel handelen zoals de bevoegdheid tot het verrichten van medische handelingen, en kwaliteitscriteria, gericht op het leveren van verantwoorde zorg van goed niveau, die doeltreffend en doelmatig moet worden verleend en die is afgestemd op de zorgvrager.

## 1.12 Geschillen

Geschillen algemeen Indien een verzekeringnemer of verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing over de uitvoering van een zorgverzekering, kan hij de zorgverzekeraar vragen de beslissing te heroverwegen. Als de zorgverzekeraar niet binnen redelijke termijn reageert of niet (voldoende) tegemoetkomt aan de bezwaren van de verzekerde, kan de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter of het geschil voorleggen aan de onafhankelijke geschillencommissie. Naast een geschil over de uitvoering van de wet kan een verzekerde ook een klacht hebben, bijvoorbeeld over de bejegening door de verzekeraar of over de wijze waarop een kwestie waarover de verzekerde en de verzekeraar van mening verschillen, is afgehandeld. Er is een verschil



tussen de procedure voor geschillen en de procedure voor klachten.

Burgerlijke rechter

Omdat de zorgverzekering een privaatrechtelijke overeenkomst is, wordt een geschil in beginsel op grond van het burgerlijke recht afgehandeld. Dit is het uitgangspunt van artikel 112, eerste lid, van de Grondwet, waarin voor geschillen over burgerlijke rechten en schuldvorderingen de rechterlijke macht is aangewezen. Het gaat dan om de kantonrechter of de rechtbank en in hoger beroep het gerechtshof. Vervolgens kan men bij de Hoge Raad in cassatie komen.

Onafhankelijke  
geschillenbehandeling

Omdat een procedure bij de burgerlijke rechter veel tijd in beslag kan nemen en duur kan zijn, kunnen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer of de verzekerde gezamenlijk besluiten af te zien van de mogelijkheid de burgerlijke rechter te benaderen en besluiten het geschil aan een onafhankelijke derde voor te leggen. In de Zorgverzekeringswet is opgenomen dat een zorgverzekeraar er voor moet zorgen dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.

Geschillencommissie  
Uitvoering  
Zorgverzekering

De zorgverzekeraars hebben hiertoe een aparte rechtspersoon opgericht, waarin de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekering is opgenomen. Op de procedure is het Reglement van de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekering van toepassing. Het Reglement voorziet onder meer in een griffierecht, entreegeld genoemd, om onnodige procedures te voorkomen. Dit entreegeld krijgt de verzekerde of verzekeringnemer terug als hij geheel in het gelijk wordt gesteld. Een uitspraak van deze Geschillencommissie is een bindend advies.

Advisering CVZ

Indien het geschil betrekking heeft op zorg of met die zorg verband houdende diensten (verpleging, verzorging, verblijf en vervoer) of de vergoeding daarvan, moet de Geschillencommissie eerst advies vragen aan het CVZ vóórdat het zijn advies over het geschil uitbrengt.

De Ombudsman Zorgverzekeringen, een klachteninstantie die door de leden van de brancheorganisatie van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, in 1996 in het leven is geroepen, behandelt alle klachten over ziektekostenverzekeringen en behandelt klachten en geschillen over de aanvullende verzekeringen. Verder kan de Ombudsman Zorgverzekeringen een bemiddelende rol spelen bij ontvangen geschillen waarin zonder kennelijke heroverweging een beslissing is genomen door een zorgverzekeraar.

Deze Ombudsman bemiddelt tussen een verzekerde en zijn zorgverzekeraar of assurantietussenpersoon bij klachten op het gebied van de zorgverzekeringen. De Ombudsman Zorgverzekeringen probeert partijen bij elkaar te brengen door hen over en weer van de redelijkheid of de onredelijkheid van hun standpunt te overtuigen. Uitgangspunt is daarbij de gelijkwaardigheid van partijen.

## 2 Wet op de zorgtoeslag

### 2.1 Achtergrond

Betaalbaarheid  
zorgverzekering

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet komt er voor alle verzekerden een zelfde premieregime. Naast een inkomensafhankelijke bijdrage die door de Belastingdienst wordt geïnd, zijn de verzekerden aan hun zorgverzekeraar nog een vast premiebedrag verschuldigd; de nominale premie. De hoogte van deze nominale premie wordt, onafhankelijk van het inkomen, door de zorgverzekeraar vastgesteld. Om te voorkomen dat hierdoor de financiële toegankelijkheid van de zorg is een zorgtoeslag in het leven geroepen.

Zorgtoeslag

De zorgtoeslag biedt een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie. Om de mededinging tussen de zorgverzekeraars te bevorderen en te zorgen dat de burgers de zorgverzekeraars ook op de hoogte van hun nominale premie gaan beoordelen wordt bij de zorgtoeslag niet uitgegaan van de werkelijk betaalde nominale premie maar van het gemiddelde van de premies van de aangeboden zorgpolissen.

De Wet op de zorgtoeslag wordt uitgevoerd door de Belastingdienst. Voor de aanvraag van de zorgtoeslag moet vooraf een schatting worden gemaakt van het inkomen van het daarop volgende jaar van de aanvrager en zijn of haar partner. Op basis daarvan wordt maandelijks een voorschot van de zorgtoeslag uitgekeerd, beginnend in de maand december voorafgaand aan het jaar waarover de zorgtoeslag wordt berekend. Over het algemeen zal men dus de toeslag iets eerder ontvangen dan het moment waarop de nominale premie aan de zorgverzekeraar betaald moet worden. Het is mogelijk de Belastingdienst te machtigen de zorgtoeslag rechtstreeks aan de zorgverzekeraar over maken, zodat die direct met de verschuldigde nominale premie verrekenend kan worden. Later wordt door de Belastingdienst, onder meer aan de hand van de aangifte voor de inkomstenbelasting, het definitieve bedrag van de zorgtoeslag bepaald, waarna zo nodig een verrekening van de teveel of te weinig ontvangen zorgtoeslag plaatsvindt.

Men kan uitsluitend voor een zorgtoeslag in aanmerking komen wanneer men heeft voldaan aan de verplichting een

zorgverzekering te sluiten. Het recht op een zorgtoeslag wordt ook verbeurd wanneer de partner niet heeft voldaan aan de verzekeringsplicht.

Verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen, komen ook in aanmerking voor een zorgtoeslag. Dat geldt eveneens voorin het buitenland wonende mensen die niet op grond van de Nederlandse wetgeving, maar op grond van internationale regelingen recht hebben op medische zorg ten laste van de Nederlandse verzekering.

## **2.2 Doel van de wet**

De Wet op de zorgtoeslag regelt een tegemoetkoming in de premiekosten voor een zorgverzekering voor mensen voor wie de premie voor een zorgverzekering in verhouding tot hun inkomen een te zware last vormt. Ditzelfde geldt voor een tegemoetkoming in de bijdrage die verdragsgerechtigden verschuldigd zijn. De Wet op de zorgtoeslag geeft aanspraak op een financiële bijdrage van het Rijk waarvan de hoogte afhankelijk is van de draagkracht. De zorgtoeslag is daardoor een inkomensafhankelijke regeling waarop de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen van toepassing is. De in de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen gehanteerde begrippen zoals tegemoetkoming, partner of toetsingsinkomen, zijn eveneens op de Wet op de zorgtoeslag van toepassing.

## **2.3 De rechthebbenden**

Zvw-verzekerden

De Wet op de zorgtoeslag is van toepassing op de verzekeringsplichtigen op grond van de Zorgverzekeringswet (zie hierover paragraaf 1.3) die een zorgverzekering hebben afgesloten, en de in het buitenland wonende verdragsgerechtigden die zich hebben aangemeld bij het CVZ. Iedereen met een zorgverzekering heeft vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgende op de maand waarin hij achttien jaar wordt, recht op een zorgtoeslag als de premie voor een zorgverzekering dan wel de bijdrage voor verdragsgerechtigden in verhouding tot het inkomen, een te zware last vormt. Een thuiswonend kind ouder dan 18 jaar heeft een zelfstandig recht op een zorgtoeslag.

## 2.4 Recht op zorgtoeslag

### Zorgtoeslag

Normpremie	Een Zvw-verzekerde komt in aanmerking voor een zorgtoeslag indien de voor hem geldende genormeerde kosten voor een zorgverzekeringsovereenkomst (in de Wet op de zorgtoeslag aangeduid als 'normpremie') minder bedragen dan de geraamde gemiddelde premiekosten (in de Wet op de
Standaardpremie	zorgtoeslag aangeduid als 'standaardpremie'). De zorgtoeslag is gelijk aan het verschil tussen beide kostensoorten. De Belastingdienst Toeslagen controleert of iemand die een tegemoetkoming aanvraagt, ook daadwerkelijk een zorgverzekering heeft gesloten.
Percentage zorgtoeslag	Voor een verzekerde met een partner zijn de genormeerde kosten voor een zorgverzekering vastgesteld op 5% van het in de Wet op de zorgtoeslag gedefinieerde drempelinkomen, vermeerderd met 5% van het toetsingsinkomen dat boven het drempelinkomen uitgaat. Voor een verzekerde zonder partner zijn de genormeerde kosten voor een zorgverzekering vastgesteld op 3,5% van het drempelinkomen, vermeerderd met 5% van het toetsingsinkomen dat boven het drempelinkomen uitgaat. Deze percentages kunnen bij algemene maatregel van bestuur worden gewijzigd. De ministers van Financiën en Sociale Zaken en Werkgelegenheid zullen de percentages in overleg wijzigen. De aanwezigheid van vermogen leidt niet tot verlies van het recht op de toeslag.
Bepalen recht op zorgtoeslag	De Belastingdienst Toeslagen bepaalt het recht op een zorgtoeslag voor iedere kalendermaand afzonderlijk. Daarom heeft bijvoorbeeld een inkomenswijziging direct gevolgen voor de hoogte van de zorgtoeslag. Het onmiddellijk doorgeven van relevante wijzigingen aan de Belastingdienst is daarom belangrijk. De voorschotten zullen daarop direct worden aangepast. Afwijkingen tussen de voorschotten en de definitieve vaststelling van de zorgtoeslag worden dan voorkomen (zie hierover paragraaf 2.5).
Fiscale buitengewone uitgavenregeling	Naast een eventuele compensatie van premielasten voor een zorgverzekering voor verzekerden, bestaat ook nog de fiscale buitengewone-uitgavenregeling. Op grond daarvan kunnen burgers bij de berekening van de inkomstenbelasting, onder de in de belastingwetgeving gestelde voorwaarden, hun zorgkosten voor fiscale aftrek in aanmerking brengen.

Daartoe behoren de werkelijk betaalde premies, voor zover die uitgaan boven hetgeen zij aan zorgtoeslag ontvangen. De fiscale regeling is evenwel breder en omvat meer zorgkosten dan alleen de verzekeringspremie. Daar staat tegenover dat verrekening van kosten tegen het belastingtarief per definitie gedeeltelijk is. Voor zover wel het recht op aftrek bestaat, maar er onvoldoende inkomen is om de aftrek te verzilveren, kan tegemoetkoming plaatsvinden op grond van de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven.

Verzekerden en  
zorgtoeslag in het  
buitenland

### **Zorgtoeslag in het buitenland**

De zorgtoeslag is exporteerbaar op grond van verschillende verdragen. Het gaat hierbij om de Verordening, de Overeenkomst betreffende de EER of de Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds en de Zwitserse Bondstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen, alsmede om diverse door Nederland met andere staten in het kader van de sociale zekerheid gesloten bilaterale verdragen. Dat betekent dat iedereen die in het buitenland woont en die onder de Nederlandse wetgeving valt, in aanmerking kan komen voor de zorgtoeslag op precies dezelfde voorwaarden als wanneer men in Nederland zou wonen.

Verdragsgerechtigden  
en zorgtoeslag

Daarnaast is er een aantal categorieën van personen die niet op grond van de Nederlandse wetgeving, maar op grond van een internationale regeling hebben op medische zorg die ten laste van de Nederlandse verzekering wordt verleend. Dat betreft in een 'verdragsland' wonende gezinsleden van in Nederland werkenden. Verder betreft het postactieven met een Nederlands pensioen of langlopende sociale zekerheidsuitkering die verzekerd zouden zijn ingevolge de Zorgverzekeringswet indien zij in Nederland zouden wonen en hun gezinsleden. Ook die mensen komen in aanmerking voor de zorgtoeslag onder dezelfde voorwaarden als wanneer men in Nederland zou wonen.

## **2.5 Uitvoering**

Belastingdienst Toeslagen

De uitvoering van deze regeling is in handen gelegd van de Belastingdienst Toeslagen. Bij een tijdige aanvraag betaalt de Belastingdienst Toeslagen de zorgtoeslag uit in twaalf termijnen. De eerste termijn valt dan in de maand december voorafgaand aan het jaar waarover de zorgtoeslag wordt

berekend. Op deze manier wordt de zorgtoeslag ontvangen vóór het tijdstip van de betaling van de verschuldigde premie voor de zorgverzekering. Voor de aanvraag van de zorgtoeslag moet vooraf een schatting worden gemaakt van het inkomen in het daarop volgende jaar van de aanvrager en de eventuele partner. Op basis daarvan wordt maandelijks een voorschot van de zorgtoeslag uitgekeerd. Onder meer aan de hand van de aangifte voor de inkomstenbelasting bepaalt de Belastingdienst Toeslagen later het definitieve bedrag van de zorgtoeslag, waarna zo nodig een verrekening van de te veel of te weinig ontvangen zorgtoeslag plaatsvindt.

## 2.6 Financiering

Draagkrachtprincipe

De overheid compenseert door middel van de zorgtoeslag een gedeelte van de premielast voor de zorgverzekering van de verzekerden met een laag inkomen. Langs deze weg wordt een zorgstelsel gerealiseerd waarbinnen de lasten op een evenwichtige manier zijn verdeeld; evenwichtig in de zin dat iedereen zijn bijdrage levert, maar waarbij tevens het draagkrachtprincipe een volwaardige rol speelt. De draagkracht bepaalt dus de omvang van het recht op zorgtoeslag. Bij het bepalen van de draagkracht is zowel het inkomen van de belanghebbende als dat van zijn partner van belang.

Toetsing draagkracht

Op grond van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen wordt ter bepaling van de draagkracht van de belanghebbende het zogenaamde 'toetsingsinkomen' in aanmerking genomen. Voor de toetsing van de draagkracht van een belanghebbende wordt uitgegaan van het inkomen van de belanghebbende en zijn eventuele partner.

Verzekerden (met partner)

In het kader van de zorgtoeslag bestaan slechts één- of tweepersoonshuishoudens. Dit onderscheid is van belang voor de vaststelling van de hoogte van de tegemoetkoming. Voor de bepaling of er sprake is van een tweepersoonshuishouden gelden de regels rond het begrip partner zoals die zijn neergelegd in (artikel 3 van) de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen. Een verzekerde met een verzekerde partner hebben gezamenlijk één aanspraak (recht). Er is dus één aanvrager voor de zorgtoeslag. Als de verzekerde een partner heeft die niet heeft voldaan aan de verplichting een zorgverzekering te sluiten, heeft de verzekerde geen aanspraak op een zorgtoeslag.

Ook voor een verzekerde die feitelijk geen inkomen geniet, wordt voor de berekening van de zorgtoeslag uitgegaan van een fictief inkomen.

## 2.7 Toetsingsinkomen

Op grond van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen wordt voor de bepaling van de draagkracht van de belanghebbende het zogenaamde 'toetsingsinkomen' in aanmerking genomen. Er wordt daarbij uitgegaan van het inkomen van de belanghebbende en zijn eventuele partner. Het toetsingsinkomen voor het berekenen van de zorgtoeslag is het verzamelinkomen in de zin van de Wet inkomstenbelasting 2001 in het berekeningsjaar. Het berekeningsjaar is het kalenderjaar waarop de zorgtoeslag betrekking heeft. Voor verzekerden die aangifte voor de inkomstenbelasting doen wordt dit verzamelinkomen op de aanslag afgedrukt. Het toetsingsinkomen is dus in beginsel één op één gelijkgesteld met het fiscale inkomen. Als na vaststelling van de aanslag bijvoorbeeld een navorderingsaanslag wordt opgelegd, op grond van een hoger verzamelinkomen, dan leidt dat automatisch tot een hoger toetsingsinkomen.

Om te bereiken dat de zorgtoeslag aansluit bij de actuele inkomenssituatie van de belanghebbende, wordt uitgegaan van het inkomen in het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft.

Drempelinkomen

Vanuit de optiek dat alle burgers een deel van de kosten van de zorg moeten betalen, is een, in de Wet op de zorgtoeslag gedefinieerd, zogenoemd 'drempelinkomen' in de zorgtoeslag ingebouwd. Daarmee wordt gerealiseerd dat niemand zijn zorgpremie (vrijwel) geheel terugkrijgt. De hoogte van het drempelinkomen is bepaald op een percentage van het wettelijk minimumjaarloon voor 23-jarigen, verminderd met het werknemersaandeel in de Werkloosheidswet en de Ziektewet en vermeerderd met de tegemoetkoming van de inhoudingsplichtige werkgever van de inkomensafhankelijke bijdrage voor de verzekeringsplichtige (voor de zorgverzekering) werknemer.

## 2.8 Berekening zorgtoeslag

Bedrag zorgtoeslag

Een verzekerde komt in aanmerking voor een zorgtoeslag



als de voor hem geldende genormeerde kosten voor een zorgverzekeringsovereenkomst (normpremie) minder bedragen dan zijn geraamde gemiddelde premiekosten (standaardpremie). De zorgtoeslag is gelijk aan het verschil tussen beide kostensoorten.

#### Normpremie

De normpremie is de aan de hand van het drempelinkomen en het toetsingsinkomen van de verzekerde berekende premie voor een zorgverzekering in het berekeningsjaar. De normpremie is een percentage van het drempelinkomen, vermeerderd met een percentage van het toetsingsinkomen voorzover dat toetsingsinkomen het drempelinkomen te boven gaat. Voor een verzekerde met een verzekerde partner wordt het gezamenlijke toetsingsinkomen in aanmerking genomen.

#### Standaardpremie

De standaardpremie is de geraamde gemiddelde nominale premie voor een zorgverzekering waarop in mindering wordt gebracht het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde terugontvangt aan no-claimteruggave voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg. Deze standaardpremie voor de berekening van de zorgtoeslag wordt bij ministeriële regeling vastgesteld. De hoogte van de standaardpremie is het gemiddelde van de nominale premies die de verzekerden naar verwachting over het desbetreffende jaar voor de zorgverzekering moeten betalen. Uitgegaan wordt van het gemiddelde van de (nominale) premies voor de zorgverzekering, die in het jaar voorafgaande aan het berekeningsjaar voor dat jaar door het Centraal Planbureau (CPB) worden geraamd. In de maand april (van het berekeningsjaar) wordt berekend of het geraamde gemiddelde van de nominale premies in het voorgaande jaar afwijkt van het werkelijke gemiddelde daarvan. Als er sprake is van een afwijking van 25 euro of meer ten opzichte van de aanvankelijk geraamde premiekosten, dan wordt de voor de zorgtoeslag voor dat jaar gehanteerde standaard verschuldigde premie met onmiddellijke ingang bij ministeriële regeling bijgesteld. De Minister van VWS geeft de nieuwe standaardpremie door aan de Belastingdienst Toeslagen. In dat geval worden de beschikkingen over de toekenning van zorgtoeslag door de Belastingdienst (per 1 juli) aangepast en vindt de uitbetaling van de hogere of lagere zorgtoeslag nog in datzelfde jaar plaats.

## 2.9 Sturing en toezicht

Om vast te stellen of degene die de zorgtoeslag aanvraagt daar ook recht op heeft, controleert de Belastingdienst Toeslagen onder meer of de belanghebbende een zorgverzekering heeft afgesloten dan wel zich als verdragsgerechtigde heeft aangemeld bij CVZ. Er wordt dan gebruik gemaakt van gegevens die de verzekeraars en CVZ op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht zijn te verstrekken. Na afloop van het berekeningsjaar controleert de Belastingdienst automatisch de gegevens van de aanvrager (en zijn eventuele partner) op basis van de beschikbare informatie en stelt de tegemoetkoming definitief vast. Het gaat hierbij om inkomensgegevens, huishoudsamenstelling en het verzekerd dan wel aangemelde verdragsgerechtigde zijn.

## 2.10 Geschillen (bezwaar en beroep)

De Wet op de zorgtoeslag wordt uitgevoerd door de Belastingdienst Toeslagen. De uitvoering van de wet wordt beheerst door de regels van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen. In laatstgenoemde wet is ook het bezwaar en beroep betreffende de (toekenning of hoogte van de) zorgtoeslag geregeld. Omdat de beslissing over de zorgtoeslag een beschikking is van een bestuursorgaan, zijn de regels van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Er zijn afwijkende regels getroffen met betrekking tot de termijn van aanvang van bezwaar of beroep.

In beginsel kan iemand die het niet eens is met een beschikking van de Belastingdienst Toeslagen over de toekenning of de hoogte van de zorgtoeslag, bezwaar indienen bij deze dienst. De Belastingdienst Toeslagen beslist over het bezwaarschrift en tegen deze beslissing op bezwaar kan beroep worden ingesteld bij de rechtbank die bevoegd is over het geschil te oordelen.

## **3 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten**

### **3.1 Achtergrond**

In 1962 lanceerde de toenmalige minister Veldkamp het plan voor een verzekering tegen zware medische risico's voor de gehele bevolking. Het ging hierbij om een verzekering voor hoge financiële lasten als gevolg van ernstige, langdurige ziekten of gebreken. Veldkamp doelde in het bijzonder op de kosten van mensen met ernstige aangeboren lichamelijke of geestelijke gebreken en van psychiatrische patiënten die langdurige verpleging en verzorging nodig hadden. Het risico van het vóórkomen van dergelijke aandoeningen is op zichzelf niet zo groot, maar in een voorkomend geval kan vrijwel niemand de kosten voor eigen rekening nemen. Dat heeft ertoe geleid te spreken van 'bijzondere ziektekosten'. De AWBZ kwam tot stand als de wet van 14 december 1967 (Stb. 1967, 655) en trad vanaf 1 januari 1968 gefaseerd in werking.

### **3.2 Karakter van de verzekering**

Verzekering van rechtswege

De AWBZ is een verzekering van rechtswege. Dit betekent dat iedereen die voldoet aan de in de wet neergelegde criteria verzekerd is, ongeacht de vraag of hij of zij van de door de wet geboden aanspraken gebruik wenst te maken. Alle verzekerden zijn verplicht om de wettelijk vastgestelde premie te betalen. Degenen die uit geloofsovertuiging bezwaren hebben tegen verzekering, de zogenoemde gemoedsbezwaarden, kunnen ontheffing krijgen van de verplichtingen op grond van de AWBZ-verzekering. In plaats van premie zijn gemoedsbezwaarden premieervangende inkomstenbelasting of loonbelasting verschuldigd.

### **3.3 De verzekerden**

AWBZ-verzekerden

De AWBZ is een volksverzekering. Dit houdt als algemene regel in dat de volgende mensen verzekerd zijn.

- De ingezetenen van Nederland. Ingezetenen zijn degenen die in Nederland wonen. Dat is doorgaans het Nederlandse grondgebied maar naar omstandigheden soms een andere plaats. Uit jurisprudentie blijkt dat ook feitelijk verblijf buiten de landsgrenzen in bepaalde

omstandigheden kan gelden als wonen in Nederland. In het algemeen geldt daarbij als wooncriterium dat iemand daar woont waar het middelpunt van zijn maatschappelijke bestaan is gelegen. Dit kan bijvoorbeeld blijken uit het bestaan van een economische en sociale band.

- Niet-ingezetenen die aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen omdat zij in Nederland in dienstbetrekking werkzaam zijn. Hieronder vallen voornamelijk grensarbeiders en expatriates.

Bij de hiervoor vermelde hoofdregel is het niet van belang of de betrokkene al dan niet de Nederlandse nationaliteit heeft. Om AWBZ-verzekerd te zijn moet een vreemdeling echter tevens aan de voorwaarde voldoen dat hij rechtmatig in Nederland verblijft.

Op de hoofdregel bestaat een aantal uitzonderingen. Deze betekenen enerzijds een uitbreiding van de kring der verzekerden (niet-ingezetenen die toch verzekerd zijn), anderzijds een beperking (ingezetenen die niet verzekerd zijn). Deze zijn neergelegd in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999. Verzekerd zijn bijvoorbeeld Nederlands ambtenaren en hun gezinsleden in het buitenland.

De AWBZ-verzekering van kinderen is geen afgeleide van de verzekering van de ouders. Voor kinderen vindt het vaststellen van de woonplaats ook 'naar de omstandigheden' plaats. In tegenstelling tot de overige volksverzekeringen kent de AWBZ met betrekking tot de verzekeringsplicht geen leeftijdsgrenzen.

Bij de toepassing van de AWBZ spelen de bepalingen van de Verordening, de Overeenkomst betreffende de EER, de Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds en de Zwitserse Bondstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen, of met andere landen gesloten bilateraal socialezekerheidsverdragen waarin een regeling voor de verlening van medische zorg is opgenomen een belangrijke rol (zie verder hoofdstuk 4).

### **3.4 Beheer, administratie en overeenkomsten tussen verzekeraars en zorgaanbieders**

Beheer en administratie

De zorgverzekeraars voeren de AWBZ uit voor hun verzekerden. De AWBZ-uitvoeringsorganen hebben bepaalde taken overgedragen aan regionale zorgkantoren, zoals het contracteren van zorgaanbieders, het innen van eigen bijdragen en het voeren van overleg in de regio. Deze kantoren ontvangen daarvoor een beheerskostenbudget dat het CVZ vaststelt. De vaststelling daarvan is onderworpen aan goedkeuring door de minister van VWS.

Het zorgkantoor voert per regio taken uit namens alle AWBZ-uitvoeringsorganen. Een zorgkantoor, dat zijn gegevens ontvangt van de AWBZ-uitvoeringsorganen, houdt per instelling de maandelijkse afrekening en het verstrekken van voorschotten bij.

Voor bepaalde zorgaanpakken is geregeld dat een instelling, voor zover mogelijk, met slechts één AWBZ-uitvoeringsorgaan te maken heeft voor de financiële afwikkeling en de medische controle. Daartoe hebben de AWBZ-uitvoeringsorganen de administratie en de betalingen opgedragen aan een centraal administratiekantoor: het CAK-BZ. Het CAK-BZ verzorgt de betalingen aan de instellingen.

Overeenkomsten

#### **Overeenkomsten tussen verzekeraars en zorgaanbieders**

De AWBZ-uitvoeringsorganen hebben een 'zorgplicht'. Dat wil zeggen dat zij ervoor moeten zorgen dat de verzekerde zijn zorgaanspraak geldend kan maken. Daarvoor sluiten zij, of de door hen ingeschakelde zorgkantoren, overeenkomsten met hulpverleners en instellingen. In die overeenkomsten staan afspraken over de tarieven en omvang van de zorg en andere voorwaarden.

### **3.5 De inschrijving en het geldend maken van aanspraken**

De inschrijving

De AWBZ stelt inschrijving bij één van de AWBZ-uitvoeringsorganen als voorwaarde voor de aanspraak op zorg. De zorgverzekeraar die zich bij het CTZ heeft aangemeld om de AWBZ uit te voeren, treedt voor zijn verzekerden op als uitvoeringsorgaan van de AWBZ. AWBZ-verzekerden die een zorgverzekering hebben gesloten met een zorgverzekeraar zijn daarmee ook ingeschreven voor de AWBZ.

AWBZ-verzekerden die om wat voor reden dan ook geen

zorgverzekering hebben (bijvoorbeeld militairen), kunnen zich bij een zorgverzekeraar die de AWBZ uitvoert, inschrijven voor alleen de AWBZ. Dit geldt ook voor AWBZ-verzekerden die in het buitenland wonen. De inschrijving geldt voor één kalenderjaar en loopt telkens met één kalenderjaar door, tenzij de verzekerde tijdig schriftelijk heeft meegedeeld deze niet te willen verlengen. Daarbij geldt een opzegtermijn van maximaal twee maanden. Indien een verzekerde zijn zorgverzekering beëindigt en bij een andere zorgverzekeraar een zorgverzekering sluit, gaat ook de inschrijving als AWBZ-verzekerde over naar de nieuwe zorgverzekeraar.

### **Geldend maken van aanspraken**

Wachttijdregeling

Iemand die uit het buitenland komt en zich in Nederland vestigt en als gevolg daarvan AWBZ-verzekerd wordt, heeft gedurende maximaal de eerste twaalf maanden na vestiging in Nederland geen aanspraak op vergoeding van bepaalde vormen van intramurale zorg ten laste van de AWBZ. Dit is het geval indien bij vestiging in Nederland een indicatie voor die zorg aanwezig is dan wel op grond van zijn gezondheidstoestand te verwachten viel dat hij binnen een half jaar op de hiervoor genoemde zorg zou zijn aangewezen. De wachttijd geldt voor de kostbaarste zorgvormen zoals opname in een verpleeginrichting. Dit houdt overigens niet in dat deze persoon uitgesloten is van deze zorg, maar dat hij de kosten daarvan niet ten laste van de AWBZ kan brengen.

CIZ indicatiestelling

Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg, moet eerst worden vastgesteld of inderdaad zorg nodig is, welke soort zorg en de omvang van de zorg. Deze zogenoemde indicatiestelling vindt plaats door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Het CIZ is een onafhankelijke organisatie die de zorgbehoefte onafhankelijk, objectief en integraal vaststelt. De cliënt kan zelf kiezen uit twee zorgvormen: zorg in natura of een persoonsgebonden budget, of een combinatie van beide.

Zorg in natura

Zorg in natura houdt in dat iemand die voor bepaalde zorg is geïndiceerd, zorg ontvangt van een gecontracteerde zorgaanbieder, bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie. Deze zorgaanbieder regelt, in overleg met de patiënt, de zorgverlening en de administratie ervan. Niet alle zorg hoeft bij een en dezelfde aanbieder te worden genoten. De

verzekerde kan een deel van de zorg bij de ene aanbieder in natura krijgen en een ander deel (ook in natura) bij een andere aanbieder.

#### Persoonsgebonden budget

Verzekerden kunnen kiezen voor een geldbedrag in plaats van voor zorg in natura, het zogenoemde 'persoonsgebonden budget' (PGB). Iedereen die langer dan drie maanden AWBZ zorg nodig heeft, komt in principe in aanmerking voor een PGB. Met een PGB krijgt de cliënt een bedrag waarmee hij zelf zorg inkoop. Dat geldt voor een aantal omschreven functies, zoals 'verpleging', 'verzorging' en 'begeleiding'. Voor de functies 'behandeling' en 'verblijf' (zie hierna bij AWBZ-zorgaanspraken) kan de cliënt geen PGB krijgen. Die functies worden altijd in natura geleverd. Met het PGB kiezen mensen zelf hun hulpverlener en bepalen zelf wanneer zij die hulp willen ontvangen. Het PGB is een keuzemogelijkheid naast functies die een cliënt liever in natura geleverd wil krijgen. Veel mensen met een PGB hechten veel waarde aan een vaste zorgverlener die ze zelf hebben gekozen. Vaak is dit een bekende, zoals een buurvrouw of kennis, maar de cliënt kan ook een erkende zorgaanbieder inhuren. Kortom, het PGB geeft de cliënt veel vrijheid. Het PGB brengt ook verplichtingen met zich. Zo moet kwalitatief verantwoorde zorg worden ingekocht en moet regelmatig financiële verantwoording aan het zorgkantoor worden afgelegd.

#### Zorgaanbieders

Hoofdzakelijk instellingen verlenen AWBZ-zorg. Om AWBZ-zorg te kunnen verlenen, moet een instelling zijn toegelaten en een overeenkomst hebben met een AWBZ-uitvoeringsorgaan.

### **3.6 AWBZ-zorg in het buitenland**

Op grond van de AWBZ is de verzekerde in principe aangewezen op door het AWBZ-uitvoeringsorgaan gecontracteerde zorgaanbieders. Dit uitvoeringsorgaan kan zowel zorgaanbieders in Nederland als in het buitenland contracteren. Men kan dus zorg in het buitenland inroepen voor zover het uitvoeringsorgaan daar zorg heeft gecontracteerd. Maar de AWBZ voorziet er ook in dat een verzekerde zich kan wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in binnen- of buitenland. Wel is hiervoor in sommige gevallen voorafgaande toestemming nodig van het AWBZ-uitvoeringsorgaan.

Men kan zorg in het buitenland ook inroepen met toepassing van een internationale sociale zekerheidsregeling (zie verder hoofdstuk 4 Internationale aspecten).

### **3.7 Zorgaanspraken op grond van de AWBZ**

AWBZ-zorgaanspraken	De wet en de daarop gebaseerde regelgeving regelen de aanspraken op AWBZ-zorg. In de regelgeving zijn procedurele regels opgenomen voor bijvoorbeeld het tot gelding brengen van bepaalde aanspraken op zorg, of het verkrijgen van voorafgaande toestemming van het uitvoeringsorgaan. Een verzekerde kan pas AWBZ-zorg krijgen nadat het ClZ heeft vastgesteld dat hij is aangewezen op een bepaalde vorm van zorg.
Eigen bijdrage	Voor de meeste AWBZ-zorg moet een cliënt boven de 18 jaar een eigen bijdrage betalen. De hoogte van de eigen bijdrage is, onder andere, afhankelijk van het belastbare inkomen en de woonsituatie (thuis of in een instelling). Ook is van belang of de cliënt jonger of ouder dan 65 jaar is en of hij gehuwd dan wel samenwonend is. De eigen bijdrage voor het persoonsgebonden budget wordt meteen verrekend. In geval van een eigen bijdrage voor zorg in natura krijgt de verzekerde een rekening of de bijdrage wordt verrekend met bijvoorbeeld een bijstandsuitkering. De eigen bijdrage is geregeld in het Bijdragebesluit zorg en de daarop gebaseerde Bijdrageverordening zorg.
Functiegerichte aanspraken	De AWBZ-aanspraken zijn omschreven in functies. Daarmee staat niet meer het aanwezige zorgaanbod voorop, maar de vraag van verzekerde. Op die manier kan zorg op maat worden geleverd. De noodzaak voor de omslag van aanbodssturing naar vraagsturing is voortgekomen uit een veranderende maatschappij waarin burgers zich steeds mondiger opstellen en steeds meer zelf vorm en inhoud aan hun leven willen (blijven) geven. Verder is uitgangspunt van de AWBZ om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Zij kunnen de zorg dan ook zowel thuis als in een instelling ontvangen.
Functies	Er zijn zeven functies, die breed zijn omschreven waardoor er veel vrijheid bestaat om bij het invullen van de geïndiceerde zorg hieraan inhoud te geven in overleg met een zorgaanbieder:



- 1 Huishoudelijke verzorging: bijvoorbeeld opruimen, schoonmaken, maaltijden klaarmaken.
- 2 Persoonlijke verzorging: bijvoorbeeld het helpen met douchen, wassen op bed, aankleden, scheren, huidverzorging, hulp bij de toiletgang, hulp bij eten en drinken.
- 3 Verpleging: bijvoorbeeld wondverzorging, toedienen van medicijnen, geven van injecties, advies hoe om te gaan met ziekte, het zelf leren injecteren.
- 4 Ondersteunende begeleiding: bijvoorbeeld ondersteuning om de dag te structureren en om beter de regie te kunnen voeren over het eigen leven. Maar ook dagverzorging of dagbesteding, of hulp bij het leren zorgen voor het eigen huishouden.
- 5 Activerende begeleiding: bijvoorbeeld gesprekken om gedrag te veranderen of gedrag te leren hanteren bij gedragsproblemen of een psychische stoornis.
- 6 Behandeling: bijvoorbeeld de zorg bij een aandoening, zoals revalideren na een beroerte.
- 7 Verblijf: sommige mensen kunnen niet zelfstandig blijven wonen, bijvoorbeeld wanneer zij een beschermende woonomgeving of continu toezicht nodig hebben vanwege ernstige vergeetachtigheid. Ook kan verblijf in een instelling nodig zijn omdat er zoveel zorg nodig is dat dit thuis niet meer allemaal te regelen is.

De zorg wordt geleverd in de vorm van producten. Zo zijn thuiszorg, opname in een verzorgingshuis, verpleeghuis, instelling voor lichamelijk of verstandelijk gehandicapten en psychiatrische hulp allemaal AWBZ-producten.

Een product bestaat uit één functie of een combinatie van meerdere functies. Ter verduidelijking een voorbeeld: Mijnheer B. heeft een hersenbloeding gehad. Hij moet revalideren en heeft tijdelijk verzorging en verpleging nodig. Zijn indicatie omvat daarom vier functies, te weten 'verzorging', 'verpleging', 'behandeling' en 'verblijf'. De combinatie van deze functies wordt geleverd in de vorm van 'opname verpleeghuis'.

Naast de zorgfuncties bestaat er ook aanspraak op onder andere verpleegartikelen, ziekenhuiszorg na één jaar, revalidatiezorg (na één jaar), prenatale zorg, onderzoek naar bepaalde aangeboren stofwisselingsziekten en vaccinaties op basis van het vaccinatieprogramma.

### 3.8 Subsidieregelingen

Subsidies

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 is de basis voor de subsidies ten laste van het AFBZ in de AWBZ zelf opgenomen. Het aantal doelen waarvoor subsidies kunnen worden verstrekt, is, net als bij de Zorgverzekeringswet, beperkt. In beginsel kan slechts subsidie worden verstrekt voor zorg of andere diensten ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze op te nemen in het pakket te verzekeren prestaties. Daarom is tevens bepaald dat de subsidies tijdelijk zijn.

In afwijking van de Zorgverzekeringswet kent de AWBZ nog twee andere doeleinden voor subsidies. Dit zijn het PGB en zwangerschapafbreking door abortusklinieken. Gehandhaafd blijft dat de zwangerschapafbrekingen niet worden gefinancierd uit de premiemiddelen, maar uit belastingmiddelen die via een rijksbijdrage aan het AFBZ worden toegevoegd.

De Minister van VWS kan per categorie van subsidies een plafond vaststellen. Het CVZ kan nadere regels stellen. Te denken valt daarbij aan op de subsidiepraktijk toegespitste uitwerking van in de ministeriële regeling gestelde regels. De minister moet deze nadere regels goedkeuren. Goedkeuring kan niet alleen wegens strijd met het geschreven of ongeschreven recht, maar ook wegens strijdigheid met het belang van de volksgezondheid worden onthouden.

### 3.9 Financiering

Dekking kosten  
AWBZ-zorg

#### **Dekking kosten AWBZ-verzekering**

De middelen tot dekking van de kosten van de AWBZ-verzekering komen uit premies, een Rijksbijdrage en eigen bijdragen van de verzekerden. De premieheffing voor de AWBZ loopt, tezamen met de premies voor de andere volksverzekeringen, via de heffing loon-/inkomstenbelasting. Jaarlijks stelt de overheid de premie van de AWBZ vast als percentage van het belastbaar inkomen in de eerste en tweede schijf van de loon-/inkomstenbelasting. In 2005 was het premiepercentage voor de AWBZ 13,45%. Voor werknemers houdt de werkgever de premie in op het loon en draagt hij deze af aan de Belastingdienst. Niet-werknemers, voor zover zij belasting- en

premieplichtig zijn, betalen de premie voor de AWBZ op aanslag van de belastingdienst. Verzekerden jonger dan 15 jaar en verzekerden ouder dan 15 jaar die geen zelfstandig belastbaar inkomen genieten, zijn geen premie verschuldigd.

Voor gebruik van bepaalde voorzieningen, zoals opname in een verpleeghuis, betaalt de verzekerde eigen bijdragen. Deze eigen bijdragen zijn veelal afhankelijk van de hoogte van het inkomen.

De Belastingdienst draagt de geïnde premies af aan het CVZ die deze middelen in het AFBZ stort. CVZ beheert en administreert het AFBZ. De uitvoeringsorganen die de eigen bijdragen innen bij de verzekerden, dragen deze eveneens af aan het fonds. Verder stort het Rijk jaarlijks een bijdrage in het AFBZ ter compensatie van de financiële gevolgen in verband met de gewijzigde heffingsystematiek met de invoering van de Wet inkomstenbelasting 2001. Deze Rijksbijdrage wordt jaarlijks aangepast.

### **3.10 Sturing en toezicht**

Taken CVZ

Het CVZ heeft op grond van de AWBZ de volgende taken:

- Bevorderen van de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars en zorgkantoren en de mogelijkheid tot het stellen van beleidsregels met het oog op deze uitvoering.
- Geven van voorlichting aan zorgverzekeraars, zorgaanbieders en burgers over de aard, inhoud en omvang van de zorgaanspraken.
- Desgevraagd rapporteren aan de minister over voorgenomen beleid inzake aard, inhoud en omvang van de zorgaanspraken.
- Gevraagd en ongevraagd signaleren aan de minister over feitelijke ontwikkelingen die aanleiding kunnen geven tot wijzigingen van de aard, inhoud en omvang van de zorgaanspraken.
- Verstrekken van tijdelijke subsidies.
- Gevraagd en ongevraagd rapporteren aan de minister over benodigde omvang beschikbare middelen van het AFBZ en van de AWBZ-premie.

Taken CTZ

Het CTZ is belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ en de zorgverzekeringswet.

Uitgebreidere informatie over sturing en toezicht (in de komende jaren) is gegeven in paragraaf 1.11 en in paragraaf 5.1 over de WMG.

### **3.11 Geschillen (klachten, bezwaar en beroep)**

#### **Klachten**

Als verzekerden klachten hebben over de bejegening door een AWBZ-uitvoeringsorgaan moeten zij zich eerst wenden tot dat orgaan. Het uitvoeringsorgaan is op grond van de Algemene wet bestuursrecht verplicht die klacht behoorlijk te behandelen. Indien de verzekerde met de reactie geen genoegen neemt, kan hij of zij vervolgens een klacht indienen bij de Nationale ombudsman. De Nationale ombudsman hanteert bij de behandeling van klachten een behoorlijkheidsnorm. De ombudsman beoordeelt niet alleen of het uitvoeringsorgaan handelt in strijd met wettelijk vastgelegde gedragsregels, maar toetst ook aan vereisten van redelijkheid, gelijke behandeling, motivering en zorgvuldigheid.

Verder heeft de verzekerde de mogelijkheid klachten over AWBZ-uitvoeringsorganen aan het CVZ voor te leggen. Het CVZ kan vervolgens eventueel actie ondernemen, bijvoorbeeld door het geven van richtlijnen aan de AWBZ-uitvoeringsorganen. Het is ook mogelijk dat het CVZ – ingeval van meerdere klachten over hetzelfde onderwerp – de Minister over de problemen informeert. Dit kan dan weer aanleiding zijn voor beleidswijzigingen of wijzigingen in wet- en regelgeving.

#### Bezwaar en beroep

Een verzekerde kan bezwaar aantekenen bij het AWBZ-uitvoeringsorgaan of bij een indicatiestelling bij het CIZ tegen beslissingen over de uitvoering van de AWBZ. Het AWBZ-uitvoeringsorgaan is gehouden de beslissing te heroverwegen en te beslissen op het bezwaarschrift. Indien het bezwaarschrift is gericht tegen een beslissing over een aanspraak op AWBZ-zorg of een daarmee overeenkomende uitkering, dan is het uitvoeringsorgaan (indien het niet volledig tegemoet komt aan het bezwaar van de verzekerde) verplicht om, voor het beslist, op het bezwaarschrift advies te vragen aan het CVZ. Deze verplichting is niet van toepassing op bezwaarprocedures over eigen bijdragen waarvan de hoogte niet afhankelijk is van een medisch oordeel. De verzekerde kan beroep aantekenen tegen de beslissing op bezwaar bij de sector bestuursrecht van de Rechtbank.

## 4 Internationale aspecten

### 4.1 Achtergrond

Socialezekerheidsregelingen van landen zijn doorgaans beperkt tot mensen die in dat land wonen of daar werken. Dat kan er toe leiden dat mensen dubbel of in het geheel niet verzekerd zijn, wanneer mensen in een ander land werken dan waar ze wonen. Om die situatie, die belemmerend is voor het vrije verkeer van arbeid, te voorkomen is er in het kader van de Europese Unie de Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (hierna te noemen de Verordening) tot stand gebracht. Deze Verordening zorgt ervoor dat mensen die in het ene land verzekerd zijn of waren, hun sociale zekerheidsbescherming behouden wanneer zij zich verplaatsen naar een andere lidstaat van de EU om daar te gaan werken of te wonen. Ook voorziet de Verordening in de mogelijkheid van het invoeren van medische zorg wanneer mensen in een andere lidstaat hun vakantie doorbrengen of naar een andere lidstaat gaan met het oogmerk om daar medische zorg in te roepen. In de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte (EER) is een vergelijkbare regeling tot stand gebracht tussen de EU-lidstaten en Liechtenstein, Noorwegen en IJsland. Een dergelijke regeling is ook tot stand gebracht in de Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds en de Zwitserse Bondstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen. Daarnaast zijn, doorgaans minder omvattende, met andere landen gesloten bilateraal socialezekerheidsverdragen waarin een regeling voor de verlening van medische zorg is opgenomen, tot stand gebracht met een aantal andere landen.

### 4.2 Uitgangspunten internationale coördinatie

Internationale coördinatie

Aan alle internationale coördinatieregelingen voor sociale zekerheidswetgeving liggen de volgende uitgangspunten ten grondslag:

Onderdanen van andere verdragsluitende partijen hebben bij de toepassing van de nationale sociale zekerheids-

wetgeving van een partij dezelfde rechten en plichten als de eigen onderdanen van die partij.

Toe te passen wetgeving Alle internationale coördinatieregelingen vermelden welke wetgeving van toepassing is op personen die buiten het eigen land wonen of verblijven. De bedoeling is te voorkomen dat iemand hetzij dubbel verzekerd (en dus dubbel premieplichtig), hetzij in het geheel niet verzekerd is (en dus ook geen premie betaalt). Hoofregel is dat op werknemers en zelfstandigen de wetgeving van toepassing is van het land waar zij werken. Op die regel zijn uitzonderingen, waarvan de voornaamste betrekking hebben op gedetacheerde werknemers, personen werkzaam bij het internationaal transport en op personen die werkzaam zijn bij diplomatieke posten. Veelal is bepaald dat gepensioneerden uitsluitend vallen onder de wetgeving van hun woonland.

Samentelling verzekeringsstijdvakken Sommige socialezekerheidsprestaties gelden pas nadat men gedurende een bepaalde periode verzekerd is geweest. Dit is – in beperkte mate – het geval bij de AWBZ. Een dergelijke wachttijdregeling komt in het buitenland meer voor. Wanneer iemand die in land A verzekerd was, zich in land B verzekert, begint hij in land B als het ware een nieuwe verzekeringsloopbaan. Om te voorkomen dat de verzekerde zijn in land A opgebouwde verzekeringsstijdvakken weer zou verliezen, tellen deze tijdvakken, voor zover nodig, mee voor het berekenen van een wachttijd in land B.

### 4.3 Inroepen zorg in het buitenland

#### Zorg en buitenland

In het kader van de toepassing van de internationale regelingen kunnen we vier verschillende situaties onderscheiden met de bijbehorende administratieve procedures:

#### **1 Het inroepen van zorg in het buitenland door in Nederland wonende sociaal verzekerden**

In gevallen waarin het verlenen van medische zorg noodzakelijk is geworden hebben verzekerden die in het buitenland verblijven, op vertoon van een Europese ziekteverzekeringskaart of een verdragsformulier, recht op medische zorg volgens de wettelijke regeling van het land waar ze verblijven, zelfs wanneer het gaat om zorgvormen die niet zijn opgenomen in het aanspraken-

pakket van de Nederlandse verzekering. De kosten van de verleende zorg komen ten laste van de Nederlandse verzekering. De verzekerde is zelf eventuele eigen bijdragen verschuldigd wanneer die zijn voorzien in de wetgeving van het land waar de zorg wordt verleend. De EU-ziekteverzekeringskaart of het verdragsformulier wordt verstrekt door de zorgverzekeraar waar de verzekerde een zorgverzekering heeft gesloten. Wanneer iemand naar een ander land gaat met het oogmerk om daar zorg in te roepen dan moet hij hiervoor bij zijn zorgverzekeraar een EU- of een verdragsformulier opvragen. In bepaalde gevallen kan de zorgverzekeraar de afgifte van een formulier weigeren wanneer de betreffende zorg ook in Nederland beschikbaar is. Naast het invoeren van zorg op grond van een internationale regeling kan in dit geval ook zorg in het buitenland worden ingeroepen met rechtstreeks toepassing van de zorgpolis (zie hiervoor paragraaf 1.6 Zorg in het buitenland)

## **2 In het buitenland wonende Nederlands gepensioneerden en hun gezinsleden, en gezinsleden van in Nederland werkenden**

Mensen die in het buitenland wonen en een pensioen uit Nederland hebben, zonder dat zij een pensioen hebben van het land waar zij wonen, en hun gezinsleden, en de in het buitenland wonende gezinsleden van mensen die in Nederland werken, zijn niet verzekerd voor de AWBZ en dus niet verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet. Het betreft hier de zogenoemde verdragsgerechtigden. Zij hebben op grond van de internationale regelingen in hun woonland recht op medische zorg ten laste van de Nederlandse verzekering. Nederland betaalt aan het woonland van deze verdragsgerechtigden per gerechtigde een vast bedrag waaruit alle medische kosten voor betrokkenen moeten worden betaald. Tegenover dit recht op medische zorg staat dat zij een bijdrage voor dit verdragsrecht verschuldigd zijn. Zij hebben tevens recht op de no-claimteruggave en eventueel op uitkering op grond van de Wet op de zorgtoeslag (zie hiervoor verder paragraaf 2.4). Betrokkenen dienen zich te melden bij het CVZ. Het CVZ geeft een formulier af waarmee men zich moet inschrijven bij het verzekeringsorgaan van de woonplaats. Van dit orgaan ontvangen zij een verzekeringsbewijs waarmee zij in het woonland zorg kunnen invoeren. Dit orgaan geeft ook de EU-ziekte-

verzekeringskaart af of verleent de eventueel benodigde toestemming voor het invoeren van zorg buiten het woonland. Betrokkenen hebben recht op zorg volgens de wettelijke regeling van het land waar ze wonen, zelfs wanneer het gaat om zorgvormen die niet zijn opgenomen in het aansprakenpakket van de Nederlandse verzekering. De verzekerden zijn zelf eventuele eigen bijdragen verschuldigd wanneer die zijn voorzien in de wetgeving van het land waar zij wonen. Veelal voorzien de internationale regelingen ook in de mogelijkheid dat deze mensen zorg kunnen invoeren in Nederland of in een ander land dat partij is bij de betreffende internationale regeling. Gebruikelijk is dat daarvoor toestemming nodig is van het verzekeringsorgaan van het land waar zij wonen omdat de kosten van die zorg doorgaans ten laste komen van de verzekering van het woonland.

### **3 Tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse verzekerden**

Buitenlandse verzekerden die tijdelijk in Nederland verblijven hebben hier recht op zorg die nodig wordt tijdens hun verblijf volgens de Nederlandse wettelijke regeling, zelfs wanneer het gaat om zorg die niet is opgenomen in het wettelijke aansprakenpakket van het land van verzekering. De verzekerde is zelf eventuele eigen bijdragen verschuldigd wanneer die zijn voorzien in de Nederlandse wetgeving. Betrokkenen roepen deze zorg in op vertoon van de door hun eigen buitenlandse verzekeringsorgaan afgegeven EU-ziekteverzekeringskaart of een verdragsformulier. In geval betrokkenen naar Nederland komen met het oogmerk om hier zorg in te roepen, kan deze zorg worden ingeroepen op vertoon van een verdragsformulier. Dit formulier belichaamt feitelijk de toestemming van het buitenlandse orgaan om deze zorg in Nederland in te roepen.

### **4 In Nederland wonende buitenlandse gepensioneerden en gezinsleden van in het buitenland werkenden**

Mensen die in Nederland wonen met een buitenlands pensioen zonder dat zij een Nederlands pensioen hebben, hun gezinsleden en de in Nederland wonende partners en kinderen onder de 18 jaar, van mensen die in het buitenland werken, hebben recht op zorg volgens de Nederlandse wettelijke regeling, zelfs wanneer het gaat om zorgvormen die niet zijn opgenomen in het aansprakenpakket van het pensioenuitkerende land,



respectievelijk het werkland. De kosten van de verleende zorg komen ten laste van de verzekering van dat betreffende land. De verzekerde is zelf eventuele eigen bijdragen verschuldigd wanneer die zijn voorzien in de Nederlandse wetgeving. Betrokkenen dienen zich in te schrijven bij een door de minister van VWS aangewezen zorgverzekeraar met een formulier dat is afgegeven door het verzekeringsorgaan van het pensioenuitkerende land respectievelijk het werkland. Na inschrijving bij de Nederlandse zorgverzekeraar ontvangen zij een Nederlands verzekeringsbewijs. Inroepen van zorg buiten Nederland gaat op dezelfde manier als bij de onder 1. genoemde categorie van personen. Veelal voorzien de internationale regelingen ook in de mogelijkheid dat deze mensen zorg kunnen inroepen in het land waarvan zij pensioen krijgen respectievelijk het land waar de werknemer werkt of in een ander land dat partij is bij de betreffende internationale regeling. Gebruikelijk is dat daarvoor toestemming nodig van het verzekeringsorgaan van het land waar zij wonen omdat de kosten van die zorg doorgaans ten laste komen van de verzekering van het woonland.

#### **4.4 Procedures bij het Europese Hof van Justitie**

Procedure Europese  
Hof van Justitie

Bij een geschil over zorgverlening in de EU- of een EER-staat, kan iemand zich tot de bevoegde nationale rechter wenden als hij meent dat inbreuk is gemaakt op de algemeen verbindende bepalingen van het EG-verdrag of op de verordeningen die op dit verdrag zijn gebaseerd. Indien een geschil rijst ten aanzien van de uitleg van deze Europese regelgeving, is de nationale rechter bevoegd, en in hoogste instantie zelfs verplicht, het Europese Hof van Justitie om een zogenoemde prejudiciële beslissing te verzoeken. Een prejudiciële beslissing is een verzoek om een uitspraak van het Hof over de interpretatie van een EU-verdragsbepaling. De prejudiciële beslissing van het Hof van Justitie is bindend voor de nationale rechterlijke instanties.

Het Hof is tevens verantwoordelijk voor zogenaamde infractieprocedures die de Europese Commissie kan instellen, indien deze meent dat lidstaten de betreffende Europese regelgeving niet op juiste wijze toepassen. De procedure start met een formeel verzoek gericht aan de

betrokken lidstaat om zich vrijwillig te conformeren aan de eisen van het Verdrag of de desbetreffende verordening. Indien de lidstaat weigert een eind te maken aan de inbreuk, dan formuleert de Commissie een met redenen omkleed advies en nodigt zij de staat uit, binnen een door haar bepaalde termijn de noodzakelijke, eventueel in concreto aan te geven maatregelen te nemen om het verzuim te herstellen. Indien de lidstaat dit advies niet binnen deze termijn opvolgt, kan de Commissie een beroep bij het Hof aanhangig maken.

#### **4.5 Verdragslanden**

Verdragslanden

In de volgende landen kunnen verzekerden en verdragsgerechtigden aanspraak maken op de verlening van medische zorg, overeenkomstig de in dat land van toepassing zijnde internationale coördinatie-regeling:

- De EU-Lidstaten: België, (Griekse deel van) Cyprus, Duitsland, Denemarken, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.
- De EER-lidstaten: Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- Verder nog: Australië (alleen bij tijdelijk verblijf), Turkije, Marokko, Tunesië, Kaapverdië, Kroatië en Zwitserland.
- In de staten Macedonië, Servië-Montenegro (Federale Republiek Joegoslavië) en Bosnië-Herzegovina is het oude Nederlands-Joegoslavisch verdrag inzake sociale zekerheid van toepassing, zolang dit nog niet is vervangen door een eigen verdragsregeling tussen de betrokken staat en Nederland. Met Macedonië en de Federale Republiek Joegoslavië zijn de verdragsonderhandelingen afgerond en is de goedkeuringsprocedure voor de inwerkingtreding van die verdragen in gang gezet. De onderhandelingen met Bosnië-Herzegovina zijn medio 2005 nog gaande.

## 5 Samenhangende wetgeving

### 5.1 Wet marktordening gezondheidszorg

WMG

De WMG regelt de oprichting van de NZa. In deze wet worden ook de taken, bevoegdheden en instrumenten van de NZa bepaald en de verhouding van de NZa tot de minister en tot andere regulators en toezichthouders.<sup>4</sup>

Organisatie NZa

De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan met rechts-persoonlijkheid, dat wordt betaald uit de begroting van VWS. Het bestuur bestaat uit maximaal drie personen. Belangenorganisaties hebben geen bijzondere wettelijke positie bij de voorbereiding van besluiten door de NZa. Het personeel is in dienst van de NZa; het heeft dezelfde arbeidsvoorwaarden die voor rijksambtenaren gelden. Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het CTZ gaan op in de NZa.

Taken NZa

De taken van de NZa zijn:

- Markttoezicht op de zorgverlenings-, zorgverzekerings- en zorginkoopmarkten. Dit betreft zowel het maken en bewaken, als het reguleren van markten, waaronder het reguleren van tarieven en prestaties. Het gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over keuze-informatie voor consumenten.
- Toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet, onder meer met betrekking tot de zorgplicht, acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie.
- Toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Centraal administratiekantoor AWBZ.

#### **Belangrijkste nieuwe bevoegdheden NZa**

De belangrijkste nieuwe bevoegdheden van de NZa zijn de bevoegdheden om een partij met aanmerkelijke marktmacht, specifieke verplichtingen op te leggen om de zorginkoopmarkt op gang te brengen in een deelmarkt met vrije prijsvorming. Verder heeft het NZa bevoegdheden om algemene regels te stellen voor zorgaanbieders en

<sup>4</sup> Bij het ter perse gaan van deze brochure was de parlementaire behandeling van de WMG nog niet afgerond. Beoogd wordt een gelijktijdige inwerkingtreding van deze wet met de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag op 1 januari 2006.

zorgverzekeraars in verband met de inzichtelijkheid (transparantie) van de markt voor de consument. Ook krijgt de NZa de bevoegdheid zelf transparantie-informatie openbaar te maken, als zorgaanbieders of zorgverzekeraars in gebreke blijven.

Verhouding  
Minister VWS-NZa

De minister van VWS bepaalt de hoofdlijnen van het beleid en neemt de politiek relevante beslissingen. De NZa past de wet toe en handhaaft deze. De minister bepaalt bijvoorbeeld op welke deelmarkten tarieven vrij onderhandelbaar zijn. De NZa legt vervolgens zo nodig verplichtingen op aan een partij met aanmerkelijke marktmacht. Ook bepaalt de minister bijvoorbeeld de vorm van prijsregulering op deelmarkten waarvan hij vindt dat prijzen gereguleerd moeten worden. De NZa werkt dit uit en past dit toe. De minister benoemt het bestuur van de NZa, keurt de begroting, het werkprogramma, de jaarrekening en het bestuursreglement goed en stelt het budget van de NZa vast. De minister kan aanwijzingen geven aan de NZa over zowel de werkwijze en taakuitoefening, als de inhoud van beleidsregels en algemene voorschriften. Verder kan de minister besluiten van algemene strekking van de NZa ter vernietiging voordragen aan de Kroon. Ook kan hij ingrijpen als de NZa haar taken verwaarloost.

Verhouding NZa – andere  
toezichthouders

De NZa moet onder andere informatie uitwisselen met de NMa, DNB, de AFM en de IGZ ten behoeve van de afstemming en uitvoering van hun taken. Ook maken zij samenwerkingsprotocollen. De NMa doet het algemene mededingingstoezicht, DNB het bedrijfseconomisch toezicht op de zorgverzekeraars ten behoeve van de financiële soliditeit, de AFM het gedragstoezicht op zorgverzekeraars, voor zover het geen zorgspecifiek gedragstoezicht betreft. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg.

Taken/bevoegdheden NZa

De taken en bevoegdheden van de NZa in verband met het toezicht op de Zorgverzekeringswet en de AWBZ zijn opgenomen in de WMG. De tarieven in de gezondheidszorg – voorzover niet van regelgeving uitgesloten (de vrije of vrijgestelde tarieven) – worden door de NZa vastgesteld. Verder is het op gang brengen en onderhouden van markten in het veld van de gezondheidszorg een taak, net als het bevorderen van transparantie van markten ten behoeve van de consument. Bij de NZa wordt ook een meldpunt ondergebracht voor

feiten en omstandigheden die mogelijk niet in overeenstemming zijn de WMG. Daar kan een ieder terecht met meldingen over declaraties van zorgaanbieders die niet in overeenstemming zijn met de door de NZa vastgestelde tarieven (meldpunt 'Zorgfraude').

## 5.2 Wet maatschappelijke ondersteuning

### Achtergrond

Wmo

De Wet maatschappelijke ondersteuning<sup>5</sup> (Wmo) is een van de antwoorden van de regering op de vragen waarmee de samenleving als gevolg van demografische, sociaal-culturele en sociaal-economische ontwikkelingen de komende jaren wordt geconfronteerd. Vergrijzing, vraagstukken van culturele integratie, individualisering en steeds minder werkenden ten opzichte van het aantal van hen (deels) afhankelijk zoals kinderen, mensen met een beperking, gehandicapten, psychiatrische patiënten en ouderen, vragen om een nieuwe balans in verantwoordelijkheden, zowel tussen burgers en overheid als tussen overheden en ook tussen burgers onderling. Dit leidt er ten eerste toe dat het sociale kapitaal gekoesterd moet worden, behouden moet blijven en zelfs versterkt moet worden. Ten tweede leidt dit ertoe dat voorkomen moet worden dat bovenstaande ontwikkelingen leiden tot een onaanvaardbare en onbetaalbare druk op de AWBZ.

De regering is van mening dat een krachtige sociale structuur nodig is, waarin zelforganisatie, maatschappelijke binding en eigen verantwoordelijkheid een belangrijke plaats innemen, die voorliggend is aan professionele arrangementen van zorg, cultuur, ontspanning en welzijn. De regering heeft de overtuiging dat met goede voorliggende voorzieningen en preventieve ondersteuning veel beter aan de wens tot sociale participatie van burgers, jong en oud, met en zonder beperkingen, kan worden voldaan. Professionele inzet kan dan bovendien veel gericht plaatsvinden waar dat is vereist. Een collectief verzekeringsstelsel als de AWBZ kan dan ingezet blijven worden voor mensen met een zeer ernstige en langdurige zorgvraag. Daartoe zal, veel meer dan nu het geval is, een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen en welzijn én op aanpalende terreinen gevoerd moeten worden.

5 Bij het ter perse gaan van deze brochure was de parlementaire behandeling van de Wmo nog niet afgerond. Inwerkingtreding wordt beoogd op 1 juli 2006.

De gemeente zal, binnen een richtinggevend wettelijk kader, de ruimte moeten krijgen en verantwoordelijkheid moeten nemen om beleid te voeren, zal aangespoord moeten worden om resultaten te boeken, en zal daarover, aan de burgers in het algemeen en aan de burgers die het betreft in het bijzonder, rekenschap moeten afleggen. De positie van de gemeente in het krachtenveld van maatschappelijke ondersteuning zal daarom aanzienlijk versterkt moeten worden. Dat is begonnen met de Welzijnswet 1994. Met de inwerkingtreding van de Wet voorzieningen gehandicapten is de verantwoordelijkheid van de gemeente voor de maatschappelijke participatie van ouderen en gehandicapten aanmerkelijk toegenomen. De Wmo gaat een stap verder en zet deze ontwikkeling door. Bovendien biedt de Wmo de mogelijkheid om het beleid integraal vorm te geven door bestaande regelingen te bundelen en te versterken ten behoeve van de burger in de gemeente. De regering ziet het huidige wetsvoorstel als een eerste stap in het bundelen van regelingen en bevoegdheden voor de gemeentelijke overheid.

#### Karakter van de Wmo

De regering wil met dit voorstel van wet Wmo stimuleren dat mensen die dat kunnen, meer dan nu het geval is, zelf oplossingen bedenken in de eigen sociale omgeving voor problemen die zich voordoen. De regering stelt daarom een aantal historisch gegroeide vanzelfsprekendheden in zorg en ondersteuning ter discussie en doet een groter beroep op de eigen draagkracht. Het is de overtuiging van de regering dat gemeenten heel goed kunnen zorgdragen voor een goed samenhangend stelsel van ondersteuning voor hun burgers die niet goed in staat zijn in bepaalde situaties zelf of samen met anderen oplossingen te realiseren. Het gaat dan bijvoorbeeld om zaken als het huishouden op orde houden, sociale ondersteuning bieden, het huis aanpassen en vervoer met een rolstoel of scootmobiel.

Met de Wmo kan een sluitende keten van zorg en ondersteuning tot stand worden gebracht en meer maatwerk aan de burger worden geleverd. Eveneens biedt de Wmo de mogelijkheid voor gemeenten om meer dienstverlenend te zijn en om die burgers te bereiken die minder mondig zijn. Het huidige systeem, in het bijzonder de AWBZ, biedt hier geen handvatten voor, omdat die wet veel meer uitgaat van burgers die zelf aangeven dat zij hulp nodig hebben. Daarnaast wordt in het wetsvoorstel een sterkere basis gelegd voor de betrokkenheid van en het afleggen van

verantwoording aan burgers en lokale actoren (horizontale verantwoording).

De Wmo is een nieuwe wet, waarin (delen van) de volgende bestaande wetten opgaan en worden gebundeld:

de Wet voorzieningen gehandicapten;

de Welzijnswet 1994;

de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ;

enkele subsidieregelingen uit de AWBZ zoals

mantelondersteuning (dwz hulp van familie, bekenden

die niet beroepshalve, aan bejaarden, zieken en andere

hulpbehoevenden wordt verleend), diensten bij wonen

met zorg.

Rechthebbenden op  
voorzieningen

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een voorzieningen-aanbod dat haar burgers in staat stelt om mee te doen in de maatschappij en elkaar daarbij te helpen. Tenzij anders bepaald zijn vreemdelingen zonder geldige verblijfstitel, uitgesloten van het voorzieningenaanbod dat in de Wmo zal worden geregeld.

Het wetsvoorstel gaat er vanuit dat de gemeente bepaalt of iemand die aanspraak heeft op een individuele voorziening, de keuze krijgt tussen het ontvangen van de voorziening in natura, het ontvangen van een financiële tegemoetkoming of een persoonsgebonden budget.

Een gemeente kan bepalen dat een burger van 18 jaar of ouder een eigen bijdrage is verschuldigd. Verder kan een financiële tegemoetkoming mede afhankelijk worden gesteld van het inkomen van rechthebbenden.

Uitvoering Wmo

Het doel van de Wmo is dat iedereen kan meedoen in de maatschappij. De wet legt de verantwoordelijkheid voor die participatie bij burgers, bedrijven en maatschappelijke organisaties. Zij moeten de initiatieven nemen om te zorgen dat niemand op onnodige drempels in de maatschappij stuit. De buurt moet in beweging komen om mensen in de samenleving te betrekken. Als daar een zetje voor nodig is, kan de gemeente ondersteuning geven. Beter dan de rijksoverheid of de provincie is de gemeente in staat burgers te mobiliseren en ondersteuning dicht bij haar burgers te organiseren: maatwerk in de directe leef-omgeving.

De gemeente is verantwoordelijk voor een voorzieningen-aanbod dat haar burgers in staat stelt om mee te doen in de maatschappij en elkaar daarbij te helpen. De gemeenten

kunnen het voorzieningenaanbod bij één loket onderbrengen waar haar burgers terecht kunnen voor informatie, advies en het aanvragen van voorzieningen.

#### Voorzieningenaanbod

De wet beslaat het terrein van de maatschappelijke ondersteuning en betreft de volgende negen onderwerpen, ook wel prestatievelden genoemd.

- Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten.
- Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden.
- Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning.
- Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers.
- Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem.
- Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.
- Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang.
- Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen.
- Het bevorderen van verslavingsbeleid.

Ook voor de provincies is een taak weggelegd in de Wmo:

- Steunfunctiewerk: activiteiten die het uitvoeren of voorbereiden daarvan, ondersteunen van het door de gemeente te voeren beleid betreffende maatschappelijke ondersteuning.

Het is de bedoeling dat gemeenten hun burgers en cliëntenorganisaties betrekken in hun plannen voor deze wet. Een gemeente zal ten minste elke vier jaar een plan moeten opstellen over de organisatie van de maatschappelijke ondersteuning.

#### Financiering

De Wmo betekent een uitbreiding van het gemeentelijke takenpakket. De gemeenten zullen de kosten kunnen opvangen door een toevoeging aan het gemeentefonds van



een bedrag uit de rijksbegroting dat in overeenstemming is met deze taakuitbreiding. Er is gekozen voor financiering via het Gemeentefonds om de gemeentelijke beleidsvrijheid te maximaliseren en de uitvoeringslasten van de gemeenten te minimaliseren.

Sturing en toezicht

De verantwoording over het beleid en de uitvoering van de Wmo dient primair plaats te vinden op gemeentelijk niveau. Dit betekent dat gemeenten vooral aan hun burgers verantwoording afleggen. Daarbij legt de rijksoverheid buiten de zorgplicht geen beperkingen op aan de gemeentelijke beleidsvrijheid.

Geschillen

Tegen de beschikking van de gemeente kan op grond van de Algemene wet bestuursrecht bezwaar en beroep worden ingediend.

Meer informatie over internationale aspecten van de Zorgverzekeringswet en AWBZ is opgenomen in de afzonderlijke CVZ-brochure: *'Wonen in het buitenland: wat betekent dat voor uw ziektekostenverzekering? De invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006'*. Deze brochure is te downloaden van de VWS-site: [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl), zoekopdracht: brochures, de brochure 'buitenlandssituaties'.

## Afkortingenlijst

AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AFM	Autoriteit Financiële Markten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAK BZ	Centraal Administratiekantoor Bijzondere Ziektekosten bv
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CPB	Centraal Plan Bureau
CTG	College tarieven gezondheidszorg
CTZ	College van toezicht op de zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DNB	De Nederlandsche Bank
EER	Europese Economische Ruimte
EU	Europese Unie
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
gvs	geneesmiddelenvergoedingensysteem
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	persoonsgebonden budget
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
WFD	Wet financiële dienstverlening
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
Wtz 1998	Wet op de toegang tot ziektekosten verzekeringen 1998
WZT	Wet op de zorgtoeslag
Zvw	Zorgverzekeringswet

## Wetten

*Algemene wet bestuursrecht* (Staatsblad 1992, 315), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 3 februari 2005 (Staatsblad 2005, 71)

*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (Staatsblad 1992, 392), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 9 december 2004 (Staatsblad 2005, 27)

*Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen*, Wet van 23 juni 2005 (Staatsblad 2005, 344)

*Grondwet* (Staatsblad 1815, 45), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 20 januari 2005 (Staatsblad 2005, 52)

*Mededingingswet* (Staatsblad 1997, 242), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 30 juni 2004 (Staatsblad 2004, 345)

*Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971* betreffende de toepassing van de stelsels van sociale zekerheid op migrerende werknemers, op zelfstandigen en op hun gezinsleden die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (PB nr. L 149 van 5.7.1971)

*Welzijnswet* (Staatsblad 1994, 447), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 9 juli 2004 (Staatsblad 445, 2004)

*Werkloosheidswet* (Staatsblad 1986, 566), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 28 april 2005 (Staatsblad 2005, 274)

*Wet financiële dienstverlening*, Wet van 12 mei 2005 (Staatsblad 2005, 339)

*Wet inkomstenbelasting 2001* (Staatsblad 2000, 215), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 28 april 2005 (Staatsblad 2005, 227)

*Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden* (Staatsblad 1986, 117), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 30 januari 2002 (Staatsblad 2002, 82)

*Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998* (Staatsblad 1998, 438), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 2 december 2004 (Staatsblad 2004, 712)

*Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Staatsblad 1993, 655), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 2 december 2004 (Staatsblad 2004, 712)

*Wet op de zorgtoeslag*, Wet van 16 juni 2005 (Staatsblad 2005, 369)<sup>6</sup>

*Wet voorzieningen gehandicapten* (Staatsblad 545, 1993), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 27 september 2001 (Staatsblad 2001, 481)

*Wet tarieven gezondheidszorg* (Staatsblad 1980, 646),  
laatstelijk gewijzigd bij Wet van 9 december 2004  
(Staatsblad 2005, 24 en 27)<sup>6</sup>

*Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993* (Staatsblad 1994, 252),  
laatstelijk gewijzigd bij Wet van 3 februari 2005  
(Staatsblad 2005, 71)

*Ziekenfondswet* (Staatsblad 1992, 391), laatstelijk gewijzigd  
bij Wet van 23 december 2004 (Staatsblad 2004, 725)

*Ziektewet* (Staatsblad 1913, 204), laatstelijk gewijzigd bij Wet  
van 23 december 2004 (Staatsblad 2004, 717, 720 en 731)

*Zorgverzekeringswet*, Wet van 16 juni 2005  
(Staatsblad 2005, 358)<sup>6</sup>

## **Wetsvoorstellen**

*Wet maatschappelijke ondersteuning*  
(Kamerstukken II 2004/05, 30 131)

*Wet marktordening gezondheidszorg*  
(Kamerstukken II 2004/05, 30 186)

6 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de zorgtoeslag, de Zorgverzekeringswet en de Wet tarieven gezondheidszorg zullen, indien het wetsvoorstel Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (Kamerstukken I 2004/05, 30 124 A) wordt aangenomen en in werking treedt, ingrijpend wijzigen.