

Ziektekosten - verzekeringen in Nederland

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	7
1 De Zorgverzekeringswet	13
1.1 Achtergrond	14
1.2 Karakter van de zorgverzekering	18
1.3 De verzekeringsplichtigen	18
1.4 Beheer en administratie	20
1.5 Sluiten zorgverzekeringsovereenkomst en zorgplicht	21
1.6 Zorg in het buitenland	24
1.7 Zorgaanspraken	25
1.8 Subsidiereregelingen	29
1.9 Financiering	29
1.10 Risicoverevening	34
1.11 Beheer en toezicht	41
1.12 Geschillen	44
2 Wet op de zorgtoeslag	47
2.1 Achtergrond	48
2.2 Doel van de wet	48
2.3 De rechthebbenden	49
2.4 Recht op zorgtoeslag	49
2.5 Uitvoering	51
2.6 Omvang en rekenvoorbeelden zorgtoeslag	52
2.7 Sturing en toezicht	54
2.8 Geschillen (bezwaar en beroep)	55
3 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	57
3.1 Achtergrond	58
3.2 Karakter van de verzekering	58
3.3 De verzekerden	58
3.4 Beheer, administratie en overeenkomsten tussen verzekeraars en zorgaanbieders	59
3.5 De inschrijving en het geldend maken van aanspraken	60
3.6 AWBZ-zorg in het buitenland	61
3.7 Zorgaanspraken op grond van de AWBZ	62

3.8	Subsidieregelingen	64
3.9	Financiering	64
3.10	Sturing en toezicht	65
3.11	Geschillen	65
3.12	Ontwikkelingen in de AWBZ	66
4	Internationale aspecten	69
4.1	Achtergrond	70
4.2	Uitgangspunten internationale coördinatie	70
4.3	Inroepen zorg in het buitenland	71
4.4	Procedures bij het Europese Hof van Justitie	73
4.5	Verdragslanden	74
5	Samenhangende wetgeving	77
5.1	Wet marktordening gezondheidszorg	78
5.2	Wet maatschappelijke ondersteuning	79
5.3	Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten	82
5.4	Compensatie eigen risico	85
5.5	Wet cliëntenrechten zorg	86
	Afkortingenlijst	88
	Wetten	90

Voorwoord

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ontvangt vanuit binnen- en buitenland vragen over de ziektekostenverzekeringen in Nederland. De brochure Ziektekostenverzekeringen in Nederland komt tegemoet aan deze informatiebehoefte. De tekst is vooral geschreven voor mensen met enige kennis van ziektekostenverzekeringen.

Deze brochure geeft kort het stelsel van ziektekostenverzekeringen sinds 1 januari 2006 weer. Op deze datum trad de Zorgverzekeringswet in werking. Ook andere belangrijke wetten die samenhangen met de ziektekostenverzekeringen komen aan bod. Op onderdelen is vooruitgelopen op nieuwe wetgeving die bij het samenstellen van de brochure nog bij het parlement in behandeling was.

Van deze Nederlandse editie is ook een versie in het Engels, Frans en Duits beschikbaar. De tekst van de brochure is te downloaden van www.rijksoverheid.nl/zorgverzekering.

Den Haag, maart 2011

Inleiding

Algemeen

Binnen Europa bestaan uiteenlopende vormen van organisatie, beheer en financiering van de gezondheidszorg. Ze delen een aantal uitgangspunten, namelijk:

- universele toegang tot zorg en verzekering;
- solidariteit in de lastenverdeling;
- goede kwaliteit van zorg.

Naast overeenkomsten in beleidsvraagstukken, bestaan er 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 streeft naar een stelsel van gezondheidszorg met toegang tot noodzakelijke, kwalitatief goede medische zorg. Nederland kende 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.

Per 1 januari 2006 kwam er een einde aan deze verbrokkelde situatie door het realiseren van één wettelijk verzekeringsregime voor alle ingezetenen van Nederland, de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit nieuwe verzekeringsregime draagt zoveel mogelijk bij 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 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, namelijk:
 - het eerste compartiment: zware medische risico's (care), verzekerd in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
 - het tweede compartiment: basis medische zorg, gericht op herstel, op basis van de Zvw;
 - het derde compartiment: de minder noodzakelijk geachte vormen van zorg, gedekt door aanvullende (particuliere) verzekeringen.
2. Het zorgaanbod is overwegend privaat van karakter.
3. Het stelsel van ziektekostenverzekeringen omvat een publiekrechtelijke (volks)verzekering (de AWBZ), een privaatrechtelijke verzekering met sterke publiekrechtelijke waarborgen (de Zvw) en de aanvullende (particuliere) verzekeringen.

De verzekeringscompartimenten

Buiten Nederland zijn de stelsels van ziektekostenverzekeringen 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 omwille van uitvoerbaarheid en ter vermindering van administratieve lasten. In de praktijk bleek het vaak moeilijk uit te maken of de oorzaak van de behoefte aan medische zorg lag in de werksfeer of in de privésfeer. Geschillen hierover legden een groot beslag op de uitvoeringsorganisatie en de rechterlijke macht.

Het eerste compartiment

De AWBZ is in 1968 in het leven geroepen om alle inwoners van Nederland te verzekeren tegen zware medische risico's. Het gaat in veel gevallen om chronische aandoeningen die op individuele basis onbetaalbaar zijn. Samengevat gaat het om zaken als thuiszorg (uitgezonderd huishoudelijke zorg), verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurende geestelijke gezondheidszorg. De AWBZ is een volksverzekering. Alle inwoners van Nederland zijn verplicht om erin deel te nemen. Daarnaast wordt vanaf 1 januari 2007 de huishoudelijke zorg (een onderdeel van thuiszorg) geregeld vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het doel van de Wmo is om iedereen zo lang mogelijk zelfstandig te laten meedoen in de maatschappij.

Het tweede compartiment

De Zvw bestaat uit een wettelijk vastgesteld basispakket waarin alle noodzakelijke zorg is ondergebracht. De zorgverzekering kent een verzekeringsplicht, een acceptatieplicht en een uniforme premie per verzekeraar. De acceptatieplicht zorgt ervoor dat niemand wordt uitgesloten op basis van zijn of haar gezondheidstoestand of financiële draagkracht.

Het derde compartiment

Het derde compartiment bestaat uit de aanvullende verzekeringen die vrijwillig en in aanvulling op de Zvw kunnen worden afgesloten. De inhoud van deze pakketten varieert per verzekeraar, evenals de premie en het eventuele eigen risico. Voor de aanvullende verzekeringen geldt geen acceptatieplicht.

1° compartiment
AWBZ
Verplichte volksverzekering voor langdurige en onbetaalbare zorg
2° compartiment
Zvw
Verplichte basisverzekering voor noodzakelijke curatieve zorg
3° compartiment
Aanvullende verzekering
Vrijwillige verzekering, pakketten variëren

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 historische wortels gaan zelfs terug tot in de Middeleeuwen.

Het overgrote deel van de ziekenhuizen en zorginstellingen is in private handen. Zij leveren zorg als zelfstandige onderneming en niet, zoals in 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 wél met winstoogmerk.

Mengvorm van publiekrechtelijke en privaatrechtelijke verzekering

De uitvoering van de Zvw is in handen van private ondernemingen met een winstoogmerk.

De wetgever heeft echter diverse voorschriften gesteld om het sociale karakter van de verzekering te garanderen. De Zvw is hiermee een combinatie van een klassieke sociale verzekering en private verzekering.

De AWBZ is ingericht als een klassieke sociale verzekering die zonder winstoogmerk wordt uitgevoerd door AWBZ-uitvoeringsorganen. Dit zijn zorgverzekeraars die zich hebben aangemeld voor de uitvoering van de AWBZ. Er bestaan voornemens om ook deze verzekering te moderniseren.

De AWBZ is de afgelopen jaren al aanzienlijk gewijzigd. De vraag is hoe de AWBZ op de langere termijn zo doelmatig mogelijk kan worden uitgevoerd. Zo is met ingang van 1 januari 2008 een deel van de geestelijke gezondheidszorg (de kortdurende GGZ) ondergebracht in het aansprakenpakket van de Zvw. Dit is dus geen onderdeel meer 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 is met ingang van 1 januari 2007 de Wmo van kracht. Daarbij is de huishoudelijke verzorging die voordien tot het AWBZ-aansprakenpakket behoorde overgeheveld naar de verantwoordelijkheid van de gemeenten.

Cijfermatig overzicht zorgsector

In de zorgsector werkten in 2008 1.220 miljoen mensen gedeeltelijk parttime. Van de 16,6 miljoen mensen waren op 31 december 2009 16,5 miljoen mensen op enigerlei wijze verzekerd tegen ziektekosten. De niet verzekerden zijn voornamelijk illegaal in Nederland verblijvende mensen en diegenen die zich nog niet hebben verzekerd. Een bijzondere groep zijn de dak- en thuislozen. Deze mensen waren in beginsel wel gedekt door de sociale verzekering, maar lieten na zich daarvoor te registreren. Militairen en gedetineerden ontvangen medische verzorging van het ministerie van Defensie respectievelijk het ministerie van Justitie. Het stelsel van ziektekostenverzekeringen wordt uitgevoerd door circa dertig zorgverzekeraars. Een deel daarvan is werkzaam in het hele land. Een ander deel beperkt het werkgebied tot een bepaalde regio.

In de zorgsector in Nederland ging in 2010 circa 60 miljard euro om¹. Onderverdeeld naar de belangrijkste zorgsectoren betreft het de uitgaven in miljoenen euro's zoals weergegeven in het schema² hieronder.

¹ Dit is exclusief de aanvullende (particuliere) verzekeringen en eigen betalingen van verzekerden.

² Bron: Rijksbegroting 2011 Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Begroting XVI, p. 188.

Uitgaven zorg 2010 in miljoenen euro's onderverdeeld in sectoren

Uitgaven zorgsector 2010	miljoen euro
Volksgezondheid ³	102,6
Gezondheidszorg ⁴	34.685,5
Langdurige zorg ⁵	23.552,1
Maatschappelijke ondersteuning ⁶	180,7
Nominaal en onvoorzien ⁷	39,3
Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO, gemeentefonds)	1.544,6
Opleidingsfonds (begroting VWS) ⁸	845,0
Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (begroting VWS) ⁹	520,4
BES-eilanden (begroting VWS) ¹⁰	1,5
Begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven	0,4
Totaal	61.472,1

³ Een goede Volksgezondheid, waarbij mensen gezond leven en zo min mogelijk bloot staan aan bedreiging van hun gezondheid.

⁴ Een goed werkend en innoverend zorgstelsel gericht op een optimale combinatie van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de burger.

⁵ Zorgen dat voor mensen met een langdurige of chronische aandoening van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard zorg van goede kwaliteit beschikbaar is en dat deze zorg tegen voor de samenleving aanvaardbare maatschappelijke kosten wordt geleverd.

⁶ Alle burgers participeren in de samenleving.

⁷ Deze post heeft een technisch-administratief karakter. Vanuit het begrotingsdeel van deze post vinden overboekingen van loon- en prijsbijstelling naar de loon- en prijsgevoelige posten binnen de begroting plaats. Ook worden er taakstellingen of extra middelen op deze post geplaatst die nog niet aan de andere posten zijn toegedeeld.

⁸ Met het Opleidingsfonds wordt de bekostiging van onder meer de opleidingen tot huisarts, tot medisch specialist en een aantal andere zorgberoepen geregeld.

⁹ Deze wet regelt dat chronisch zieken en gehandicapten een tegemoetkoming ontvangen voor de vaak extra hoge kosten die deze mensen hebben.

¹⁰ Ten behoeve van de financiering van de ziektekostenverzekering op de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba).



nationale
beeldbank



1

De Zorg-
verzekeringswet

1.1 Achtergrond

Stelseldiscussie

De Zvw geldt vanaf 1 januari 2006. 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.

Voorstanders van de privaatrechtelijke benadering zagen daarbij de publiekrechtelijke vormgeving als een schrikbeeld van overdreven overheidsregulering die een efficiënt werkende verzekering in de weg staat. De voorstanders van de publiekrechtelijke benadering zagen 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 het nieuwe verzekeringsstelsel. Enerzijds vreesde men dat een publiekrechtelijk vormgegeven verzekering in de loop der tijd steeds publiekrechtelijker zou worden, met alle daarbij gedachte overheidsbemoedienis. 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 koos voor een privaatrechtelijke vormgeving van de wettelijke zorgverzekering met sterke publieke waarborgen. Het oordeelde dat de gewenste helderheid van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, burgers en ziektekostenverzekeraars langs die weg het beste werd gewaarborgd. Een dergelijke vormgeving vond het kabinet verantwoord, omdat zo een sociale verzekering ontstond waarin de gewenste ruimte voor ondernemerschap in de zorg van een stevige wettelijke inkadering en publieke waarborgen werd voorzien. Dit bracht de sociale traditie van het ziekenfonds en de markttraditie van de particuliere verzekering samen.

Historie plannen

Eerdere pogingen, waarvan het Plan Hendriks (1974), het Plan Dekker (1987) en het Plan Simons (1992) de bekendste zijn, gingen uit van een publiekrechtelijke vormgeving. Om uiteenlopende redenen is geen van die pogingen succesvol afgerond. Het kabinet Balkenende II koos er in het Hoofdlijnenakkoord van 16 mei 2003 voor om een verplichte basisverzekering 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) wees de minister van VWS erop dat de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars de afgelopen jaren sterk naar elkaar toe waren gegroeid. Het kabinet zag het als een logische stap dat de in Nederland bestaande uiteenlopende verzekeringsvormen werden samengebracht in een brede basisverzekering voor de gehele bevolking die de risico's dekt van

medische zorg en genees- en hulpmiddelen in een omvang zoals die voor de ziekenfondsverzekering gold. Deze nieuwe basisverzekering kreeg sociale randvoorwaarden. Tegelijk wilde het kabinet doelmatigheid en keuzevrijheid bevorderen. Het sprak 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 gecompliceerd. Op grond van de Europese schaderichtlijnen betreffende het schadeverzekeringsbedrijf is het namelijk niet toegestaan om aan privaatrechtelijke verzekeringen wettelijke voorschriften te stellen met betrekking tot de acceptatie voor de verzekering, de dekkingsomvang en de premiestelling. Dit 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 worden geaccepteerd voor een verzekeringspakket dat gelijkwaardig is voor iedereen. Daarbij mag een zorgverzekeraar voor de bij hem aangesloten verzekerden die eenzelfde pakket hebben, geen premieonderscheid maken. De Nederlandse wetgever deed 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 achtte de uitzonderingsbepaling van toepassing omdat de nieuwe verzekering in de plaats kwam van de bestaande ziekenfondsverzekering. Tevens meende het kabinet dat in uiterste instantie een beroep kon worden gedaan op het algemeen belang als rechtvaardigingsgrond voor de inbreuk op de Europeesrechtelijke 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 door het kabinet gestelde vragen, werd aangegeven dat de beoogde privaatrechtelijke vormgeving van de nieuwe verzekering in Europeesrechtelijke zin wel mogelijk is wanneer voorschriften niet verder gaan dan strikt noodzakelijk en niet verder ingrepen in de verzekeringsmarkt dan nodig. Tevens speelde een zekere ontwikkeling in de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie mee. Daaruit werd afgeleid dat het hof minder star dan in het verleden een scheiding aanbracht tussen enerzijds de private vrije markt en anderzijds de publiekrechtelijk geregelde sociale zekerheid. Het Hof zag ruimte om publieke belangen te borgen door middel van bepaalde ingrepen van overheidswege in de private markt¹¹. 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, de Zvw.

¹¹ 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 (C346/02).

Zorgverzekeringswet

Op grond van de Zvw is iedereen die in Nederland woont of wegens zijn werkzaamheden in Nederland aan de Nederlandse loonbelasting is onderworpen, verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Iedere in Nederland werkzame ziektekostenverzekeraar die heeft aangegeven de Zvw te willen uitvoeren, is verplicht degene die zich daarvoor bij hem meldt, voor de wettelijk verplichte zorgverzekering te accepteren.

In de Zvw 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 (naturavariant) aan zijn verzekerden aanbiedt of dat hij zijn verzekerden de kosten terugbetaalt (restitutievariant) die zij hebben gemaakt voor de zorg. In dat laatste geval is de zorgverzekeraar ook nog verplicht zijn verzekerden op hun verzoek te bemiddelen naar beschikbare zorg. Ook is een combinatie van beide varianten mogelijk.

Een zorgverzekeraar moet een zorgverzekeringvariant zonder vrijwillig eigen risico aanbieden. Daarnaast mag hij ook een aantal wettelijk bepaalde tranches van een vrijwillig eigen risico aanbieden, waartegenover hij een korting op de premie verleent.

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

Een zorgverzekeraar kan deelnemers aan een collectieve verzekering een korting op de premie verlenen. De zorgverzekeraar is verplicht in zijn modelovereenkomst aan te geven of en, indien er een mogelijkheid is om voor een of meer eigen risicobedragen te kiezen, voor welke varianten van de zorgverzekering de collectiviteitskorting geldt. Zorgverzekeraars mogen de vraag of zij al dan niet korting verlenen niet laten afhangen van kenmerken van de collectiviteit of zijn deelnemers. Dit zou bijvoorbeeld gebeuren wanneer slechts werknemers tot een collectiviteit kunnen behoren.

De verzekerde is vanaf achttien jaar een nominale premie verschuldigd die hij rechtstreeks aan zijn zorgverzekeraar betaalt en een inkomensafhankelijke bijdrage die door de werkgever (dan wel uitkeringsinstantie) op het loon (dan wel de uitkering) van de werknemer wordt ingehouden. De zorgverzekeraar bepaalt de hoogte van die nominale premie. Met ingang van 1 januari 2008 kent de Zvw een verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico vervangt de no-claimteruggave regeling die van 2006 – 2008 deel uitmaakte van de Zvw. Mensen die weinig of geen zorg gebruikten, kregen met de no-claimteruggave een deel van hun nominale premie van hun zorgverzekeraar terug.

Het verplicht eigen risico geldt, net als de no-claim, alleen voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Huisartsenzorg, kraamzorg, verloskundige zorg en tandheekkundige zorg tot achttien jaar vallen niet onder het verplicht eigen risico.

Voor alle andere vormen van zorg uit het basispakket (dus niet voor de aanvullende verzekering) geldt dit eigen risico wel. Burgers met zorgkosten, door bijvoorbeeld chronische ziekte of handicap, die naar verwachting meerjarig hun eigen risico volmaken, worden financieel gecompenseerd. Hierdoor zijn zij niet meer aan het verplicht eigen risico kwijt dan de gemiddelde

verzekerde, die geen compensatie ontvangt. In bepaalde gevallen kan de zorgverzekeraar bepalen dat kosten van het gebruik van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.

De Belastingdienst heft de inkomensafhankelijke bijdrage.

De inkomensafhankelijke bijdrage wordt gestort in het Zorgverzekeringsfonds, samen met een rijksbijdrage ter grootte van de gedeelde nominale premie van verzekerden, jonger dan achttien 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. Dit wordt de risicovereeniging genoemd.

Wet op de zorgtoeslag

Tegelijk met de Zvw is de Wet op de zorgtoeslag (WZT) in werking getreden. 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 meegerekend.

Beëindiging Zfw, Wtz1998, MOOZ, ambtenarenregelingen en particuliere verzekeringen

Vanaf 1 januari 2006 zijn de Ziekenfondswet, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) ingetrokken. De 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 Zvw of een buitenlands verzekeringspakket dat op iemand van toepassing is door de Verordening (EG) nr. 883/04 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (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 Bondsstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen, of een met andere landen gesloten bilateraal socialezekerheidsverdrag waarin een regeling voor de verlening van medische zorg is opgenomen.

1.2 Karakter van de zorgverzekering

Verzekeringsplicht

De Zvw legt aan alle ingezetenen van Nederland en aan niet-ingezetenen die in Nederland werken en 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. 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 Zvw 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 Zvw een sociale ziektekostenverzekering voor de gehele bevolking. Hierdoor zijn de Verordening, de Overeenkomst betreffende de EER, de Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds en de Zwitserse Bondsstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen, of met andere landen gesloten bilateraal socialezekerheidsverdrag waarin een regeling voor de verlening van medische zorg is opgenomen van toepassing.

1.3 De verzekeringsplichtigen

Hoofdregeel verzekeringsplicht

Iedereen die van rechtswege AWBZ-verzekerde is, is verplicht een zorgverzekering af 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 paragraaf 3.3). Vaak sluiten mensen zelf een zorgverzekering, 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), moet de wettelijke vertegenwoordiger, curator, een familielid of belangenbehartiger dit regelen.

Uitzonderingen verzekeringsplicht

Er zijn twee uitzonderingen gemaakt op de hoofdregel dat de van rechtswege verzekerden voor de AWBZ verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw:

- Militairen

Allereerst gaat het om militairen in werkelijke dienst. Die zijn wel AWBZ-verzekerd, maar niet verzekeringsplichtig voor de Zvw. 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 Zvw niet worden gerealiseerd. Om die redenen zijn militairen niet verzekeringsplichtig voor de Zvw.

- Gemoedsbezwaarden

Ten tweede 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 als gevolg van de Zvw. 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 betalen.

Opschorten verzekering bij gedetineerden

Bij gedetineerden in een gevangenis of justitiële inrichting en personen die in voorlopige hechtenis zitten, wordt de basisverzekering opgeschort. Gedetineerden moeten dit zelf aan hun zorgverzekeraar doorgeven. De verzekering blijft bestaan, maar tijdens de detentie kan er geen gebruik van worden gemaakt.

Gedetineerden betalen geen nominale premie voor de basisverzekering terwijl ze in detentie zitten. Gedurende deze periode ontvangen zij daarom ook geen eventuele zorgtoeslag. De kosten voor gedetineerden die medische zorg nodig hebben tijdens hun verblijf in een justitiële inrichting worden betaald door het ministerie van Justitie. Een eventuele aanvullende zorgverzekering blijft bestaan gedurende detentie. Gedetineerden moeten hier dus premie voor blijven betalen, tenzij ze hun zorgverzekeraar vragen om de aanvullende zorgverzekering tegelijk met de basiszorgverzekering op te schorten.

1.4 Beheer en administratie

Private ziektekostenverzekeraars voeren de Zvw 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 Zvw wordt gerealiseerd, is te waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. De zorgverzekeraars 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. 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, evenals, 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 paragraaf 1.10).

Een van de uitgangspunten van een sociale verzekering is dat verzekerden invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de onderneming die de verzekering uitvoert. 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 Zvw

Om de zorgverzekering te mogen uitvoeren moeten ziektekostenverzekeraars aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Vergunning DNB
Nederlandse ziektekostenverzekeraars zijn niet verplicht de Zvw uit te voeren. Ziektekostenverzekeraars kunnen zelf besluiten of zij de Zvw willen uitvoeren. Wel moeten zij beschikken over een vergunning voor de uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf voor de juiste branches. Dit zijn de Ongevallen inclusief arbeidsongevallen en beroepsziekten vergunning en de Ziektevergunning.
De Nederlandsche Bank (DNB) verleent die vergunningen of een collega toezichthouder van DNB in een andere lidstaat van de Europese Unie.
- Aanmelden bij Nza
Daarnaast moeten zij zich, ten behoeve van het toezicht op de uitvoering van de Zvw en om in aanmerking te komen voor een bijdrage uit het vereveningsfonds, aanmelden bij de Nederlandse zorgautoriteit (Nza).

- **Werkgebied**

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. Deze voorschriften zijn gesteld om de mededinging tussen de grotere zorgverzekeraars te bevorderen en tegelijk nieuwkomers op de markt de gelegenheid te geven in een beperkt werkgebied voet aan de grond te krijgen.

1.5 Sluiten zorgverzekeringsovereenkomst en zorgplicht

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 werkt in de provincie waar hij woont. Bij de keuze voor een zorgverzekeraar kan een verzekerde verschillende zaken laten meewegen, zoals de vorm van de aangeboden verzekering (natura of restitutie), de verschillende niveaus van vrijwillig eigen risico die de zorgverzekeraar aanbiedt, de nominale premie die daar tegenover staat en de service van de verzekeraar.

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: www.kiesBeter.nl.

Aanvullende verzekering

De verzekerde kan een aanvullende verzekering sluiten. De aanvullende verzekering staat los van de zorgverzekering. Het is een particuliere verzekering waarvoor de overheid geen regels 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 en geen verplicht eigen risico. Verder stellen particuliere ziektekostenverzekeraars zelf de omvang van het pakket en de hoogte van de premie voor deze verzekering vast.

Verbod opzeggen aanvullende verzekering bij overstap

Een zorgverzekeraar mag de aanvullende verzekering niet opzeggen wanneer iemand een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluit.

Sanctie bij te laat sluiten zorgverzekering

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 afsluiten van een zorgverzekering. De verzekerde is dan een boete verschuldigd die gelijk is aan 130 procent van de nominale premie voor die zorgverzekering over het aantal maanden dat iemand ten onrechte niet verzekerd was. Hiervoor geldt een maximum van vijf jaar. De kosten van genoten zorg in de onverzekerde periode komen voor eigen rekening.

Een verzekeringsplichtige krijgt geen boete opgelegd als het niet afsluiten van de zorgverzekering hem niet kan worden verweten of als er een rechtvaardiging bestaat. Dat is bijvoorbeeld het geval bij iemand met een psychiatrische aandoening. De boete kan worden verlaagd indien aannemelijk is dat deze wegens bijzondere omstandigheden te hoog is.

Over de niet-verzekerde periode heeft de verzekeringsplichtige uiteraard geen recht op vergoeding van gemaakte kosten van zorg en geen recht op zorgtoeslag (zie hoofdstuk 2). Een verzekeringsplichtige is altijd de inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd over loon en over daarmee gelijkgestelde inkomensbestanddelen, ook al is er geen verzekering gesloten.

Acceptatieplicht

Iedere zorgverzekeraar moet elke verzekeringsplichtige die dat wenst accepteren voor elke zorgverzekering. Wat betreft de premie mag een zorgverzekeraar geen onderscheid maken naar persoonskenmerken, zoals leeftijd, geslacht of gezondheidssituatie. Het opleggen van de acceptatieplicht wordt gecompenseerd door de vereveningsregeling die een mogelijk financieel nadeel voor zorgverzekeraars opheft (zie 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 modelovereenkomst 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 alleen 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 afgesloten, 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 worden gedacht 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 Zvw bepaalt namelijk dat in die gevallen de zorgverzekering eindigt.

Verder heeft de zorgverzekeraar een informatieplicht tegenover zijn verzekerden. Dit is bijvoorbeeld het geval als verzekerden buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komen te wonen (door wijziging van dit gebied door de zorgverzekeraar).

Zorgplicht

Een belangrijke doelstelling van de Zvw is waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. De zorgverzekeraars 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 burgers de verzekerde zorg daadwerkelijk krijgen. Dit wordt de zorgplicht genoemd.

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

- **Naturamodel**

De zorgverzekeraar levert de verzekerde zorg waar de verzekerde behoefte aan heeft door zijn eigen zorgaanbieders of via door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgaanbieder wordt rechtstreeks door de zorgverzekeraar betaald.

De verzekerde heeft vrije keuze uit alle 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. Dit biedt de zorgverzekeraar de mogelijkheid om de al gemaakt kosten van het contracteren door te berekenen aan zijn verzekerde. 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 redelijk is binnen de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden. De verzekerde kan kiezen voor een zorgaanbieder. De zorgverzekeraar moet in het restitutiemodel 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 wordt geholpen.

- **Combinatie natura en restitutie**

Binnen de hiervoor geschetste hoofdlijnen zijn verschillende varianten mogelijk. Bijvoorbeeld 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

De Zvw 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.

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

- **Naturapolis**

Verzekerden met een naturapolis zijn in principe aangewezen op door hun 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. De vergoeding mag echter niet zodanig zijn dat het inroepen van medische zorg daardoor feitelijk onmogelijk wordt. Bij niet-gecontracteerde zorg in het buitenland moet de verzekerde er op letten dat de zorg is opgenomen in het verzekeringspakket van de Zvw.

- **Restitutiepolis**

Verzekerden met een restitutiepolis kunnen naar iedere willekeurige zorgaanbieder in het buitenland. Het maakt niet uit of deze zorgaanbieder in een EU of Europese Economische Ruimte (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 Zvw 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 deze zorg is opgenomen in het verzekeringspakket van de Zvw.

- **Combinatie restitutie/naturapolis**

Een zorgverzekeraar kan ook een combinatie van beide polisvarianten aanbieden. In dat geval geldt de variant die voor de desbetreffende zorgvorm is bepaald in de polis.

Inroepen zorg met toepassing van een verdrag

In voorgaande alinea's is de situatie beschreven waarin de verzekerde op grond van zijn zorgverzekering zorg inroept in het buitenland, in overeenstemming met 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 Bondsstaat anderzijds, van zijn verzekeraar een Europese ziekteverzekeringskaart krijgen die op vertoon recht geeft op noodzakelijke zorg. Ook 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 en hun gezinsleden (als zij geen ziektekostenverzekering hebben op grond van een pensioen van hun woonland), met toepassing van een internationale regeling medische zorg ontvangen ten laste van Nederland. Zij zijn hiervoor dan een verdragsbijdrage aan het CVZ verschuldigd (zie hoofdstuk 4).

1.7 Zorgaanspraken

Het verzekerde pakket van de Zvw heeft betrekking op noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Periodieke toetsing van het verzekerde pakket aan genoemde criteria is nodig om te bepalen of zorgvormen uit het pakket moeten worden verwijderd of juist toegevoegd, zodat het pakket ook op de langere termijn betaalbaar blijft.

Functiegerichte aanspraken

Het zorgstelsel is zodanig ingericht dat de directe overheidsregulering van het zorgaanbod zo min mogelijk is. Binnen de door de wetgever geformuleerde kaders hebben de betrokken actoren een aantal keuzemogelijkheden, een eigen beleids- en beslissingsruimte én verschillende concurrentieprikkels. Een voorbeeld 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 moeten ook eventuele procedurele voorwaarden zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten staan.

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. Dit biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om zorgpolissen op maat aan te bieden.

Het verzekerde pakket

- **Geneeskundige zorg**

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. Dit betekent niet dat de zorg ook door deze personen wordt 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 heeft, kunnen ook anderen de zorg verlenen.

Onder deze zorg vallen ook het bijbehorende laboratoriumonderzoek en verpleegkundige zorg. Verder valt hieronder 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 geldt dat de verzekerde voor eerstelijns psychologische zorg per zitting een eigen bijdrage betaalt. Daarbij kan worden bepaald dat hij die bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangegeven maximum.

De geneeskundige GGZ behoorde tot 2007 tot de AWBZ-zorg. Sinds 1 januari 2008 wordt de geneeskundige GGZ (inclusief eerstelijns psychologische zorg) op grond van de Zvw gefinancierd.
- **Dyslexiezorg**

Dyslexiezorg omvat zorg in verband met ernstige dyslexie aan kinderen die basisonderwijs volgen. Dyslexie is een lees- en spellingsprobleem dat zich manifesteert op school. De Zvw vergoedt de behandeling van dyslexie alleen voor kinderen die ernstige dyslexie hebben en Basisonderwijs volgen.

In 2010 moet de behandeling beginnen op een leeftijd van zeven, acht of negen jaar. In 2011 begint de behandeling op zeven-, acht-, negen- of tienjarige leeftijd. Dit systeem wordt doorgevoerd tot in 2013 alle kinderen in het basisonderwijs voor dyslexiezorg in aanmerking komen.
- **Paramedische zorg**

Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering. De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie is voor verzekerden van achttien jaar en ouder beperkt tot behandeling van bepaalde chronische aandoeningen. Deze aanspraak geldt met uitzondering van de eerste negen behandelingen per aandoening.

Verzekerden jonger dan achttien jaar hebben recht op negen behandelingen per aandoening per jaar, te verlengen met ten hoogste negen behandelingen. Bij bepaalde chronische aandoeningen worden alle behandelingen vergoed.

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

Ergotherapie moet de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde bevorderen en herstellen, tot een maximum van tien behandeluren per jaar.

Voor dieetadvisering bestaat recht op een vergoeding voor maximaal vier behandeluren per jaar. Het gaat hierbij om voorlichting van diëtisten met een medisch doel over voeding en eetgewoonten.

- Mondzorg

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

Voor verzekerden vanaf achttien 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, kunnen onder bijzondere omstandigheden aanspraak maken op integrale tandheelkunde.

- Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg bestaat uit geneesmiddelen en voedingsmiddelen voor medische toepassing. De geneesmiddelen 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*).

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 te benadrukken, is in de formulering van de zorg voorop gezet dat zorgverzekeraars geneesmiddelen aanwijzen. Hieraan zijn voorwaarden verbonden.

- Hulpmiddelen

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).

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. Zorgverzekeraars kunnen zelf in hun verzekeringsreglement nadere procedurele voorwaarden stellen voor het verkrijgen van hulpmiddelen.

Het is echter niet de bedoeling dat zorgverzekeraars materiële voorwaarden tot het stellen van een gebruikstermijn en het volume van een hulpmiddel in hun verzekeringsreglement opnemen. De bevoegdheid tot het stellen van procedurele voorwaarden is bij de zorgverzekeraars gelegd om zorgverzekeraars in staat te stellen meer zorg op maat aan hun verzekerden 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 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 levering 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 in de Regeling zorgverzekering vermeld.

- **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 paragraaf 3.7). Het verblijf op grond van de Zvw omvat ook de daarmee gepaard gaande verpleging en verzorging. Dit hoeft niet in een zorginstelling te zijn.

- **Kraamzorg**

Het gaat hier om verzorging van moeder en kind na een bevalling gedurende ten hoogste tien dagen.

- **Ziekenvervoer**

Ziekenvervoer 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 twaalf 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 tweehonderd 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.

In een hardheidsclausule is opgenomen wanneer verzekerden die niet in de bovenstaande categorieën vallen toch recht kunnen hebben op vergoeding. Dit kan het geval zijn als de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd is aangewezen op vervoer.

Beperking van de aanspraken bij terrorisme

De Zvw 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 Subsidieregelingen

Subsidie wordt alleen verstrekt voor zorg of andere diensten, ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze op te nemen in het pakket. Daarom is in de Zvw 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

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

Nominale premie

Alle verzekerden van achttien jaar of ouder betalen een nominale premie aan de zorgverzekeraar. 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 diverse modellen 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 restitutiemodel, 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 hierop is de wettelijke mogelijkheid van collectieve verzekeringen. Bij deze verzekeringen mag een premiekorting worden verleend van maximaal tien procent ten opzichte van de premie die geldt voor deze variant van de zorgverzekering.

De nominale premie vervult in twee opzichten een functie als prikkel voor een doelmatige zorgverlening:

- Allereerst kunnen zorgverzekeraars zich qua prijs ten opzichte van hun concurrenten onderscheiden. Hoe doelmatiger een zorgverzekeraar de bedrijfsvoering inricht en hoe doelmatiger hij zorg inkoopt, hoe aantrekkelijker de premiestelling voor verzekerden is.
- Daarnaast worden verzekerden zich meer bewust van de kosten van de zorg. Dit moet verzekerden prikkelen tot een kritische opstelling ten aanzien van prijs en kwaliteit van de geleverde diensten.

Inkomensafhankelijke bijdrage

Naast de nominale premie kent de Zvw als financieringsbron een bij de verzekeringsplichtigen te heffen inkomensafhankelijke bijdrage. Deze bijdrage dekt samen met de rijksbijdrage vijftig procent van de totale macropremielast¹². De andere vijftig procent is afkomstig van de nominale premie. 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 houdt de werkgever of uitkeringsinstantie deze bijdrage in op het loon of de uitkering en draagt deze af aan de Belastingdienst. Bij inkomsten die niet aan de heffing van loonbelasting zijn onderworpen, vindt de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage door de Belastingdienst op aanslag bij de verzekeringsplichtige plaats.

De Zvw regelt een verplichting voor de werkgever tot het geven van een vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage aan zijn verzekeringsplichtige werknemers. Deze verplichting geldt eveneens voor bepaalde uitkeringsinstanties. Het gaat hierbij om de vergoeding aan uitkeringsgerechtigden van de verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aan te wijzen uitkeringen. Over deze vergoeding betaalt de werknemer inkomstenbelasting. 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 door omstandigheden die voortvloeien uit hun dienstbetrekking. Die verplichting is niet opgenomen in de Zvw ten aanzien van verzekeringsplichtige zelfstandigen en gepensioneerden.

¹² De totale macropremielast bestaat uit de inkomensafhankelijke bijdragen, de (nominale) premies, de eigen betalingen, de rijksbijdrage voor de kinderen (onder de 18 jaar) en enkele kleinere technische posten die niet eenvoudig in de Zvw zijn te omschrijven.

Kinderpremies en andere rijksbijdragen

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

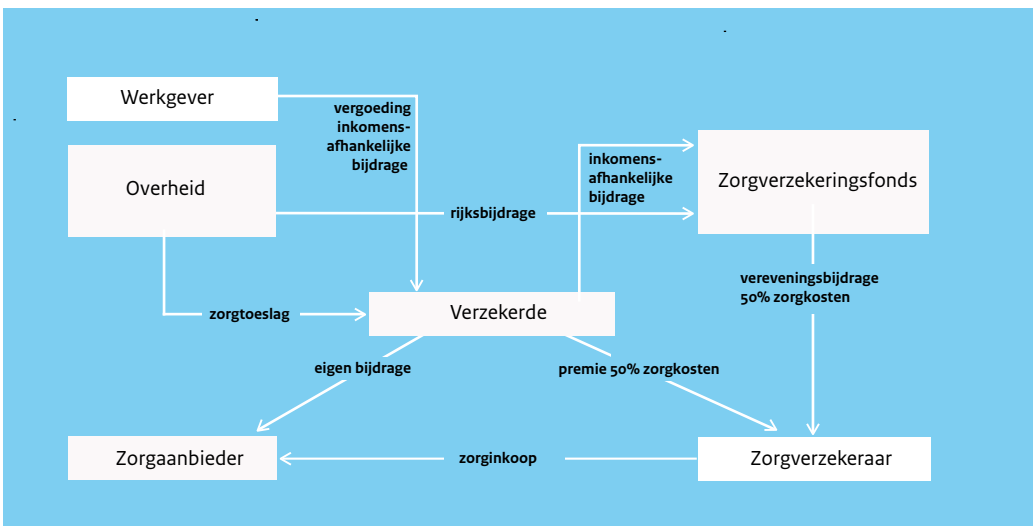
Zorgverzekeringsfonds

De inkomensafhankelijke bijdragen en de rijksbijdragen worden gestort in het Zorgverzekeringsfonds. Het CVZ beheert dit fonds. De belangrijkste inkomsten zijn:

- de door de Belastingdienst geheven inkomensafhankelijke bijdragen van de verzekerden;
- de jaarlijkse rijksbijdrage in de financiering van de verzekering voor personen jonger dan achttien jaar;
- de bijdragen die het CVZ van in het buitenland wonende verdragsgerechtigden ontvangt;
- 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 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.

Overzicht financiële stromen in de Zvw



Financiële gevolgen voor verzekerden

De Zvw kent naast de inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie voor verzekerden nog andere financiële gevolgen, namelijk:

- **Verplicht eigen risico**

In de eerste plaats geldt hier het verplicht eigen risico voor verzekerden van achttien jaar of ouder. Huisartsenzorg, kraamzorg, verloskundige zorg en tandheelkundige zorg tot achttien jaar vallen niet onder het verplicht eigen risico. Voor alle andere vormen van zorg uit het basispakket geldt dit eigen risico wel. Burgers met meerjarige, onvermijdelijke zorgkosten, door bijvoorbeeld chronische ziekte of handicap, worden financieel gecompenseerd. Hierdoor zijn zij aan het verplicht eigen risico niet meer kwijt dan de gemiddelde verzekerde die niet wordt gecompenseerd. In bepaalde gevallen kan de zorgverzekeraar bepalen dat kosten van het gebruik van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.

- **Vrijwillig eigen risico**

Naast een verplicht eigen risico kan de zorgverzekeraar voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van 100, 200, 300, 400 of 500 euro per kalenderjaar. 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.

- **Eigen betalingen**

Verzekerden kunnen 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. Verzekerden moeten in sommige gevallen een zorggebonden eigen bijdrage betalen voor bepaalde geneesmiddelen en hulpmiddelen, alsmede voor zittend ziekenvervoer en kraamzorg.

De eigen bijdragen die de verzekerde zelf moet betalen, zoals in het hierboven beschreven geval, tellen niet mee in de berekening van het eigen risico van een verzekerde.

Gevolgen wanbetaling

Een aantal verzekeringnemers voldoet niet aan hun verplichting tot betalen van de nominale premie. Sinds 2007 kunnen mensen hun zorgverzekering niet meer opzeggen bij een betalingsachterstand van de premie. Daardoor is overstappen naar een andere verzekeraar niet mogelijk en kunnen zij hun schuld niet meer ontlopen. Als iemand blijft weigeren de premie te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de zorgverzekering te beëindigen. De zorgverzekering is immers een privaatrechtelijke overeenkomst.

Met ingang van 1 september 2009 zijn maatregelen getroffen om het aantal mensen dat niet of niet tijdig betaalt terug te dringen. Allereerst omdat eventuele zorgkosten van wanbetalende verzekeringnemers op de schouders komen van de wel betalende verzekeringnemers, waarmee de

solidariteit die ten grondslag ligt aan het stelsel van sociale verzekeringen wordt aangetast. Daarnaast omdat betrokkenen vanwege het niet betalen van premie door hun zorgverzekeraar kunnen worden geroyeerd en daardoor onverzekerd worden. Wanneer zij in die situatie toch zorg nodig hebben, kan dat zeer ongewenste consequenties hebben.

In de Zvw zijn de volgende maatregelen opgenomen om wanbetaling tegen te gaan:

- Nadat de premieachterstand een bedrag ter hoogte van zes maandpremies heeft bereikt, wordt de verplichting om de nominale premie aan de zorgverzekeraar te betalen omgezet in de verplichting om een bestuursrechtelijke premie ter hoogte van 130 procent van de standaardpremie, bedoeld in de WZT, aan het CVZ te betalen.
- Het CVZ heft dit bedrag van de wanbetaler, en is ook verantwoordelijk voor de inning ervan.
- Ter compensatie van de (verdere) premiederving ontvangt de zorgverzekeraar een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

Om de slagingskans van de inning te vergroten, voorziet de Zvw in twee inningsmogelijkheden die private partijen zoals de zorgverzekeraars niet hebben:

- Het CVZ kan werkgevers, uitkeringsinstanties en andere organisaties die de verzekeringnemer periodieke inkomsten uitbetalen de opdracht geven, het bedrag van de bestuursrechtelijke premie op die inkomsten in te houden en aan hem af te dragen. Dit wordt ook wel broninhouding genoemd.
- Het CVZ kan de Belastingdienst de opdracht geven de zorgtoeslag van de verzekeringnemer en zijn eventuele partner aan hem over te maken.

Overigens kan het CVZ ook de reguliere inningsmogelijkheid toepassen: het verzenden van een acceptgiro en, als betaling uitblijft, een aanmaning. Wordt ook dan niet betaald, dan kan het CVZ – zonder tussenkomst van de rechter – een dwangbevel uitbrengen en beslag laten leggen op de goederen van de verzekeringnemer, om de bestuursrechtelijke premie uit de opbrengst daarvan te kunnen voldoen.

Het is aan het CVZ om te besluiten van welke inningsmogelijkheden in welke volgorde gebruik wordt gemaakt.

Gevolgen onverzekerden

Sinds de invoering van de Zvw op 1 januari 2006 moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekeringsovereenkomst hebben. Verzekeringsplichtigen die niet aan hun verzekeringsplicht voldoen en nalaten een zorgverzekeringsovereenkomst te sluiten, zijn onverzekerd.

Het onttrekken aan de verzekeringsplicht is ongewenst. In de eerste plaats voor de onverzekerden zelf. Ook de onverzekerde die denkt dat hij geen verzekering nodig heeft, kan worden geconfronteerd met een ernstige ziekte of een ongeval. En meestal is deze onverzekerde niet in staat de kosten van die zorg zelf te betalen. Ten tweede speelt hierbij ook het belang van het sociale verzekeringssysteem. Gezien vanuit het verzekeringsstelsel is het ongewenst dat er inbreuk wordt gemaakt op de daaraan ten grondslag liggende solidariteit.

Om te voorkomen dat verzekeringsplichtigen na zouden laten een zorgverzekering te sluiten, was in de Zvw een sanctie opgenomen die het voor verzekeringsplichtigen onaantrekkelijk maakte zich aan de verzekeringsplicht te onttrekken. Verzekeringsplichtigen die zich niet tijdig verzekerden waren een boete verschuldigd ter hoogte van 130 procent van de premie over de termijn waarover zij hadden nagelaten zich te verzekeren, met een maximum van vijf jaar. Gebleken is dat dit boeteregime niet in alle opzichten een adequaat middel was om te bereiken dat alle verzekeringsplichtigen zich daadwerkelijk verzekerden.

Ondanks alle voorlichting over de verzekeringsplicht voor de Zvw en het boeteregime, zijn er in Nederland nog steeds mensen die niet verzekerd zijn. De regering vindt dit een ongewenste situatie. Om die reden is het wetsvoorstel Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering voorbereid. Op 22 februari 2011 is het wetsvoorstel door de Eerste Kamer aangenomen en op 15 maart 2011 is de wet in werking getreden.

Met deze wet worden onverzekerden door middel van bestandsvergelijking opgespoord. Zij krijgen een aanmaningsbrief van het CVZ. Het CVZ wijst ze daarin op hun verzekeringsplicht en spoort ze aan een zorgverzekering te sluiten. Laten zij dit na, dan krijgen ze een boete ter hoogte van drie maal de standaardpremie (circa 340 euro). Als na een nieuwe bestandsvergelijking blijkt dat de betrokkene nog steeds niet is verzekerd (drie maanden na het opleggen van de eerste boete), wordt voor de tweede keer een zelfde boete opgelegd. Zijn mensen na twee boetes nog steeds onverzekerd, dan verzekert het CVZ deze personen bij een zorgverzekeraar. De betrokkene is dan voor twaalf maanden een bestuursrechtelijke premie verschuldigd van honderd procent, die waar mogelijk door middel van broninhouding wordt geïnd. Voorafgaand aan de inwerkingtreding van de wet zijn verdergaande voorlichtingsactiviteiten ingezet die zich richtten op specifieke groepen om het aantal onverzekerden verder terug te dringen.

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 achttien jaar ontvangen zorgverzekeraars een aparte vergoeding (rijksbijdrage).

Algemeen

Private verzekeraars zijn in de Zvw verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering, gegeven de door de 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;
- efficiënte bedrijfsvoering.

Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat verzekeraars premies in rekening kunnen brengen die samenhangen met het risico dat die verzekerden voor de verzekeraar vormen. Dit is het equivalentiebeginsel¹³.

Acceptatieplicht en verbod premiedifferentiatie

Binnen de kaders van de Zvw is er geen sprake van een volledig vrije zorgverzekeringsmarkt. Om de toegankelijkheid tot de zorg zeker te stellen, is die markt aan randvoorwaarden gebonden. De Zvw legt de zorgverzekeraars behalve een acceptatieplicht ook het verbod op om premies te differentiëren naar kenmerken van verzekerden. 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 wordt geheven, is er een prikkel tot indirecte risicoselectie. Immers, als de premie per verzekerde niet kan worden aangepast aan het bijbehorende risicoprofiel van de verzekerde, lijdt een zorgverzekeraar verlies op verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. Dit kan ertoe leiden dat zorgverzekeraars ondanks de acceptatieplicht, proberen ongezonde verzekerden te weren. Deze vanuit het oogpunt van toegankelijkheid ongewenste prikkel tot (indirecte) risicoselectie wordt min of meer gematigd door een systeem van risicoverevening.

Vereveningsbijdrage

De vereveningsbijdrage zorgt ervoor dat voorspelbare kostenverschillen als gevolg van verschillen in gezondheidskenmerken 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.

¹³ Volgens het equivalentiebeginsel wordt de door de verzekeringnemer te betalen premie gerelateerd aan het risico dat hij door de verzekering zoekt te dekken.

Werking risicovereveningssysteem

De gedachte achter de werking van het risicovereveningssysteem en de invloed daarvan op het doelmatig handelen van zorgverzekeraars is eenvoudig. De zorgverzekeraars ontvangen een deel van hun middelen voor de uitvoering van de zorgverzekering uit het daarvoor ingestelde fonds, het zogenoemde Zorgverzekeringsfonds. Dit gebeurt volgens een verdeelsleutel die vooraf wordt vastgesteld aan de hand van de kenmerken van de verzekerden die een indicator vormen voor te verwachten zorgkosten. Deze relaties tussen zorgkosten en kenmerken van verzekerden 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. Meer over het risicovereveningssysteem is te lezen onder 'risicoprofiel en vereveningscriteria'.

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 het risicoprofiel van verzekerden. Het gehanteerde stelsel van gewichten per vereveningscriterium 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 Zvw recht heeft. Het moet bovendien gaan om voorspelbare kosten, omdat de gewichten immers vooraf (*ex-ante*) worden vastgesteld.

Categorieën

Aandachtspunt is dat het gehanteerde vereveningsmodel vijf verschillende categorieën van prestaties onderscheidt, namelijk:

- kosten van B-diagnosebehandelcombinaties (B-dbc's)¹⁴;
- variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;
- vaste kosten van ziekenhuisverpleging, dat betreft vaste kosten van verblijf;
- kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz);
- kosten van overige prestaties.

Ex ante risicoverevening

Elke zorgverzekeraar die in Nederland zorgverzekeringen aanbiedt die voldoen aan de eisen van de Zvw, ontvangt jaarlijks een genormeerde bijdrage afgestemd op het risicoprofiel van de verzekerden in zijn portefeuille. Deze bijdrage is zo bepaald dat zij samen met een reële inschatting van de opbrengsten uit nominale premies en de financieringsverschuiving door het verplicht eigen risico, gelijk is aan de verwachte kosten van te verlenen zorg.

¹⁴ Er wordt onderscheid gemaakt tussen A-dbc's en B-dbc's. De dbc's in categorie A zijn de dbc's met vaste prijzen. De dbc's in categorie B zijn de dbc's met vrije prijzen (dus onderhandelbaar tussen zorgaanbieder en verzekeraar).

Risicoprofiel en vereveningscriteria

Via risicoverevening worden de zorgverzekeraars gecompenseerd voor het risicoprofiel van verzekerden. Maar wat bepaalt nu het risicoprofiel? Hieronder volgt een beschrijving van de kenmerken van verzekerden die in de risicoverevening worden gebruikt voor de berekening van de verwachte zorgkosten en de vereveningsbijdrage. Deze kenmerken worden ‘vereveningscriteria’ genoemd. Het gaat om:

- **Leeftijd en geslacht**

Zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor leeftijd en geslacht van verzekerden. Oudere mensen hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan jongere mensen. Het effect van leeftijd is mede afhankelijk van het geslacht. Vrouwen tussen 20 en 35 jaar hebben wegens verloskundige zorg en kraamzorg gemiddeld hogere zorgkosten dan mannen in dezelfde leeftijdscategorie.

- **Aard van het inkomen**

Zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor de aard van het inkomen van hun verzekerden. Via dit vereveningscriterium wordt globaal rekening gehouden met sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen verzekerden. Verzekerden met bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan verzekerden met een baan in loondienst.

- **Regio**

Een derde vereveningscriterium is regio. De regio-indeling berust op een clustering van postcodegebieden op basis van sociaal-economische, demografische en zorggerelateerde kenmerken van een postcodegebied. Voor het ggz-model geldt een specifieke ggz-regio die mede is gebaseerd op ggz-zorgaanbod.

- **Farmaciekostengroepen**

Mensen met een ernstige chronische aandoening zoals diabetes, reuma of epilepsie hebben een terugkerend hoog kostenpatroon. Zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor de hoge kosten van verzekerden met een chronische aandoening via het vierde vereveningskenmerk farmaciekostengroepen (FKG's). Dit vereveningscriterium berust op het gebruik van geneesmiddelen in het recente verleden.

Het idee achter de FKG's is dat verzekerden met een bepaalde chronische aandoening herkenbaar zijn aan de hand van declaraties van medicijnen waarvan bekend is dat die voor de betreffende aandoening worden voorgeschreven. Een verzekerde valt in een FKG als in een voorgaand kalenderjaar meer dan een bepaalde hoeveelheid (goed voor circa een half jaar gebruik) van nader omschreven medicijnen zijn voorgeschreven. Daardoor worden alleen de chronische gevallen meegenomen bij de bepaling van de FKG's.

De FKG's identificeren niet alle verzekerden met chronische aandoeningen, omdat een aantal aandoeningen eerder klinisch dan farmacologische wordt behandeld. Bovendien zijn FKG's alleen gebaseerd op extramuraal medicijngebruik, terwijl aan sommige verzekerden met

chronische aandoeningen intramuraal geneesmiddelen worden verstrekt. De kosten van deze behandelingen en verstrekte medicijnen komen niet als zodanig terecht in de administratie van de zorgverzekeraars, maar zijn inbegrepen in de ziekenhuistarieven.

- **Diagnosekostengroepen**

Het vijfde vereveningscriterium is de diagnosekostengroepen (DKG's). Hiermee verbetert de voorspelling van de vervolgcosten van veelal chronische aandoeningen. DKG's berusten primair op de diagnose die verzekerden krijgen bij ontslag uit het ziekenhuis. Alleen diagnoses waarvan wordt verwacht dat die in het komende jaar hoge kosten met zich meebrengen, worden bij de vaststelling van de DKG's meegenomen. Diagnosen met een incidenteel karakter, zoals botbreuken, worden niet in de DKG's verdisconteerd.

- **Sociaaleconomische status**

In het zesde vereveningscriterium worden verzekerden ingedeeld in klassen op basis van inkomen, leeftijd en gezinsgrootte. In het ggz-model wordt ook nog meegenomen of de verzekerde alleenstaand is. Alleenstaanden maken meer gebruik van ggz-zorg.

Voorbeelden berekening vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars

Aan de hand van een voorbeeld van twee (fictieve) verzekerden, gaan we nader in op hoe zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig en gunstiger risicoprofiel.

Een arbeidsongeschikte vrouw van 40 jaar, minimuminkomen en alleenwonend, woonachtig in de Bijlmer met diabetes IIa:

Vrouw 40-44 jaar	€ 1.322
Aard van inkomen arbeidsongeschikt, 35-44 jaar	€ 1.037
Regio 1	€ 67
SES 1 (laag), 18-64 jaar	€ 82
FKG	€ 1.237
Geen DKG	- € 131
Totaal	€ 3.613
Rekenpremie ¹⁵	€ 983 (minus)
Vereveningsbijdrage	€ 2.630

Per saldo krijgt de verzekeraar voor deze verzekerde (ongunstig risicoprofiel) uit het Zorgverzekeringsfonds € 2630.

¹⁵ De rekenpremie geeft het bedrag aan dat zorgverzekeraars gemiddeld in rekening moeten brengen om in beginsel alle kosten van aanspraken te dekken.

Een werkende man (loondienst, drie keer modaal) van 38 jaar, samenwonend in Aerdenhout, vorig jaar geen medicijngebruik of ziekenhuisopname voor chronische aandoening:

Man 35-39 jaar	€ 1.020
Aard van inkomen referentiegroep, 35-44 jaar	- € 51
Regio 10	- € 80
SES 3 (hoog), 18-64 jaar	- € 94
Geen FKG	- € 349
Geen DKG	- € 131
Totaal	€ 314
Rekenpremie	€ 983 (minus)
Vereveningsbijdrage	- € 669

In theorie is de verzekeraar voor deze verzekerde een nettobetaler. In de praktijk is het echter nog niet voorgekomen dat een verzekeraar een zodanig gezonde verzekerdenportefeuille had dat een vereveningsbijdrage moest worden gestort in het fonds.

In bovenstaande voorbeelden is geen rekening gehouden met het verplicht eigen risico van verzekerden.

Door alle vereveningsbijdragen voor een portefeuille op te tellen, wordt de totale vereveningsbijdrage verkregen. Deze is voor alle verzekeraars positief.

Ex post risicoverevening

De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt achteraf op onderstaande punten gecorrigeerd:

- **Verzekerdennacalculatie**

Achteraf moet de bijdrage aan zorgverzekeraars worden gecorrigeerd voor verschillen tussen geraamde en gerealiseerde verzekerdenaantallen. De vaststelling van de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds vindt in eerste instantie vooraf plaats op basis van geraamde aantallen verzekerden onderverdeeld naar de verschillende relevante kenmerken van verzekerden. Voorkomen moet worden dat een zorgverzekeraar die 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 Zvw geregeld dat alle bijdragen achteraf worden herberekend, rekening houdend met de werkelijke verzekerdenaantallen en hun kenmerken.

- **Macronacalculatie**

De bijdragen aan zorgverzekeraars worden achteraf ook gecorrigeerd voor afwijkingen tussen macrokostenramingen en macrokostenrealisaties. Als de macrokosten hoger uitvallen, is er sprake van een hogere vereveningsbijdrage, als de macrokosten lager uitvallen, gaat de

vereveningsbijdrage omlaag. De macrona calculatie voorkomt dat zorgverzekeraars hogere nominale premies rekenen om zich in te dekken tegen onzekerheden in de macrokostenontwikkeling. Macrona calculatie heeft betrekking op alle typen kosten.

- Ex post compensatie
Om onvolkomenheden van de ex ante normering op te vangen, zullen (ex post) methoden worden toegepast. Hierbij wordt de verdeling van middelen over de zorgverzekeraars achteraf aangepast aan de hand van kostenrealisaties. De noodzaak voor tijdelijke ex post compensatiemechanismen wordt veroorzaakt door onzekerheden in de schadelast van een verzekeraar als gevolg van veranderingen in financiering van het zorgaanbod. Bijvoorbeeld de invoering van dbc's, waarbij de vergoeding die ziekenhuizen en medisch specialisten ontvangen voor verleende zorg, beter dan in de huidige bekostigingssystematiek aansluit bij de onderliggende kosten.

Compensatiemechanismen

Binnen de ex post compensatiemechanismen worden de volgende vormen onderscheiden:

- Hogekostencompensatie
De hogekostencompensatie komt tegemoet aan kostenverschillen als gevolg van een ongelijke verdeling van extreem hoge schades van verzekerden over zorgverzekeraars. Hierbij geldt dat als wordt geprobeerd de individuele slechte risico's vooraf op te sporen en te compenseren, de complexiteit van het systeem van risicoverevening toeneemt.
- 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.
- Rekenpremie
De vereveningsbijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds zijn niet toereikend voor een zorgverzekeraar om alle uitgaven voor de zorg aan zijn verzekerden te dekken. Zorgverzekeraars brengen naast deze bijdrage een nominale premie in rekening bij hun verzekerden ouder dan achttien jaar. 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 te compenseren die voortvloeien uit de verschillen in gezondheidsrisico's van verzekerden.

- **Uitvoeringskosten**

Naast de kosten van de (verzekerde) prestaties maakt een zorgverzekeraar ook kosten om de verzekeringsadministratie uit te voeren. In principe geldt dat zorgverzekeraars voor doelmatigheidsverschillen in de uitvoering niet door correcties vanuit de overheid in een gelijke uitgangspositie hoeven te worden gebracht. Dit gebeurt bijvoorbeeld door schaafeffecten of uitbesteding van taken op het punt van administratie en zorginkoop. De uitvoeringskosten worden dus niet meegenomen in het risicovereveningssysteem. Echter, verzekeraars hebben voor verzekerden onder de achttien jaar naast zorgkosten, waarvoor een zorgverzekeraar een vereveningsbijdrage ontvangt, ook uitvoeringskosten zoals administratie en zorginkoop. Deze uitvoeringskosten kan een zorgverzekeraar niet door een opslag op de premie van verzekerden jonger dan achttien jaar financieren. Daarom krijgen zorgverzekeraars voor deze kosten een aparte nominale vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds.

1.11 Beheer en toezicht

Taken CVZ

In het kader van de Zvw 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:

- 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 betreffende aard, inhoud en omvang van het verzekerde pakket. Verder rapporteert het CVZ de minister gevraagd en ongevraagd over feitelijke ontwikkelingen in het medisch veld die wijzigingen in het te verzekeren pakket gewenst 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 Zvw 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);
- 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 buitenlandse verdragsgerechtigden in Nederland;
- uitvoeren van de vereveningsregeling;
- beheren van de bijdragevervangende belasting van gemoedsbezwaarden;
- het heffen en innen van de bestuursrechtelijke premie bij wanbetalers en het verlenen van een bijdrage aan zorgverzekeraars ter compensatie van de premiederving;
- het uitvoeren van de wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering.

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 Zvw, 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 Zvw uitvoeren zijn private verzekeringsondernemingen. Voor deze verzekeraars geldt daarom de wetgeving voor het toezicht op de particuliere verzekeraars, zoals vastgelegd in de Wet toezicht verzekeringsonderneming 1993. Dit toezicht richt zich vooral 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 distributiekanaalen. Dit toezicht is opgedragen aan de Autoriteit Financiële Markten (AFM). Zij toetst 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.

NZa

De minister van VWS is verantwoordelijk voor de werking van de Zvw. 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 Zvw zijn gewaarborgd. Bij de uitvoering van de Zvw 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, biedt wat op grond van de wet verzekerd moet 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 zorgverzekering is daarom dat de overheid zeker weet dat de zorgverzekeraar aan de verzekerde levert waar hij volgens de Zvw recht op heeft. De aangewezen toezichthouder, de NZa, heeft de volgende taken en bevoegdheden, namelijk:

- rapporteren aan de minister en aan het CVZ over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw en de AWBZ;
- rapporteren aan de minister over de uitvoerbaarheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid in verband met de uitoefening van zijn toezichthoudende taak;
- instellen van onderzoek bij zorgverzekeraars (waaronder ook AWBZ-verzekeraars) op verzoek van de minister of het CVZ;
- mogelijkheid tot het stellen van regels met betrekking tot controle door zorgverzekeraars en de inhoud en inrichting van accountantsverslagen.

Een belangrijke taak en verantwoordelijkheid voor de overheid is het wegnemen van de barrières die marktwerking in de weg staan. Ook draagt de overheid waar nodig bij aan het op niveau brengen van de 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 Zvw moeten maken, goed kunnen afwegen.

NMa

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

Toezicht op kwaliteit van de zorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de volksgezondheid en op het bestaan en naleven van voorschriften door de zorgaanbieders. De IGZ ziet ook toe op:

- de kwaliteit van het medisch professioneel handelen zoals de bevoegdheid tot het verrichten van medische handelingen;
- 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

Soms wordt een geneesmiddel niet vergoed. Een verzekerde kan een zorgverzekeraar vragen deze beslissing te heroverwegen. Het probleem kan gaan over de zorgverzekering op basis van de Zvw, maar ook over de aanvullende verzekering. Als de zorgverzekeraar niet binnen redelijke termijn reageert of niet tegemoetkomt aan de bezwaren van de verzekerde, kan de verzekerde zich wenden tot de rechter of het geschil voorleggen aan de onafhankelijke geschillencommissie.

Omdat de zorgverzekering een privaatrechtelijke overeenkomst is, wordt een geschil in beginsel op grond van het burgerlijk 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.

Omdat een procedure bij de burgerlijke rechter veel tijd in beslag neemt en duur is, 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 Zvw 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. Hiertoe hebben Zorgverzekeraars Nederland (koepelorganisatie van zorgverzekeraars) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (koepelorganisatie van patiënten/cliënten) een onafhankelijke stichting in het leven geroepen; de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

De SKGZ bestaat uit twee onderdelen: een Ombudsman en een Geschillencommissie. Als de zorgverzekeraar bij zijn besluit blijft en de verzekerde is het hier niet mee eens, kan deze verzekerde de Ombudsman vragen te bemiddelen. In het geval dat de Ombudsman geen mogelijkheid ziet tot bemiddeling of de bemiddeling helpt niet, dan kan de verzekerde een klacht indienen bij de Geschillencommissie.

In principe is het advies van de Geschillencommissie bindend voor alle partijen, maar de rechter kan toetsen of de wet en de polisvoorwaarden correct zijn toegepast. Als dat niet zo is, verliest het bindende advies zijn gelding.

De behandeling van een geschil door de Geschillencommissie is niet kosteloos. Als de verzekerde in het gelijk wordt gesteld, dan komen de kosten voor rekening van de verzekeraar.



nationale
beeidbank

2

Wet op de
zorgtoeslag

2.1 Achtergrond

Sinds de invoering van de Zvw is er één soort premiestelling. Naast een inkomensafhankelijke bijdrage die de Belastingdienst int, betalen de verzekerden aan hun zorgverzekeraar een 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 in gevaar komt, is een zorgtoeslag in het leven geroepen.

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 zorgverzekeraars ook worden beoordeeld op de hoogte van hun nominale premie, wordt bij de zorgtoeslag uitgegaan van een raming van het gemiddelde van de nominale premies. Dit wordt de standaardpremie genoemd.

Uitsluitend mensen die hebben voldaan aan de verplichting een zorgverzekering te sluiten komen in aanmerking voor een zorgtoeslag.

2.2 Doel van de wet

De WZT regelt een tegemoetkoming in de nominale premiekosten voor een zorgverzekering voor mensen voor wie de premie voor een zorgverzekering in verhouding tot hun inkomen een te zware last vormt. De WZT 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 (Awir) van toepassing is. De in de Awir gehanteerde begrippen (zoals tegemoetkoming, partner of toetsingsinkomen), zijn op de WZT van toepassing. Bij het bepalen van de draagkracht is zowel het inkomen van de belanghebbende als dat van de partner van belang.

Toetsingsinkomen

Op grond van de Awir wordt voor de bepaling van de draagkracht van de belanghebbende naar het toetsingsinkomen gekeken. 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 volgens 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 drempelinkomen in de zorgtoeslag ingebouwd. Dit zorgt ervoor 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.

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 Awir. Een verzekerde en de verzekerde partner hebben gezamenlijk één aanspraak (recht). Er is dus één aanvrager voor de zorgtoeslag. Als de verzekerde een partner heeft zonder zorgverzekering, dan hebben beiden geen recht op zorgtoeslag.

2.3 De rechthebbenden

De WZT is van toepassing op de verzekeringsplichtigen die op grond van de Zvw 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 volgend 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. Elke jongere van achttien jaar of ouder, al of niet thuiswonend, heeft een zelfstandig recht op een zorgtoeslag.

2.4 Recht op zorgtoeslag

Een verzekerde heeft recht op zorgtoeslag als de standaardpremie hoger is dan de voor deze verzekerde bij het inkomen redelijk geachte premie (de normpremie). De zorgtoeslag is gelijk aan het verschil tussen beide premies. De Belastingdienst controleert of iemand die een tegemoetkoming aanvraagt, ook daadwerkelijk een zorgverzekering heeft afgesloten.

Standaardpremie

De standaardpremie is de geraamde gemiddelde nominale premie voor een zorgverzekering. Bij de vaststelling van deze gemiddelde premie worden de contracten aan collectiviteiten niet meegenomen. Het gemiddeld eigen risico wordt wel meegenomen.

Maar hierbij geldt dat voor de bepaling van de zorgtoeslag uitgegaan wordt van verzekerden die niet langdurig hoge ziektekosten maken. Personen met langdurig hoge ziektekosten worden namelijk gecompenseerd voor het verschil tussen het maximale eigen risico en het gemiddelde eigen risico.

De standaardpremie voor de berekening van de zorgtoeslag wordt jaarlijks 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.

Normpremie

De normpremie wordt berekend aan de hand van het drempelinkomen en het toetsingsinkomen van de verzekerde 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. Eventueel vermogen heeft geen invloed op het recht op de toeslag.

Bepalen recht op zorgtoeslag

De Belastingdienst bepaalt het recht op een zorgtoeslag voor iedere kalendermaand afzonderlijk en betaalt maandelijks voorschotten. 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 worden daar direct op aangepast. Afwijkingen tussen de voorschotten en de definitieve vaststelling van de zorgtoeslag worden dan voorkomen (zie paragraaf 2.5).

Zorgtoeslag in het buitenland

Verzekeringplichtigen in het buitenland, komen ook in aanmerking voor een zorgtoeslag. Dat geldt eveneens voor in 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. De zorgtoeslag voor deze verzekeringsplichtigen is afgestemd op de gemiddelde zorgkosten in het woonland.

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 Bondsstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen, evenals 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.

Daarnaast is er een aantal categorieën van personen die niet op grond van de Nederlandse wetgeving, maar op grond van een internationale regeling recht 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 als gevolg van de Zvw indien zij in Nederland zouden wonen. Ook hun gezinsleden komen in aanmerking voor de zorgtoeslag.

2.5 Uitvoering

De WZT 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 december voorafgaand aan het jaar waarover de zorgtoeslag wordt berekend. Over het algemeen ontvangt men dus de toeslag eerder dan het moment waarop de nominale premie aan de zorgverzekeraar moet worden betaald. Het is mogelijk de Belastingdienst te machtigen de zorgtoeslag rechtstreeks aan de zorgverzekeraar over te laten maken voor een directe verrekening van de premie.

Na afloop van het jaar 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 betaalde of te weinig ontvangen zorgtoeslag plaatsvindt.

2.6 Omvang en rekenvoorbeelden zorgtoeslag

Circa 5.6 miljoen mensen ontvangen zorgtoeslag. De gemiddelde zorgtoeslag is 662 euro per jaar. De netto-uitgaven voor de zorgtoeslag bedroegen in 2009: € 3.751 miljard¹⁶.

Rekenvoorbeelden

Rekenvoorbeeld 1

Wouter is een alleenstaande man met een jaarinkomen van € 15.000.

Stap 1	Standaardpremie:	€	1.209
Stap 2	Toetsingsinkomen aanvrager	€	15.000
	Toetsingsinkomen toeslagpartner	+	<u>n.v.t.</u>
	Gezamenlijk toetsingsinkomen	€	15.000
Stap 3	Normpremie = $2,7\% \times € 19.135 + 5\% (\text{€ } 15.000 - \text{€ } 19.135) =$	€	516,65
Stap 4	Standaardpremie	€	1.209,00
	Normpremie	- €	<u>516,65</u>
	Zorgtoeslag	€	692,35 per jaar
			(na afronding: € 692)

Per maand: € 57,67. Dit wordt afgerond op hele euro's. De opgetelde maandbedragen zijn nooit meer dan het jaarbedrag.

¹⁶ Bron: Begroting VWS 2010, toeslagjaar 2008.

Rekenvoorbeeld 2

Henk en Til wonen samen. Zijn jaarinkomen is € 30.000. Haar jaarinkomen is € 18.000.

Stap 1	Standaardpremie:	€	2.418	
Stap 2	Toetsingsinkomen aanvrager	€	30.000	
	Toetsingsinkomen toeslagpartner	+ €	<u>18.000</u>	
	Gezamenlijk toetsingsinkomen	€	48.000	
Stap 3	Normpremie= $5\% \times € 19.135 + 5\% (\text{€ } 48.000 - \text{€ } 19.135) =$	€	2.400	
Stap 4	Standaardpremie	€	2.418	
	Normpremie	- €	<u>2.400</u>	
	Zorgtoeslag	€	18	per jaar

Als het jaarbedrag lager is dan € 24, betaalt de Belastingdienst niet uit.

Rekenvoorbeeld 3

Herman(militair) en Marianne (secretaresse) zijn getrouwd. Zijn jaarinkomen is € 35.000. Haar jaarinkomen is € 12.000.

Stap 1	Standaardpremie:	€	2.418	
Stap 2	Toetsingsinkomen aanvrager	€	12.000	
	Toetsingsinkomen toeslagpartner	+ €	<u>35.000</u>	
	Gezamenlijk toetsingsinkomen	€	47.000	
Stap 3	Normpremie= $5\% \times € 19.135 + 5\% (\text{€ } 47.000 - \text{€ } 19.135) =$	€	2.350	
Stap 4	Standaardpremie	€	2.418	
	Normpremie	- €	<u>2.350</u>	
	Zorgtoeslag	€	68	
			<u>x 50%</u>	
		€	34	per jaar

Jaarbedragen tussen de € 24 en € 60 betaalt de Belastingdienst in één keer uit.

Rekenvoorbeeld 4

Jan en Catherina zijn getrouwd en wonen in Polen. Hij heeft een Nederlandse AOW-uitkering in Polen van € 9.000 per jaar. Haar jaarinkomen is € 5.000.

Stap 1	Standaardpremie: $(€ 1.209 \times 0,0769) + € 1.209 =$	€ 1.301,97
Stap 2	Toetsingsinkomen aanvrager	€ 9.000
	Toetsingsinkomen toeslagpartner	+ € 5.000
	Gezamenlijk toetsingsinkomen	€ 14.000
Stap 3	$5\% \times € 19.135 + 5\% (\€ 14.000 - € 19.135) =$	€ 956,75
Stap 4	Niet van toepassing (situatie buitenland)	
Stap 5	Standaardpremie	€ 1.301,97
	Normpremie	- € 956,75
	Zorgtoeslag	€ 345,22
		x 50%
		€ 172,61 per jaar
		(na afronding: € 173)

Per maand: € 14,38. Dit wordt afgerond op hele euro's. De opgetelde maandbedragen zijn nooit meer dan het jaarbedrag.

2.7 Sturing en toezicht

Om vast te stellen of de aanvraag van de zorgtoeslag terecht is, controleert de Belastingdienst onder meer of de belanghebbende een zorgverzekering heeft afgesloten dan wel zich als verdragsgerechtigde heeft aangemeld bij het CVZ. Er wordt dan gebruik gemaakt van gegevens die de verzekeraars en het CVZ op grond van de Zvw 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, de samenstelling van het huishouden en het verzekerd zijn of het als verdragsgerechtigde aangemeld zijn.

2.8 Geschillen (bezwaar en beroep)

In de Awir is 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 (Awb) van toepassing. Er zijn afwijkende afspraken gemaakt over de termijn van aanvang van bezwaar of beroep.

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



3

Algemene Wet
Bijzondere
Ziektekosten

3.1 Achtergrond

In 1962 lanceerde 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 op de kosten van psychiatrische patiënten met langdurige verpleging en verzorging. Het risico van het voorkomen 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 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) kwam tot stand op 14 december 1967 (Stb. 1967, 617) en trad vanaf 1 januari 1968 gefaseerd in werking.

3.2 Karakter van de verzekering

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 premievervangende inkomstenbelasting of loonbelasting verschuldigd.

3.3 De verzekerden

De AWBZ is een volksverzekering. Dit houdt in dat verzekerd zijn:

- ingezetenen van Nederland, of degenen die in Nederland wonen. Dat is doorgaans het Nederlands 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. Daarbij geldt als wooncriterium dat iemand woont in het middelpunt van zijn maatschappelijke bestaan. 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 expats.

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 rechtmatig in Nederland verblijven.

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 Nederlandse 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 Bondsstaat anderzijds, over het vrije verkeer van personen, of met andere landen gesloten bilaterale socialezekerheidsverdragen waarin een regeling voor de verlening van medische zorg is opgenomen een belangrijke rol (zie hoofdstuk 4).

3.4 Beheer, administratie en overeenkomsten tussen verzekeraars en zorgaanbieders

Zorgverzekeraars voeren de AWBZ uit voor hun verzekerden. Taken die betrekking hebben op de inkoop van AWBZ-zorg en het voeren van overleg in de regio hebben zij echter overgedragen aan zorgkantoren door een mandaat te verstrekken voor drie jaar. Aan het einde van deze mandaatperiode moet de minister beslissen over verlenging. Een zorgkantoor voert per regio taken uit namens alle AWBZ-uitvoeringsorganen. Dit zijn de zorgverzekeraars die zich bij de Nza hebben aangemeld om de AWBZ uit te voeren. Verder houdt een zorgkantoor, dat zijn gegevens ontvangt van de AWBZ-uitvoeringsorganen, per instelling de maandelijkse afrekening en het verstrekken van voorschotten bij.

De financiële administratie is belegd bij het Centraal Administratiekantoor (CAK). Het CAK betaalt voorschotten en betaalt op verzoek van zorgkantoren aan AWBZ-instellingen. Verder is het CAK verantwoordelijk voor de berekening en inning van eigen bijdragen AWBZ van verzekerden. Voor de uitvoering van de AWBZ ontvangen de zorgkantoren en het CAK een beheerskostenbudget dat door het CVZ wordt vastgesteld.

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, de omvang van de zorg en andere voorwaarden.

3.5 De inschrijving en het geldend maken van aanspraken

De AWBZ stelt inschrijving bij één van de AWBZ-zorgverzekeraars als voorwaarde voor de aanspraak op zorg. De zorgverzekeraar die zich bij de NZa heeft aangemeld om de AWBZ uit te voeren, treedt voor zijn verzekerden op als uitvoeringsorgaan van de AWBZ. Mensen die een zorgverzekering hebben afgesloten zijn daarmee ook verzekerd voor de AWBZ. AWBZ-verzekerden die om wat voor reden dan ook geen zorgverzekering hebben, bijvoorbeeld militairen, kunnen zich bij een zorgverzekeraar 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 een andere zorgverzekering afsluit, gaat ook de inschrijving als AWBZ-verzekerde over naar de nieuwe verzekeraar.

Geldend maken van aanspraken; wachttijdregeling

Iemand die uit het buitenland komt en zich in Nederland vestigt en als gevolg daarvan AWBZ-verzekerd wordt, krijgt te maken met een wachttijd. De wachttijd bedraagt een maand voor elk jaar dat men niet verzekerd was met een maximum van twaalf maanden. De wachttijd geldt voor intramurale zorg waarvan bij aanvang van de verzekering al vaststaat dat deze nodig is, of zorg waarvan wordt verwacht dat die binnen afzienbare tijd nodig is. Dit houdt overigens niet in dat deze persoon uitgesloten is van zorg, maar dat de kosten daarvan niet ten laste van de AWBZ worden gebracht.

Indicatiestelling

Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg, wordt eerst vastgesteld of er zorg nodig is, welke soort zorg en wat de omvang van de zorg is. Dit wordt een indicatiestelling genoemd. Deze zogenoemde indicatiestelling vindt plaats door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Kinderen tot achttien jaar met psychiatrische/psychische problemen kunnen voor een indicatiestelling terecht bij Bureau Jeugdzorg (BJZ). Het CIZ of BJZ zijn onafhankelijke organisaties die de zorgbehoefte onafhankelijk, objectief en integraal vaststellen. De cliënt kan kiezen voor zorg in natura, een persoonsgebonden budget of een combinatie van beiden.

Zorg in natura

Zorg in natura houdt in dat iemand die voor bepaalde zorg is geïndiceerd, zorg ontvangt van een door een zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieder, bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie. Deze zorgaanbieder regelt in overleg met de patiënt de zorgverlening en de administratie ervan. Niet alle zorg hoeft bij 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 zorg in natura. Dit wordt het persoonsgebonden budget (pgb) genoemd. 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 inkoopt. Dat geldt voor een aantal omschreven functies, zoals verpleging, persoonlijke verzorging en begeleiding. Voor de functies behandeling en verblijf krijgt de cliënt geen pgb. Die functies worden altijd in natura geleverd, met uitzondering van kortdurend verblijf, dat voor maximaal twee dagen per week als onderdeel van het pgb kan worden vergoed. De betaling van het pgb vindt plaats per maand, per kwartaal, per half jaar of per jaar. Wel is het zo dat het bedrag dat aan de cliënt wordt uitbetaald, gebaseerd is op circa 75 procent van de kosten van zorg in natura door bezuinigingen op de overheadkosten.

Het pgb geeft cliënten veel vrijheid. Mensen kiezen zelf hun hulpverlener en bepalen zelf wanneer zij die hulp willen ontvangen. Veel mensen met een pgb hechten waarde aan een vaste, zelf gekozen zorgverlener. Vaak is dit een bekende, zoals een buurvrouw of kennis, maar de cliënt kan ook een erkende zorgaanbieder inhuren.

Het pgb brengt ook verplichtingen met zich mee. Zo moet kwalitatief verantwoorde zorg worden ingekocht en moet regelmatig financiële verantwoording aan het zorgkantoor worden afgelegd. Het zorgkantoor is gebonden aan een subsidieplafond. Dit betekent dat het zorgkantoor een vast bedrag beschikbaar heeft om uit te geven aan pgb. Dit bedrag wordt beschikbaar gesteld via het CVZ. Als dat bedrag volledig is uitgegeven, kan het zorgkantoor geen pgb meer toekennen. De verzekerde komt dan op een wachtlijst. Het zorgkantoor kijkt dan of de verzekerde zorg in natura krijgt.

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. Zorginstellingen die zorg willen aanbieden op grond van de AWBZ hebben volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) een toelating van de minister van VWS nodig. Bij de aanvraag wordt getoetst of aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Als het gaat om AWBZ-verblijf dan is een positief standpunt van het zorgkantoor vereist.

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 hoofdstuk 4).

3.7 Zorgaanspraken op grond van de AWBZ

De AWBZ en de daarop gebaseerde regelgeving regelen de aanspraken op AWBZ-zorg.

Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg moet er bij de verzekerde sprake zijn van een bepaalde aandoening, beperking of handicap: een grondslag. Deze AWBZ-grondslagen zijn in de AWBZ omschreven. De AWBZ kent zes grondslagen, namelijk:

- somatische (lichamelijke) ziekte, aandoening of beperking;
- psychogeriatrische aandoening of beperking;
- psychiatrische aandoening of beperking;
- verstandelijke beperking;
- lichamelijke handicap;
- zintuiglijke handicap.

Daarnaast zijn er procedurele regels opgenomen voor bijvoorbeeld het tot gelding brengen van bepaalde aanspraken op zorg, zoals het verkrijgen van voorafgaande toestemming van het uitvoeringsorgaan. Een verzekerde kan AWBZ-zorg krijgen nadat het CIZ heeft vastgesteld dat hij is aangewezen op een bepaalde vorm van zorg.

Eigen bijdrage

Voor de meeste AWBZ-zorg moet een cliënt boven de achttien 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 pgb 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 Bijdrageregeling zorg.

Functiegerichte aanspraken

De AWBZ-aanspraken zijn omschreven in functies. Daarmee staat niet meer het aanwezige zorgaanbod voorop, maar de vraag van verzekerden. Op die manier wordt zorg op maat geleverd. De noodzaak voor de omslag van aanbodsturing 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.

Funcities

Er zijn vijf functies. De functies zijn breed omschreven waardoor er veel vrijheid is om bij het invullen van de geïndiceerde zorg hieraan inhoud te geven in overleg met een zorgaanbieder, namelijk:

- persoonlijke verzorging: bijvoorbeeld het helpen met douchen, wassen op bed, aankleden, scheren, huidverzorging, hulp bij de toiletgang, hulp bij eten en drinken;
- verpleging: bijvoorbeeld wondverzorging, toedienen van medicijnen, geven van injecties, het zelf leren injecteren;
- begeleiding: bijvoorbeeld ondersteuning om de dag te structureren en om beter de regie te kunnen voeren over het eigen leven of hulp bij het leren zorgen voor het eigen huishouden. Individueel maar ook in de vorm van dagbesteding;
- behandeling: specifieke behandeling door een specialist ouderen geneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een gedragswetenschapper;
- 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 na één jaar allemaal AWBZ-producten. Een product bestaat uit één functie of een combinatie van meerdere functies. Ter verduidelijking een voorbeeld.

Mijnheer B. heeft beperkingen als gevolg van dementie in een vergeend stadium en is niet in staat thuis te verblijven. Hij heeft 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 een zorgzwaartepakket. Er zijn verschillende zorgzwaartepakketten afhankelijk van de omvang van de zorgbehoefte en de sector (verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ).

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

3.8 Subsidieregelingen

Met de invoering van de Zvw op 1 januari 2006 is de basis voor de subsidies ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) in de AWBZ opgenomen. Het aantal doelen waarvoor subsidies kunnen worden verstrekt, is beperkt, net als bij de Zvw. In beginsel wordt slechts subsidie 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 Zvw kent de AWBZ nog twee andere doeleinden voor subsidies. Dit zijn het pgb en zwangerschapafbreking door abortusklinieken. Zwangerschapafbrekingen worden niet 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 slechts worden onthouden wegens strijd met het geschreven of ongeschreven recht of het belang van de volksgezondheid.

3.9 Financiering

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, samen 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 belastbare inkomen in de eerste en tweede schijf van de loon-/inkomstenbelasting. In 2011 is het premiepercentage voor de AWBZ 12,15 procent. Voor werknemers houdt de werkgever de premie in op het loon en draagt 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 vijftien jaar en verzekerden ouder dan vijftien die geen zelfstandig belastbaar inkomen genieten, betalen geen premie. De verzekerde betaalt vanaf achttien jaar een eigen bijdrage voor het gebruik van AWBZ-zorg. Deze eigen bijdrage is afhankelijk van de hoogte van het inkomen.

De Belastingdienst draagt de geïnde premies af aan het CVZ die deze middelen in het AFBZ stort. Het 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 voor de uitvoering van de AWBZ. Deze rijksbijdrage wordt jaarlijks aangepast.

3.10 Sturing en toezicht

Taken CVZ

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

- het 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;
- het voorlichten van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en burgers over de aard, inhoud en omvang van de zorgaanspraken;
- het desgevraagd rapporteren aan de minister over voorgenomen beleid betreffende aard, inhoud en omvang van de zorgaanspraken;
- gevraagd en ongevraagd rapporteren aan de minister over feitelijke ontwikkelingen die aanleiding kunnen geven tot wijzigingen van de aard, inhoud en omvang van de zorgaanspraken;
- het 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 NZa

De NZa is belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ (zie paragraaf 1.11 en paragraaf 5.1).

3.11 Geschillen

Klachten

Klachten van verzekerden over de bejegening door een AWBZ-uitvoeringsorgaan worden in eerste instantie geuit bij het uitvoeringsorgaan. Dit orgaan is op grond van de Awb 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, bij 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 moet de beslissing heroverwegen en 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.

3.12 Ontwikkelingen in de AWBZ

De almaar stijgende kosten in de AWBZ zijn de afgelopen jaren een belangrijk punt van discussie. Met het oog op de financiële houdbaarheid wordt al geruime tijd nagedacht over mogelijke hervormingen van de AWBZ. Opties zijn om bepaalde onderdelen over te hevelen naar de Zvw of de Wmo. De discussie hieromtrent duurt voort. Gezien de huidige financieel economische situatie is de roep om hervorming groter geworden.

A close-up photograph of a person's hand and forearm, wearing a dark suit jacket and a gold watch, gripping a silver metal handrail. The handrail is part of a staircase with grey steps. A flag with horizontal stripes of red, white, and blue is draped over the handrail. The text 'nationale beeldbank' is overlaid in the center of the image.

nationale
beeldbank

4

Internationale
aspecten

4.1 Achtergrond

Socialezekerheidsregelingen zijn doorgaans beperkt tot mensen die in dat land wonen of werken. Wanneer mensen in een ander land werken dan waar ze wonen, kan dat ertoe leiden dat ze dubbel of in het geheel niet zijn verzekerd. Dit is belemmerend voor het vrije verkeer van arbeid. Om die situatie te voorkomen, is in het kader van de Europese Unie de Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidstelsels (hierna te noemen: de Verordening) van toepassing. De 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 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 EER bestaat een vergelijkbare regeling 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 Bondsstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen. Daarnaast zijn, doorgaans minder omvattende, met andere landen gesloten bilaterale 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

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

- **Gelijkheid van behandeling**
Onderdanen van andere verdragsluitende partijen hebben bij de toepassing van de nationale sociale zekerheidswetgeving 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 internationale transport en op personen die werkzaam zijn bij diplomatieke posten. Vaak vallen gepensioneerden uitsluitend onder de wetgeving van het land waar zij wonen.

- Samentelling verzekeringstijdvakken

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 verzekeringsoopbaan. Om te voorkomen dat de verzekerde zijn in land A opgebouwde verzekeringstijdvakken weer zou verliezen, tellen deze tijdvakken mee voor het berekenen van een wachttijd in land B.

4.3 Inroepen zorg in het buitenland

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

- Het inroepen van zorg in het buitenland door in Nederland wonende sociaal verzekerden
In gevallen waarin het verlenen van medische zorg noodzakelijk is, hebben verzekerden die in het buitenland verblijven op vertoon van een Europese ziekteverzekeringskaart (*European Health Insurance Card*, EHIC) of een verdragsformulier, recht op medische zorg volgens de wettelijke regeling van het land waar ze verblijven. Dit geldt zelfs wanneer het gaat om zorgvormen die niet zijn opgenomen in het aansprakenpakket 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 EHIC 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 inroepen van zorg op grond van een internationale regeling kan in dit geval ook zorg in het buitenland worden ingeroepen met rechtstreekse toepassing van de zorgpolis (zie paragraaf 1.6)
- In het buitenland wonende Nederlands gepensioneerden en hun gezinsleden, en gezinsleden van in Nederland werkenden
Mensen die in het buitenland wonen en uitsluitend een pensioen uit Nederland hebben, 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 Zvw. 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 land waar zij wonen per gerechtigde doorgaans een vast bedrag waaruit alle medische kosten voor betrokkenen worden betaald. Tegenover dit recht op medische zorg staat dat zij een bijdrage voor dit verdragsrecht verschuldigd zijn. Zij komen

onder dezelfde voorwaarden als Nederlandse verzekerden in aanmerking voor een zorgtoeslag. Betrokkenen dienen zich te melden bij het CVZ. Het CVZ geeft een formulier af voor inschrijving bij het verzekeringsorgaan van het land waar zij wonen en ook de EHIC. Van dit orgaan ontvangen zij een verzekeringsbewijs waarmee zij zorg kunnen inroepen. Dit orgaan geeft ook de EU ziekteverzekeringskaart af of verleent de eventueel benodigde toestemming voor het inroepen van zorg buiten het land waar verzekerde woonachtig is. 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 inroepen in Nederland of in een ander land dat partij is binnen de 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. Naast het recht op zorg in het woonland hebben gepensioneerde verdragsgerechtigden en hun gezinsleden onder de nieuwe Verordening sinds 1 mei 2010 het recht om zonder tussenkomst van het orgaan van de woonplaats zorg in te roepen in Nederland. De gezinsleden van grensarbeiders hadden dit recht al sinds 2006. Zij hebben recht op het Nederlandse pakket en zijn eventuele bestaande eigen bijdragen en het Nederlands verplicht eigen risico verschuldigd.

- Tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse verzekerden
Buitenlandse verzekerden die tijdelijk in Nederland verblijven, hebben hier recht op zorg tijdens hun verblijf, 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 evenals het Nederlandse verplicht eigen risico. Betrokkenen roepen deze zorg in op vertoon van de door hun eigen buitenlandse verzekeringsorgaan afgegeven EHIC 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.
- 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 achttien 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 land waar zij wonen. 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. Hetzelfde geldt voor het Nederlandse verplicht eigen

risico. Betrokkenen moeten zich inschrijven 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 binnen de 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 land waar zij wonen.

4.4 Procedures bij het 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 Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (EU-Werkingsverdrag) 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 (EC) kan instellen, indien deze meent dat lidstaten de Europese regelgeving niet op de 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 einde te maken aan de inbreuk, dan formuleert de EC 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 EC een beroep bij het Europese Hof van Justitie aanhangig maken.

4.5 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 coördinatieregeling, namelijk:

- 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;
- 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.



5

Samenhangende
wetgeving

5.1 Wet marktordening gezondheidszorg

De Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) regelt onder andere 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 die tot andere regulators en toezichthouders¹⁷.

Organisatie NZa

De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan met publiekrechtelijke rechtspersoonlijkheid, 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. De NZa heeft zelf adviescommissies ingesteld waarin zij vertegenwoordigd zijn. Het personeel is in overheidsdienst van de NZa.

Taken NZa

De taken van de NZa zijn:

- markttoezicht houden 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. De tarieven in de gezondheidszorg, voorzover niet van regelgeving uitgesloten (de vrije of vrijgestelde tarieven), worden door de NZa vastgesteld. De minister bepaalt de tariefsoort: vrije-, minimum-, maximum- of bandbreedte tarieven;
- toezicht houden op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zvw, onder meer met betrekking tot de zorgplicht, acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie;
- toezicht houden op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK;
- een partij met aanmerkelijke marktmacht, specifieke verplichtingen opleggen om de zorginkoopmarkt op gang te brengen;
- algemene regels stellen voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars in verband met de transparantie van de markt voor de consument. De NZa heeft de bevoegdheid zelf informatie over transparantie openbaar te maken, als zorgaanbieders of verzekeraars in gebreke blijven. Bij de NZa is ook het meldpunt Zorgfraude ondergebracht voor feiten en omstandigheden die mogelijk niet in overeenstemming zijn met de WVG. Daar kan iedereen terecht met meldingen over declaraties van zorgaanbieders die niet in overeenstemming zijn met de door de NZa vastgestelde tarieven. De NZa stemt over het vervolgtraject af met de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst, de Economische controledienst en het Openbaar Ministerie.

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

¹⁷ De Wet marktordening gezondheidszorg trad op 1 oktober 2006 in werking.

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, het College sanering zorginstellingen (CSZ) 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 ziektekostenverzekeraars ten behoeve van de financiële soliditeit en de AFM het gedragstoezicht op zorgverzekeraars, voor zover het geen zorgspecifiek gedragstoezicht betreft dat bij de NZa berust. Het CSZ komt in actie bij kwesties rond continuïteit van zorg. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg.

5.2 Wet maatschappelijke ondersteuning

Op 1 januari 2007 trad de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking. Op grond van deze wet zijn gemeenten verantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van de maatschappelijke ondersteuning van hun inwoners en de uitvoering daarvan. De Wmo is een participatiewet, wat betekent dat het uitgangspunt is ‘meedoen’. Het gemeentelijke Wmo-beleid moet erop gericht zijn om alle burgers aan de samenleving mee te laten doen, dus ook burgers die om welke reden dan ook kwetsbaar zijn. De lokale overheid is verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning. Deze kan goed aansluiten bij de behoeften en de directe leefomgeving van mensen. Bovendien kan het beleid ten aanzien van de maatschappelijke ondersteuning in samenhang met andere lokale beleidsterreinen tot stand worden gebracht, zoals de bijstand en de volkshuisvesting. In de Wmo zijn onder meer de Welzijnswet 1994 en de Wet voorziening gehandicapten (Wvg) opgegaan, evenals de huishoudelijke verzorging van de AWBZ.

Karakter van de wet

Gemeenten voeren de Wmo uit met een grote mate van beleidsvrijheid. De minister van VWS is verantwoordelijk voor het systeem van de wet, niet voor de wijze waarop individuele gemeenten invulling geven aan het beleid.

De Wmo gaat uit van de zelfredzame burger, die zelf verantwoordelijk is voor deelname aan het maatschappelijke verkeer. Als de burger daar problemen bij ondervindt, dan is het een taak van de gemeente om daarin te ondersteunen.

De gemeenteraad stelt voor ten hoogste vier jaar een plan op waarin de richting van de te nemen besluiten over maatschappelijke ondersteuning wordt aangegeven. Daarnaast zijn gemeenten verplicht tot het vaststellen van een Wmo-verordening, waarin de verstrekking van individuele voorzieningen is geregeld en de voorwaarden waaronder deze worden verstrekt.

Prestatievelden en compensatieplicht

Maatschappelijke ondersteuning bestaat in de Wmo uit negen prestatievelden, namelijk:

- het bevorderen van sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten;
- op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen bij het opgroeien en ondersteuning van ouders met problemen bij opvoeden;
- het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
- het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
- het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en het bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem;
- het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
- maatschappelijke opvang, advies en steunpunten huiselijk geweld;
- openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ);
- ambulante verslavingszorg.

Gemeenten bepalen zelf hoe ze invulling geven aan een prestatieveld. Op deze manier kan de gemeente de Wmo op een eigen wijze vormgeven, toegespitst op de lokale situatie.

Compensatieplicht

Gemeenten hebben een compensatieplicht. Dit betekent dat zij verplicht zijn om ingezetenen met een beperking bij hun zelfredzaamheid en participatie in staat te stellen een huishouden te voeren, zich te verplaatsen in en om de woning, zich per vervoermiddel lokaal te verplaatsen en medemensen te ontmoeten. Daarbij moeten gemeenten rekening houden met de persoonskenmerken en behoeften van de burger en met de capaciteit van de burger zelf in maatregelen te voorzien. De rechter toetst of de gemeenten een goede invulling geven aan deze compensatieplicht.

De gemeente kan op verschillende manieren aan de compensatieplicht voldoen. Dat kan met het verstrekken van een formele individuele voorziening, bijvoorbeeld een rolstoel of een aanpassing in het huis waardoor het mogelijk wordt om een huishouden te voeren of zich in de woning te verplaatsen. Maar ook het aanbieden van collectieve voorzieningen, zoals collectief vervoer, verslavingszorg, buurthulp, vrouwenopvang of het organiseren van informele ondersteuning (burenhulp, vrijwilligerswerk), is een manier om aan de compensatieplicht te voldoen.

De compensatieplicht brengt dus voor de gemeente met zich mee dat deze verantwoordelijk is voor een voldoende en divers aanbod van voorzieningen. Bij de individuele voorzieningen heeft de burger de keuze tussen een voorziening in natura of een persoonsgebonden budget. Met de laatste voorziening krijgt de burger geld waarmee deze zelf de benodigde voorzieningen kan uitkiezen en bekostigen. De besteding van het pgb moet vergelijkbaar en toereikend zijn.

De gemeente moet de maatschappelijke ondersteuning zoveel mogelijk laten verrichten door derden. De meeste collectieve en individuele voorzieningen worden dan ook niet door de gemeente zelf aangeboden, maar door een private partij. Zo wordt de hulp bij het huishouden door private partijen geleverd, zoals thuiszorginstellingen.

Burgerparticipatie

Samenhangend met de beleidsvrijheid van gemeenten op het gebied van de negen prestatievelden, wordt de verantwoording over het gevoerde beleid horizontaal afgelegd. Dit wil zeggen dat gemeenten de verantwoording niet verticaal bij het Rijk afleggen, maar bij van de gemeenteraad en de burger.

Om dit proces goed te laten verlopen is het van belang dat de burger betrokken wordt bij de totstandkoming van het beleid. De meeste gemeenten werken inmiddels met een lokale Wmo-raad, waarin de verschillende belangengroepen die met de Wmo te maken hebben, zijn vertegenwoordigd. Deze raad voorziet de gemeente van advies en wordt vroeg bij de algemene besluitvorming betrokken. Ook andere vormen van burgerparticipatie zijn mogelijk. Gemeenten zijn vrij in de vormgeving daarvan.

Gemeenten zijn in het kader van de horizontale verantwoording tevens verplicht om jaarlijks een vragenlijst over prestaties in te vullen en om de tevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning te onderzoeken. Deze informatie moet jaarlijks vóór 1 juli worden gepubliceerd. Verder is de gemeente verplicht om deze gegevens aan een derde te leveren. Deze door de minister van VWS aangewezen onderzoeksinstituting verzamelt en analyseert deze gegevens en verwerkt ze in rapportages waarin de prestaties van de gemeenten in een betekenisvolle samenhang onderling worden vergeleken. De publicatie hiervan maakt het voor burger en maatschappelijke organisaties mogelijk om de prestaties van gemeenten onderling te vergelijken.

Eigen bijdrage, eigen aandeel

De gemeente kan ervoor kiezen om van de burger die aanspraak maakt op een individuele voorziening in natura of een pgb, een eigen bijdrage te vragen. Dit moet in de gemeentelijke Wmo-verordening zijn geregeld. De hoogte van de eigen bijdragen is gebonden aan wettelijk vastgestelde maximumgrenzen. Het CAK legt de eigen bijdragen op en int deze namens de gemeenten bij de burger.

In de gevallen waarin de gemeente een financiële vergoeding aan de burger geeft voor een voorziening, bijvoorbeeld voor een woningaanpassing, kan de gemeente van de burger een eigen

aandeel vragen. Dit betekent dat de hoogte van de financiële vergoeding, evenals de eigen bijdrage, mede afhankelijk is van de hoogte van het inkomen van degene aan wie de voorziening is verleend en van zijn echtgenoot. Het eigen aandeel wordt ingehouden door de gemeente zelf. Ook de hoogte van het eigen aandeel is aan wettelijk vastgestelde maximumgrenzen gebonden

Het CAK zorgt er voor dat geen cumulatie van verschillende eigen bijdragen en het eigen aandeel op grond van de Wmo en de AWBZ boven het maximum plaatsvindt.

5.3 Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten

Sinds januari 2009 geldt de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg). Wie chronisch ziek of gehandicapt is, heeft vaak extra kosten. De Wtcg regelt dat chronisch zieken en gehandicapten hiervoor een tegemoetkoming ontvangen. De Wtcg vervangt de regeling buitengewone uitgaven bij de aangifte inkomstenbelasting. Bij deze regeling konden ziektekosten worden afgetrokken van het belastbaar inkomen. Daardoor werd de belasting lager of kregen mensen zelfs geld terug. De Wtcg bestaat uit een aantal maatregelen om het afschaffen van de regeling buitengewone uitgaven te compenseren. Hieronder worden deze maatregelen kort toegelicht.

Een algemene tegemoetkoming

Chronisch zieken en gehandicapten krijgen jaarlijks automatisch een algemene tegemoetkoming als zij aan een of meerdere voorwaarden voldoen. Of een persoon in aanmerking komt voor een algemene tegemoetkoming en om welk bedrag het gaat, hangt af van de leeftijd en het zorggebruik.

Om over 2009 in aanmerking te komen voor de tegemoetkoming moet men voldoen aan een of meer van de volgende criteria, namelijk:

- in 2009 een indicatie hebben gehad voor minstens 26 weken AWBZ-zorg in een zorginstelling (minimaal één etmaal per week verblijf in een AWBZ-instelling) of aan huis (minimaal één uur of dagdeel per week);
- in 2009 minstens 26 weken hulp bij het huishouden *in natura* hebben gehad via de Wmo (in 2009 telt hulp bij het huishouden via een pgb nog niet mee);
- in 2008 opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis voor een ernstige chronische aandoening, zoals kanker, cystische fibrose (taaislijmziekte), aandoeningen van de alvleesklier, chronische bronchitis en longemfyseem (COPD), astma, hart- en nieraandoeningen, Parkinson of ernstige letsels;
- in 2008 revalidatiezorg hebben gehad in of door een erkend revalidatiecentrum;
- in 2009 fysio- of oefentherapie hebben gehad vanwege een chronische aandoening;
- in 2009 intensief bepaalde medicijnen hebben gebruikt. Voor een aantal medicijnen geldt dat deze pas recht geven wanneer ook bepaalde hulpmiddelen vergoed zijn gekregen.

Van personen die aan deze voorwaarden voldoen worden de naam, adres en woonplaats (NAW-gegevens) met burgerservicenummer en geboortedatum door de zorgverzekeraars en het CIZ aangeleverd bij het CAK, die de tegemoetkoming vervolgens vaststelt en uitkeert aan de rechthebbenden. Daarnaast geldt in alle gevallen dat personen in Nederland verzekerd moeten zijn voor ziektekosten op grond van de Zvw en de zorg in Nederland genoten moet hebben.

De Wtcg kent een hoge en een lage tegemoetkoming. De hoogte van de tegemoetkoming hangt onder andere af van leeftijd, het zorggebruik en of een persoon thuis woont of in een zorginstelling. Wie in het jaar waarover de tegemoetkoming gaat 65 jaar of ouder was krijgt 150 of 350 euro. Wie jonger was dan 65 jaar krijgt 300 of 500 euro. De tegemoetkoming is vrijgesteld van inkomstenbelasting en heeft geen invloed op de hoogte van de aftrekposten bij de belastingaangifte.

	Jonger dan 65	Ouder dan 65
Lage tegemoetkoming	300	150
Hoge tegemoetkoming	500	350

Het CAK keert de tegemoetkoming jaarlijks achteraf uit. De tegemoetkoming over 2010 wordt dus in het najaar van 2011 uitgekeerd. Wie recht heeft op een tegemoetkoming, krijgt in het najaar van 2011 automatisch bericht. Het CAK maakt het betreffende bedrag eind 2011 over op de rekening van de rechthebbende. De rechthebbende hoeft daar zelf niets voor te doen.

Korting op de eigen bijdrage AWBZ/Wmo

Bij de inkomstenbelasting zijn eigen bijdragen voor geleverde zorg sinds 2009 niet meer aftrekbaar van de belasting. Onder de volgende voorwaarden bestaat recht op korting op de eigen bijdrage voor AWBZ-zorg of de Wmo:

- Zorg met verblijf
Wie in een AWBZ-instelling woont, betaalt sinds januari 2009 een lagere eigen bijdrage. De korting is acht procent voor mensen van 65 jaar of ouder en zestien procent voor mensen jonger dan 65.
- Zorg zonder verblijf/Wmo
Bij zelfstandig wonen en thuiszorg vanuit de AWBZ geldt een korting van 33 procent. Dat geldt ook bij een pgb.

Een nieuwe fiscale regeling voor specifieke zorgkosten

Vanaf 2009 is er een nieuwe fiscale regeling voor specifieke zorgkosten. Specifieke zorgkosten zijn aftrekbaar van de belasting voor zover er voor deze kosten geen vergoeding of tegemoetkoming heeft plaatsgevonden, bijvoorbeeld via de (aanvullende) zorgverzekering of de bijzondere bijstand. De algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten telt niet als vergoeding voor specifieke zorgkosten.

Onderstaande uitgaven blijven aftrekbaar, namelijk:

- uitgaven voor voorgeschreven medicijnen en geneeskundige hulp;
- extra gezinshulp;
- extra kleding en beddengoed;
- een dieet op medisch voorschrift;
- hulpmiddelen (zoals steunzolen of een kunstgebit);
- ziekenbezoek en vervoer.

Sinds 2009 zijn de volgende uitgaven niet meer aftrekbaar, namelijk:

- de eigen bijdragen AWBZ/Wmo;
- de premie voor de aanvullende verzekering;
- uitgaven voor begrafenissen, crematie, bevalling en kraamhulp;
- uitgaven voor brillen, glazen, lenzen en ooglaserbehandelingen;
- uitgaven voor ouderdom, arbeidsongeschiktheid en/of chronische ziekte en de huisapotheek;
- de kosten van adoptie (het ministerie van Justitie maakt voor deze kosten een afzonderlijke, niet-fiscale regeling).

Compensatie ouderen

Bij de regeling buitengewone uitgaven konden 65-plussers vanwege hun leeftijd een vast bedrag optellen bij de bijzondere uitgaven. In plaats daarvan krijgen zij vanaf januari 2009 een hogere toeslag op de uitkering op grond van de Algemene Ouderdomswet (de AOW-tegemoetkoming). Verder zijn de fiscale ouderenkorting en de inkomensgrens voor deze korting verhoogd. Daardoor komen meer ouderen in aanmerking voor de ouderenkorting. Ook de inkomensgrens voor huurtoeslag voor ouderen is verhoogd.

Compensatie arbeidsongeschikten

Bij de regeling buitengewone uitgaven mochten arbeidsongeschikten een vast bedrag aftrekken. Daarvoor in de plaats is een jaarlijkse tegemoetkoming van 350 euro netto gekomen. Die is bedoeld voor mensen die ten minste 35 procent arbeidsongeschikt zijn, AWBZ-verzekerd zijn en een arbeidsongeschiktheidsuitkering van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen krijgen. Het maakt niet uit of dat een uitkering op grond van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering-, Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen- (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten- en Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten-), de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening voor jonggehandicapten- of de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen is.

5.4 Compensatie eigen risico

In bepaalde gevallen kunnen verzekerden tegemoetkoming krijgen om het eigen risico te compenseren. Het CAK keert dit bedrag automatisch uit aan degenen die er recht op hebben.

Voor wie is de compensatie eigen risico?

Voor de compensatie eigen risico komen in aanmerking:

- mensen die op 1 juli 2010 ten minste een half jaar aaneengesloten in een AWBZ-instelling verbleven. Dit zijn verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor lichamelijk gehandicapten, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor beschermd wonen;
- mensen die in 2007 én in 2008 in een ziekenhuis of door een medisch specialist voor bepaalde aandoeningen zijn behandeld;
- mensen die een bepaalde chronische aandoening hebben waarvoor in 2008 én in 2009 meer dan 180 standaard dagdoseringen van specifieke stoffen van geneesmiddelen zijn afgeleverd. Een standaard dagdosering is een internationaal vastgestelde maat voor de hoeveelheid werkzame stof in geneesmiddelen die een volwassene gemiddeld per dag gebruikt.

Lijst met aandoeningen

De compensatie geldt voor mensen die geneesmiddelen gebruiken voor de volgende aandoeningen, namelijk:

- aandoeningen aan hersenen en ruggenmerg;
- astma en COPD;
- cystic Fibrosis/Pancreas aandoeningen;
- diabetes type I en II;
- epilepsie;
- glaucoom;
- groeihormonen;
- hartaandoeningen;
- HIV/AIDS;
- kanker;
- nieraandoeningen;
- Parkinson;
- psychische aandoeningen;
- reuma;
- schildklieraandoeningen;
- transplantaties;
- ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa.

5.5 Wet cliëntenrechten zorg

De Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) geeft cliënten recht op goede zorg. Ook moeten zij kunnen meepraten over de inrichting en uitvoering daarvan. Hiervoor hebben zij een stevige juridische positie nodig. Om die te realiseren, heeft het kabinet in 2008 het programma Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie opgesteld. Dat is gebeurd in nauw overleg met cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars. Op basis van dit programma heeft het kabinet nu een wetsvoorstel Wcz geschreven. De inwerkingtreding van de Wcz is afhankelijk van goedkeuring door achtereenvolgens de Tweede en de Eerste Kamer.

Met de Wcz wil het kabinet de individuele en collectieve rechtspositie van de cliënt versterken en verduidelijken. De wet geeft cliënten recht op goede zorg, niet alleen bij de individuele geneeskundige behandeling maar in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders in de gehele keten van zorg. De cliënt kan straks gemakkelijker kiezen voor de zorgaanbieder die bij hem en zijn zorgvraag past. Wie niet tevreden is, kan daarover eenvoudiger en effectiever een klacht indienen.

De Wcz regelt niet alleen de rechten en plichten van de cliënt, maar ook de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor de kwaliteit van zorg. Door de regels over de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt op te nemen in één wettelijke regeling, zijn de rechten en plichten van beide partijen beter op elkaar afgestemd.

De cliënt centraal

Het kabinet wil zorg dragen voor zorg die goed, veilig, tijdig beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar is voor iedereen. In het Nederlandse zorgstelsel staat de cliënt centraal. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers moeten de zorg inrichten en vormgeven vanuit het perspectief van de cliënt. Naast de praktische betekenis die de Wcz heeft voor de onderlinge verhouding tussen zorgaanbieder en cliënt, staat het wetsvoorstel ook symbool voor de omslag in het denken over de regie en de sturing van de zorg.

De basis voor goede zorg is de vertrouwensband tussen cliënt en zorgaanbieder. Uitgaande van wederzijds vertrouwen kan de zorgaanbieder alle relevante vragen stellen aan de cliënt en met hem de mogelijkheden voor de zorgverlening doornemen. De cliënt moet er in die vertrouwensrelatie op kunnen rekenen dat de zorg goed is en dat zijn rechten door de zorgaanbieder gerespecteerd worden.

De cliënt moet op zijn beurt de zorgaanbieder in staat stellen goede zorg te verlenen. De zorgaanbieder mag van cliënten verwachten dat zij meewerken aan de behandeling, verpleging en verzorging. Dat betekent dat de cliënt verantwoordelijk is voor het zo goed mogelijk informeren van de zorgaanbieder, voor het meedenken en meebeslissen over behandeling en instructies, het opvolgen van adviezen en het in acht nemen van leefregels. Dit alles moet de wederzijdse relatie tussen cliënt en zorgaanbieder via tweezijdige algemene voorwaarden een duidelijke plek geven in de zorgpraktijk. In de sector verpleging, verzorging en thuiszorg zijn deze inmiddels tot stand gekomen.

Waarom een nieuwe wet?

De rechten van cliënten en de bijbehorende verplichtingen voor zorgaanbieders zijn in verschillende wetten vastgelegd. Dat maakt het voor de cliënt moeilijk om na te gaan wat zijn rechten zijn. Voor de zorgaanbieder is het lastig om zijn verplichtingen in onderling verband te zien. Door de regels uit bestaande wetten samen te voegen tot één nieuwe wet, wordt de rechtspositie van de cliënt geregeld in samenhang met voorschriften voor het functioneren van zorgaanbieders. Het opstellen van één wettelijke regeling ondersteunt daarnaast het streven naar meer samenhang in de zorg, bijvoorbeeld tussen de eerste en de tweede lijn en tussen langdurige en curatieve zorg. Ook bevordert het de transparantie voor alle betrokkenen; een belangrijk middel om de kwaliteit van de zorg en de invloed van de cliënt te vergroten.

Afkortingenlijst

AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AFM	Autoriteit Financiële Markten
AOW	Algemene Ouderdomswet
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Awir	Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BSN	Burgerservicenummer
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CPB	Centraal Plan Bureau
CVZ	College voor zorgverzekeringen
CSZ	College sanering zorginstellingen
dbc	Diagnose behandelcombinatie
DKG's	diagnose kostengroepen
DNB	De Nederlandsche Bank
EER	Europese Economische Ruimte
EHIC	European Health Insurance Card (Europese ziektekostenverzekeringskaart)
EU	Europese Unie
EU-Werkingsverdrag	Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie
FKG's	Farmaceutische kostengroepen
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
gvs	Geneesmiddelenvergoedingensysteem
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
MOOZ	Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
pgb	persoonsgebonden budget
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
de Verordening	de Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wcz	Wet cliëntenrechten zorg
WFD	Wet financiële dienstverlening

WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wtcg	Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten
Wtz 1998	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
WZT	Wet op de zorgtoeslag
Zvw	Zorgverzekeringswet

Meer informatie over internationale aspecten van de Zorgverzekeringswet en AWBZ is opgenomen in de afzonderlijke VWS-brochure: Uw ziektekostenverzekering als u in het buitenland woont. Deze brochure is te downloaden van www.rijksoverheid.nl/zorgverzekering.

Wetten

Algemene wet bestuursrecht (Staatsblad 1992, 315), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 29 april 2010 (Staatsblad 2010, 228)

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Staatsblad 1992, 392), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 25 juni 2009 (Staatsblad 2009, 265)

Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (Staatsblad 2005, 344), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 23 december 2009 (Staatsblad 2009, 610 en 611)

Grondwet (Staatsblad 1815, 45), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 22 augustus 2008 (Staatsblad 2008, 348)

Mededingingswet (Staatsblad 1997, 242), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 25 juni 2009 (Staatsblad 2009, 265)

Verordening (EG) nr. 883/04 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (PB nr. L 149 van 5.7.1971)

Welzijnswet (Staatsblad 1994, 447), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 30 november 2006 (Staatsblad 2006, 625). Vervallen en in zijn geheel vervangen door de Wet maatschappelijke ondersteuning

Werkloosheidswet (Staatsblad 1986, 566), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 17 februari 2010 (Staatsblad 2010, 72)

Wet financiële dienstverlening, Wet van 12 mei 2005 (Staatsblad 2005, 339), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 20 november 2006 (Staatsblad 2006, 591)

Wet inkomstenbelasting 2001 (Staatsblad 2000, 215), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 7 juli 2010 (Staatsblad 2010, 296)

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Staatsblad 1993, 655), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 20 mei 2010 (Staatsblad 2010, 200)

Wet op de zorgtoeslag, Wet van 16 juni 2005 (Staatsblad 2005, 369), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 29 oktober 2009 (Staatsblad 2009, 486)

Wet voorzieningen gehandicapten (Staatsblad 545, 1993), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 6 oktober 2005 (Staatsblad 2005, 530). Vervallen en in zijn geheel vervangen door de Wet maatschappelijke ondersteuning

Wet tarieven gezondheidszorg (Staatsblad 1980, 646), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 20 oktober 2005 (Staatsblad 2005, 571). Vervallen en in zijn geheel vervangen door de Wet marktordening gezondheidszorg

Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Staatsblad 1994, 252), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 5 juli 2006 (Staatsblad 2006, 355). Vervallen en in zijn geheel vervangen door de Wet op het financieel toezicht

Ziekenfondswet (Staatsblad 1992, 391), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 23 december 2004 (Staatsblad 2004, 725). Vervallen en in zijn geheel vervangen door de Zorgverzekeringswet

Ziektewet (Staatsblad 1913, 204), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 17 februari 2010 (Staatsblad 2010, 72)

Zorgverzekeringswet (Staatsblad 2005, 358), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 29 oktober 2009 (Staatsblad 2009, 486)

Wet maatschappelijke ondersteuning (Staatsblad 2006, 351), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 4 juni 2010 (Staatsblad 2010, 269)

Wet marktordening gezondheidszorg (Staatsblad 2006, 415), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 25 juni 2009 (Staatsblad 2009, 265)

Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Staatsblad 2008, 606), laatstelijk gewijzigd bij Wet van 29 april 2010 (Staatsblad 2010, 228)

Wetsvoorstellen

Wet cliëntenrechten zorg (Kamerstukken II 2010, 32 402)

