Wijziging van de Zorgverzekeringswet en enige andere wetten teneinde deze wetten door middel van een beperkt aantal aanpassingen te actualiseren (Wet onderhoud Zorgverzekeringswet)

MEMORIE VAN TOELICHTING

Algemeen

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Regelen dat zorgverzekeraars een Dienst van Algemeen Economisch Belang uitvoeren
3. Uitbreiding van de mogelijkheden om onderzoek te doen naar de vraag of vormen van curatieve zorg wel onder de dekking van de zorgverzekering moeten blijven vallen
4. Wijziging datum bekendmaking nominale premie
5. Bijdrage uit het Ouderdomsfonds voor de toepassing van de 50/50-regel beschouwen als inkomensafhankelijke bijdrage
6. Actualisatie bepalingen risicoverevening
7. Anonieme gezondheidszorg aan bedreigde personen
8. Toevoegen van Zwitserland aan de werkingssfeer van artikel 68b Zvw
9. Uitvoering en regeldruk
10. Budgettaire gevolgen
11. Advies en consultatie
12. Gevolgen voor Caribisch Nederland
13. Inwerkingtreding en communicatie

1. Inleiding

Wetten behoeven onderhoud. Daarom wordt vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) eens in de zoveel jaar een wetsvoorstel geëntameerd om wetstechnische reparaties in de VWS-wetten aan te brengen. Het gaat bij dergelijke 'Veeg-' of 'Verzamelwetten' vooral om herstel van onjuiste verwijzingen of ongelukkige formuleringen, waaronder taalfouten.

Dergelijke wetten zijn echter niet bedoeld voor het codificeren van beleidswijzigingen. Daarvoor worden afzonderlijke wetsvoorstellen opgesteld. Voorliggend wetsvoorstel bevat een aantal voorstellen tot wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) met een beperkte beleidsmatige impact. Dit komt grotendeels doordat de voorstellen reeds bestaand beleid in de regelgeving vastleggen. Enkele voorstellen maken het mogelijk om de lagere regelgeving die op de Zvw gebaseerd is, te verbeteren. In de hoofdstukken 2 tot en met 8 van het algemeen deel van deze memorie van toelichting wordt op de wijzigingsvoorstellen ingegaan. Gelet op de beperkte impact van de afzonderlijke wijzigingen, is besloten om ze in één wetsvoorstel op te nemen, en dit wetsvoorstel de citeertitel 'Wet onderhoud Zorgverzekeringswet' te geven.

In verband met de voorgestelde wijzigingen in de Zvw dienen overigens ook enkele wijzigingen in de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) te worden aangebracht.

2. Regelen dat zorgverzekeraars een Dienst van Algemeen Economisch Belang uitvoeren

2.1 Aanleiding voorstel

De Zvw trad op 1 januari 2006 in werking en beoogde te voorzien in een privaatrechtelijk, solidair verzekeringsstelsel voor curatieve zorg. Op hoofdlijnen ziet dat stelsel er als volgt uit. De Zvw verplicht mensen die in Nederland wonen (ingezetenen) en niet-ingezetenen die in Nederland in loondienst werken (verder: verzekeringsplichtigen) om een zorgverzekering (privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst) te sluiten met een privaatrechtelijke zorgverzekeraar. Zij mogen ieder jaar van zorgverzekering (al dan niet bij een andere zorgverzekeraar) wisselen. De

CONCEPT

zorgverzekering dient een bij en krachtens de Zvw omschreven pakket aan curatieve zorg (verder: Zvw-pakket) te dekken. Een zorgverzekeraar dient een verzekeringsplichtige voor iedere zorgverzekering die hij aanbiedt, te accepteren (acceptatieplicht). Voor iedere zorgverzekering dient hij een vaste nominale premie te vragen. De premie mag dus niet afhankelijk zijn van verzekerdenkenmerken (verbod op premiedifferentiatie). De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie kunnen ertoe leiden dat de zorgverzekeraars qua verzekerdenportefeuilles niet in een gelijke uitgangspositie verkeren, met als gevolg het risico dat de concurrentie om verzekerden niet eerlijk zou verlopen. Om dit effect weg te nemen, worden de voorspelbare risicoverschillen in de verzekerdenportefeuilles door middel van een aan de zorgverzekeraars te verstrekken 'risicovereveningsbijdrage' verevend.

De zorgverzekeraars ontvangen ongeveer de helft van het geld dat zij nodig hebben voor het aanbieden en uitvoeren van hun zorgverzekeringen van hun verzekerden (nominale premies[1] en eigen betalingen, waaronder het verplicht eigen risico). De rest ontvangen zij in de vorm van de 'risicovereveningsbijdrage' van Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut). Deze vereveningsbijdrage wordt op zijn beurt bekostigd uit inkomensafhankelijke bijdragen (IAB)[2] en een rijksbijdrage voor de zorgverzekering van verzekerden onder de achttien jaar (waarvoor geen nominale premie verschuldigd is).

De inkomensafhankelijke bijdragen zijn door de wetgever bepaalde percentages over het loon of ander inkomen, die – tegelijk met de premies voor de overige sociale verzekeringen – door de werkgever of uitkeringsinstantie van de verzekerde of door de verzekerde zelf aan de Belastingdienst moeten worden betaald. De rijksbijdrage wordt uit de algemene belastingen betaald.

De risicovereveningsbijdragen vormen daarmee overheidsbijdragen en derhalve staatssteun in de zin van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Het VWEU verbiedt het verstrekken van staatssteun aan private partijen, tenzij de Europese Commissie hier goedkeuring voor heeft verleend.

Voorafgaande aan de inwerkingtreding van de Zvw per 1 januari 2006, is het risicovereveningssysteem aan de Europese Commissie voorgelegd. Zij verklaarde op 3 mei 2005 dat het risicovereveningssysteem verenigbaar was met het toenmalige EG-verdrag.[3]

Inmiddels zijn de staatssteunregels in de Europese Unie gewijzigd door de inwerkingtreding van de Kaderregeling DAEB in 2012. De regering acht nu voldoende duidelijk hoe deze Richtlijn toe te passen is op het zorgverzekeringsstelsel van de Zvw en brengt met voorliggende wijziging de Zvw in lijn met de Kaderregeling.

Een van de gronden waarop de Europese Commissie goedkeuring voor de verstrekking van staatssteun kan verlenen, is dat deze compensatie vormt voor het verrichten van een dienst van algemeen economisch belang (DAEB). Weliswaar verrichten de zorgverzekeraars met het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen in de zin van de Zvw inderdaad een DAEB, maar dat is niet met zoveel woorden in de Zvw geregeld. Met voorliggend wetsvoorstel wordt dit alsnog gedaan.

Voorts zal het risicovereveningsstelsel zo gewijzigd worden, dat overcompensatie van zorgverzekeraars voor het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen nog beter kan worden voorkomen. Dit zal met name op het niveau van de lagere regelgeving zijn beslag krijgen. In paragraaf 6 van deze toelichting wordt hier nader op ingegaan.

---

[1] Strikt genomen is niet de verzekerde verplicht om de nominale premie te betalen, maar degene die de verzekering heeft gesloten, dat wil zeggen de verzekeringnemer. Bij de zorgverzekeringen zijn verzekeringnemer en verzekerde echter vrijwel altijd dezelfde persoon.
[2] Inclusief een afdracht door de Sociale Verzekeringsbank van het verschil tussen het hoge en lage IAB-tarief over uitkeringen op grond van de Algemene Ouderdomswet (AOW). Zie ook hoofdstuk 5 van deze toelichting.
[3] C(2005)1329 fin.

Gelet op het voorgaande beperkt dit hoofdstuk zich verder tot een uiteenzetting van de wijze waarop de zorgverzekeraars met dit wetsvoorstel met de uitvoering van de DAEB worden belast.

2.2 Inhoud voorstel

a. Inhoud DAEB

De eerste vraag die beantwoord moet worden, is hoe de DAEB waarmee de zorgverzekeraars moeten worden belast, het best omschreven kan worden. Deze vraag is eenvoudig te beantwoorden. In artikel 1 van de Zvw is op dit moment al opgenomen dat een zorgverzekeraar een (privaatrechtelijke) verzekeringsonderneming is, voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert. Ook is omschreven wat een zorgverzekering is, namelijk een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens de Zvw geregeld niet te boven gaan. Dientengevolge kan de omschrijving van de DAEB zich beperken tot 'het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen'.

b. Iedere zorgverzekeraar voert de DAEB uit (geen selectie)

De Zvw voorziet in een privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel. Dat brengt met zich dat de Richtlijn Solvabiliteit II[4] van de Europese Unie (EU) van toepassing is. Uitgangspunt van die richtlijn is dat een privaatrechtelijke schadeverzekeraar uit een EU-lidstaat die van de prudentiële toezichthouder in die lidstaat een vergunning heeft om het private schadeverzekeringsbedrijf in een bepaalde verzekeringsbranche uit te voeren[5], zijn verzekeringen in die branche in de hele EU mag aanbieden en uitvoeren. In concreto: iedere privaatrechtelijke schadeverzekeraar uit een EU-lidstaat met een geldige vergunning voor de branche 'Ziekte', dient toegang te krijgen tot de markt van zorgverzekeringen als bedoeld in de Zvw. De Nederlandse wetgever mag geen extra toestemmings- of vergunningseisen invoeren.

Dat heeft de Nederlandse wetgever dan ook niet gedaan. Wel is in de Zvw geregeld dat een verzekeraar die zorgverzekeringen wil gaan aanbieden en uitvoeren, dit met de voorgenomen ingangsdatum daarvan aan de NZa meldt (art. 25, eerste lid, Zvw). De NZa zendt het Zorginstituut onverwijld een kopie van de melding (art. 26, derde lid, Zvw).

De verzekeraar die zorgverzekeringen wil gaan aanbieden en uitvoeren dient ook zijn modelovereenkomsten[6] voor zijn zorgverzekeringen aan de NZa over te leggen. Deze gaat dan na of deze modellen goede modellen voor een zorgverzekering zijn, dat wil zeggen of een ziektekostenverzekering die volgens zo'n model gesloten wordt, een zorgverzekering in de zin van de Zvw oplevert. Immers, voorkomen moet worden dat een zorgverzekeraar een ziektekostenverzekering als zorgverzekering aanbiedt die niet aan de bij of krachtens de Zvw gestelde eisen voldoet en dientengevolge de verzekerde mogelijk niet de bescherming biedt, die hem gelet op de Zvw geboden dient te worden. Daarnaast heeft een zorgverzekeraar slechts recht op risicovereveningsbijdragen voor zijn zorgverzekeringen, en niet (ook) voor andere ziektekostenverzekeringen. De NZa zal de overgelegde modellen dus bestuderen. Constateert de NZa gebreken in de modellen, dan zal zij de verzekeraar adviseren de modellen zo aan te passen, dat deze wél goede modellen voor een zorgverzekering zijn. De verzekeraar zal ze dan aanpassen. Desgewenst zendt de NZa de zorgverzekeraar een bestuurlijk rechtsoordeel, inhoudende dat een ingevolge zijn modellen gesloten verzekering, een zorgverzekering is.

---

[4] Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II) (PbEU 2009 L 335).

[5] In Nederland worden deze vergunningen afgegeven door De Nederlandsche Bank (DNB).

[6] Een zorgverzekeraar mag meerdere soorten zorgverzekeringen aanbieden. Bijvoorbeeld een zorgverzekering die zorg alleen in natura verzekert (naturapolis) en een zorgverzekering die een deel van de zorg in natura verzekert, en een ander deel op restitutiebasis (combinatiepolis). In dat geval zal hij meerdere modelovereenkomsten aan de NZa zenden. Hij mag overigens ook slechts één soort zorgverzekering op de markt brengen. In dat geval zal hij slechts één model naar de NZa zenden.

Op basis van de doorzending, door de NZa, van de aanmelding als zorgverzekeraar kan het Zorginstituut vereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraar gaan toekennen (art. 32, eerste lid, Zvw). Daarbij geldt dat iedere zorgverzekeraar recht heeft op een vereveningsbijdrage, waarvan de hoogte wordt vastgesteld op basis van risicovereveningsregels die voor alle zorgverzekeraars gelijk zijn.

Omdat iedere privaatrechtelijke schadeverzekeraar met een vergunning voor de verzekeringsbranche 'Ziekte' zorgverzekeringen mag gaan aanbieden en uitvoeren, wordt ingevolge voorliggend wetsvoorstel iedere zorgverzekeraar belast met een DAEB.

Gelet op het voorgaande beperkt het wetsvoorstel zich tot het bepalen dat het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen een DAEB is in de zin van artikel 106, tweede lid, van het VWEU. Iedere schadeverzekeraar die over eerderbedoelde vergunning beschikt en dit gaat doen, voert daarmee de DAEB uit en krijgt recht op risicovereveningsbijdrage. Zoals aangegeven onder a, wordt een schadeverzekeraar door het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen overigens ook zorgverzekeraar.

c. Duur van de DAEB

Uit de Kaderregeling DAEB volgt dat een lidstaat die compensatie biedt voor het uitvoeren van een DAEB periodiek nagaat of dit nog nodig is en of het bedrag aan compensatie nog adequaat is (dat wil zeggen: voldoende voor het kunnen uitvoeren van de DAEB, maar geen overcompensatie).

De regering is voornemens om dit eens in de tien jaar te doen. De lengte van deze termijn is gebaseerd op onderzoek naar de afschrijftermijnen van niet-overdraagbare activa van zorgverzekeraars.

Het voorgaande brengt met zich dat het risicovereveningssysteem eens in de tien jaar voor goedkeuring aan de Europese Commissie zal worden aangeboden. Dientengevolge is in het wetsvoorstel opgenomen dat zorgverzekeraars de DAEB verrichten tot een bij ministeriële regeling te bepalen datum. In de Regeling zorgverzekering (Rzv) zal de datum worden opgenomen waarop een goedkeuring verloopt. Een en ander brengt met zich dat schadeverzekeraars die gedurende zo'n periode van tien jaar de zorgverzekeringsmarkt betreden, de DAEB in eerste instantie voor een kortere periode zullen uitvoeren.

Uiteraard streeft de regering ernaar om ruim voor de afloop van iedere tienjaarsperiode een nieuwe goedkeuring van het risicovereveningssysteem te verkrijgen, zodat de in de Rzv op te nemen datum tijdig met tien jaar kan worden verlengd en de zorgverzekeraars zonder onderbreking de DAEB kunnen blijven uitvoeren en de risicovereveningsbijdragen kunnen blijven ontvangen.

Ervan uitgaande dat voorliggend wetsvoorstel op 1 januari 2028 in werking zal kunnen treden, zal de eerste tienjaarsperiode lopen van 1 januari 2028 tot 1 januari 2038.[7]

d. Openbaar register

Met het oog op de transparantie wordt met voorliggend wetsvoorstel geregeld dat de NZa, waaraan de zorgverzekeraar krachtens het al bestaande artikel 25 Zvw zijn toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt dient te melden, een openbaar register instelt en beheert waarin zij registreert welke zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt werkzaam zijn en dientengevolge de DAEB uitvoeren.

[7] Indien het risicovereveningssysteem tussentijds aanzienlijk gewijzigd wordt, zal ook daar voorafgaande toestemming van de Europese Commissie voor nodig zijn. In dat geval zal in de Rzv een nieuwe periode van tien jaar worden opgenomen, die gaat lopen vanaf het moment waarop de door de Commissie goedgekeurde wijziging in werking treedt.

2.3 Overige relevante onderwerpen

a. Gescheiden administratie

De staatssteunregels eisen dat een zorgverzekeraar de financiële administratie benodigd voor de uitvoering van de hiervoor bedoelde DAEB, gescheiden houdt van de administratie benodigd voor de uitvoering van zijn eventuele andere werkzaamheden. [8] Dit opdat in de interne boekhouding van de zorgverzekeraar nagegaan kan worden of de verstrekte vereveningsbijdrage geen overcompensatie voor de DAEB vormt. Uit artikel 25b, eerste lid, van de Mededingingswet (Mw) volgt dat ondernemingen die compensatie ontvangen voor het verrichten van een DAEB de lasten en baten voor het verrichten van deze DAEB gescheiden dienen te administreren van andere activiteiten. Zij dienen de geadministreerde gegevens gelet op artikel 25b, tweede lid, Mw vijf jaar na het boekjaar waarop de gegevens betrekking hebben, te bewaren. Ook uit het eerste lid van artikel 10 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW) volgt in casu de plicht tot gescheiden administreren. De zorgverzekeraars zijn immers rechtspersonen en het afzonderlijke administreren van de gegevens die nodig zijn voor het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen, is noodzakelijk voor een juiste berekening van de risicovereveningsbijdragen. Zowel uit artikel 25b Mw als artikel 2:10 BW volgt derhalve de plicht voor zorgverzekeraars om het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen en daarmee de DAEB gescheiden te administreren van eventuele andere activiteiten. De zorgverzekeraars doen dit in de praktijk ook al. Gelet op het voorgaande is het niet nodig om dit ook nog specifiek voor de zorgverzekeraars in de Zvw te regelen.

Op grond van artikel 2:10, derde lid, BW dienen rechtspersonen hun boeken, bescheiden en andere gegevensdragers overigens gedurende zeven jaren te bewaren. Wat betreft de bewaartermijn vormt artikel 2:10, derde lid, BW een lex specialis ten opzichte van artikel 25b, tweede lid, Mw. Om die reden dienen de zorgverzekeraars de gegevens in hun administratie dan ook zeven jaar te bewaren.[9]

b. Publicatie verstrekte vereveningsbijdragen

Zoals in het voorgaande aangegeven, verstrekt het Zorginstituut de risicovereveningsbijdragen. Daartoe kent zij de zorgverzekeraars in het jaar voorafgaande aan het kalenderjaar waarvoor de bijdragen zullen worden betaald op basis van ramingen 'ex ante' een bijdrage toe.[10] Na dat kalenderjaar wordt de risicovereveningsbijdrage waar een zorgverzekeraar over dat jaar recht had door het Zorginstituut 'ex post' vastgesteld op basis van zijn werkelijke verzekerdenaantallen en hun werkelijke verzekerdenkenmerken.[11] In hoofdstuk 6 wordt hier nader op ingegaan.

De berekening van de definitieve vereveningsbijdrage voor iedere zorgverzekeraar is een ingewikkeld proces, dat enkele jaren vergt. Uiteindelijk stelt het Zorginstituut de vereveningsbijdrage over een kalenderjaar uiterlijk op 1 april van het vierde kalenderjaar volgend op het betrokken vereveningsjaar definitief vast. Het Zorginstituut zal in zijn jaarverslag over het Zorgverzekeringsfonds over jaar t publiceren welk definitief vastgesteld bedrag aan vereveningsbijdrage iedere zorgverzekeraar van het Zorginstituut over vereveningsjaar t-4 heeft ontvangen.

3. Uitbreiding van de mogelijkheden om onderzoek te doen naar de vraag of vormen van curatieve zorg wel onder de dekking van de zorgverzekering moeten blijven vallen

[8] Punt 44 van de Mededeling van de Commissie inzake EU-kaderregeling inzake staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst (2011) PbEU 2012/C/ 8/03 (verder Kaderregeling DAEB). Ook uit de zogenoemde Transparantierichtlijn - Richtlijn 2006/111 van de Commissie van 16 november 2006 betreffende de doorzichtigheid in de financiële betrekkingen tussen lidstaten en openbare bedrijven en de financiële doorzichtigheid binnen bepaalde ondernemingen (PbEU L 318), zoals sindsdien gewijzigd bij Richtlijn (EU) van de Commissie van 18 juli 2025 tot wijziging van Richtlijn 2006/111/EG met betrekking tot rapportageverplichtingen (PbEU L 2025/1442) – volgt deze eis.
[9] Zie ook de memorie van toelichting bij de Zvw (Kamerstukken II 2003/04, 29763, nr. 3, pp. 100, 101 en 175) en artikel 86, eerste lid, Zvw.
[10] Op dit moment vormt artikel 32 Zvw hier de basis voor.
[11] Zie het huidige artikel 34 Zvw.

Zorg die op grond van de Zvw voor vergoeding uit het Zvw-pakket in aanmerking komt, moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende (wetenschappelijk) bewijs moet zijn dat de betreffende zorg effectief is. Voor een aantal vormen van zorg, zoals extramurale geneesmiddelen en dure intramurale geneesmiddelen, vindt vooraf een expliciete beoordeling plaats voordat deze tot het Zvw-pakket worden toegelaten. Voor een groot deel van de overige zorg geldt echter een open instroom. Deze zorg wordt onderdeel van het Zvw-pakket doordat zij in de praktijk wordt toegepast en door zorgverzekeraars wordt vergoed.

Bij deze open instroom is dus niet altijd sprake van een voorafgaande toetsing aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daardoor maken ook zorgvormen deel uit van het Zvw-pakket waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende wetenschappelijk is onderbouwd. Wanneer het Zorginstituut vaststelt dat voor een bepaalde vorm van zorg onvoldoende (wetenschappelijk) bewijs bestaat voor de effectiviteit, kan deze niet langer deel uitmaken van het Zvw-pakket.

Het is mogelijk dat nog te weinig onderzoek beschikbaar is om definitief vast te stellen of bepaalde vormen van zorg voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, terwijl er wel aanwijzingen zijn dat de betreffende zorg niet effectief is. In die situaties kan aanvullend onderzoek noodzakelijk zijn. Dergelijk onderzoek komt in de praktijk niet altijd tot stand. Het huidige wettelijke kader biedt onvoldoende mogelijkheden om hier gericht op te sturen. Aanvullend onderzoek is met name wenselijk naar zorgvormen met een grote maatschappelijke impact, bijvoorbeeld omdat de betreffende zorg gepaard gaat met hoge zorgkosten, een groot beslag legt op schaarse zorgprofessionals of op grote schaal wordt toegepast. Juist voor dergelijke zorg is het van belang dat tijdig wordt vastgesteld of deze (nog) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Tegelijkertijd bestaat voor wetenschappelijke verenigingen, zorgaanbieders en andere betrokken partijen niet altijd een prikkel om onderzoek naar de effectiviteit van reeds verzekerde zorg te initiëren. Wanneer uit dat onderzoek blijkt dat de zorg niet effectief is, kan dat immers aanleiding zijn om de zorg niet langer vanuit het Zvw-pakket te vergoeden met implicaties voor de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en andere betrokken partijen. Hierdoor kan de zorg zonder voldoende wetenschappelijke onderbouwing langdurig vergoed blijft.

Daarom wordt een wettelijke grondslag voorgesteld waarmee voor bepaalde vormen van zorg kan worden bepaald dat vergoeding alleen nog plaatsvindt indien de verzekerde deelneemt aan onderzoek. Het instrument is dus bedoeld voor situaties waarin nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs beschikbaar is om de effectiviteit van de zorg vast te stellen. Hierdoor kan de zorg gedurende de onderzoeksperiode beschikbaar blijven voor patiënten, terwijl tegelijkertijd de benodigde wetenschappelijke onderbouwing wordt verzameld om een definitief oordeel over de pakketwaardigheid ervan mogelijk te maken.

Het voorgestelde instrument bouwt voort op de bestaande regeling voor voorwaardelijke toelating (VT), die is opgenomen in artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en artikel 2.2 van de Rzv. Op grond hiervan kunnen bepaalde vormen van zorg onder voorwaarden tijdelijk voor vergoeding in aanmerking komen. De huidige regeling is bedoeld voor nieuwe zorgvormen die nog niet tot het Zvw-pakket behoren. Het voorgestelde instrument ziet daarentegen op zorgvormen die al deel uitmaken van het Zvw-pakket. De uitbreiding van de wettelijke grondslag maakt het daarnaast mogelijk om meer vormen van zorg voorwaardelijk toe te laten tot het Zvw-pakket dan nu mogelijk is.

Voorgesteld wordt een nieuwe delegatiegrondslag toe te voegen aan artikel 11, vierde lid, van de Zvw. Deze maakt het mogelijk om bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten aan te wijzen die slechts voor rekening van de zorgverzekering worden verstrekt of vergoed indien de verzekerde deelneemt aan onderzoek naar de effectiviteit van die zorg. De nadere uitwerking vindt plaats in het Bzv en, voor zover nodig, de Rzv. Daarin kan worden bepaald voor welke vormen van zorg of overige diensten het instrument wordt toegepast en onder welke voorwaarden vergoeding afhankelijk wordt gesteld van deelname aan onderzoek. Op die wijze kan gedurende de onderzoeksperiode de benodigde wetenschappelijke onderbouwing worden verzameld om een definitief oordeel over de pakketwaardigheid van de betreffende zorg mogelijk te maken.

CONCEPT

4. Wijziging datum bekendmaking nominale premie

Zorgverzekeraars stellen hun nominale premies voor de zorgverzekeringen ieder jaar bij. Uit artikel 17, zevende lid, van de Zvw volgt dat zorgverzekeraars premiewijzigingen die op 1 januari van een bepaald kalenderjaar (t) in moeten gaan uiterlijk 12 november van het daaraan voorafgaande jaar (t-1) aan de verzekeringnemers melden. Mede op basis hiervan bepalen de verzekeringnemers of ze hun zorgverzekering willen houden, dan wel over willen stappen naar een andere zorgverzekering, al dan niet bij dezelfde zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraars publiceren hun nieuwe premies voor 13 november t-1 op hun websites. Dit is echter onvoldoende om aan de plicht, bedoeld in artikel 17, zevende lid, Zvw te voldoen. Dat lid vergt immers dat de zorgverzekeraar hun verzekeringnemers voor laatstbedoelde datum actief op de hoogte stellen van hun premiewijzigingen.

Dergelijke mededelingen aan de individuele verzekeringnemers kunnen schriftelijk (in een brief) of elektronisch (met een e-mail) worden gedaan. Elektronische communicatie kost nauwelijks tijd, terwijl communicatie per post enige dagen kost.

Elektronische communicatie is slechts toegestaan indien de verzekeringnemer daar uitdrukkelijk mee heeft ingestemd[12]. De afgelopen jaren zijn er zorgverzekeraars op de markt gekomen die hun diensten vooral digitaal aanbieden en waarbij vrijwel alle verzekerden hebben ingestemd met elektronische communicatie. Dergelijk zorgverzekeraars kunnen het overgrote deel van hun premiemededelingen derhalve elektronisch doen.

Er zijn echter ook zorgverzekeraars die meer per brief communiceren, bijvoorbeeld omdat hun verzekerden hen minder vaak toestemming hebben gegeven tot elektronische communicatie.

Omdat de individuele premiemededelingen gelet op artikel 17, zevende lid, Zvw uiterlijk 12 november t-1 bij de verzekeringnemers moeten liggen en postbezorging enkele dagen kost, betekent dit dat laatstbedoelde zorgverzekeraars in de praktijk hun nieuwe premies uiterlijke enkele dagen voor 12 november moeten vaststellen. Zorgverzekeraars die vooral elektronisch communiceren daarentegen, kunnen - omdat elektronische communicatie nauwelijks tijd vergt - langer wachten met het vaststellen van hun premies.[13]

Dit geeft zorgverzekeraars die vooral elektronisch communiceren in de praktijk een concurrentievoordeel ten opzichte van verzekeraars die zich meer van schriftelijke communicatie bedienen. Zorgverzekeraars die vooral elektronisch communiceren kunnen hierdoor namelijk hun premies afstemmen op de premies van de zorgverzekeraars die vooral per brief communiceren en die daarmee eerder bekend worden.

Om die reden wordt met voorliggend wetsvoorstel artikel 17 Zvw gewijzigd. Voorgesteld wordt om te regelen dat de zorgverzekeraar hun premies voor t uiterlijk op 12 november van t-1 op hun websites bekend moeten maken, en dat ze vervolgens een week hebben om hun individuele verzekeringnemers te informeren. Aldus wordt het concurrentievoordeel van zorgverzekeraar die vooral digitaal communiceren weggenomen en ontstaat er weer een eerlijk speelveld tussen alle zorgverzekeraars.

---

[12] Artikel 933, eerste lid, van boek 7 van het BW in combinatie met artikel 1, derde lid, van het Besluit elektronische mededelingen in het kader van een verzekeringsovereenkomst.

[13] Ook zorgverzekeraars die vooral digitaal werken, kunnen te maken krijgen met verzekeringnemers die geen digitale communicatie wensen (bijvoorbeeld als een verzekeringnemer zijn uitdrukkelijke toestemming tot digitale communicatie herroept). Desondanks kunnen zij langer wachten met het vaststellen van hun premie dan zorgverzekeraars die vooral schriftelijk communiceren. Dit komt doordat eerstbedoelden veel minder brieven zullen hoeven te verzenden dan laatstbedoelden.

CONCEPT

Opgemerkt wordt dat de verzekeringnemers naar verwachting nauwelijks nadeel zullen ondervinden van het feit dat de deadline voor de individuele mededeling aldus met een week (namelijk tot en met 19 november) wordt opgeschoven. In de praktijk beslissen verzekeringnemers namelijk vaak pas in december of zij zullen overstappen of niet.[14] En wie de premie toch op 12 november wil weten, kan op de website van de zorgverzekeraars kijken.

5. Bijdrage uit het Ouderdomsfonds voor de toepassing van de 50/50-regel beschouwen als inkomensafhankelijke bijdrage

In paragraaf 2.1 is uitgelegd dat de zorgverzekeraars ongeveer de helft van het geld dat zij nodig hebben voor het aanbieden en uitvoeren van hun zorgverzekeringen van hun verzekerden ontvangen in de vorm van nominale premies en eigen betalingen (waaronder het verplicht eigen risico). De rest ontvangen zij in de vorm van de 'risicovereveningsbijdrage' van het Zorginstituut. Deze vereveningsbijdrage wordt op zijn beurt vooral bekostigd uit inkomensafhankelijke bijdragen (IAB) en een rijksbijdrage voor de zorgverzekering van verzekerden onder de achttien jaar (waarvoor geen nominale premie verschuldigd is).

De inkomensafhankelijke bijdragen zijn bijdragen die werkgevers over het loon van hun werknemers moeten betalen[15] en die verzekeringsplichtingen met andere inkomsten dan loon uit dienstbetrekking zelf over die inkomsten moeten betalen. Het gaat bij de laatstbedoelde groep vooral om zelfstandigen en gepensioneerden. Voor werkgevers geldt een 'hoog' bijdragepercentage en voor zelfstandigen en gepensioneerden een 'laag' bijdragepercentage.[16] Tot 1 januari 2013 waren AOW-gerechtigden over hun AOW-uitkering het hoge percentage verschuldigd, terwijl ze over aanvullend pensioen het lage tarief verschuldigd waren. Om de zogenoemde 'teruggaafproblematiek' waartoe dit in de praktijk leidde op te lossen,[17] is geregeld dat zij vanaf 1 januari 2013 over hun AOW-uitkering, net als over hun aanvullend pensioen, het lage percentage verschuldigd zijn.

Omdat dit zonder nadere maatregelen zou leiden tot een derving van de Zvw-inkomsten en een stijging van het bijdragepercentage, is in artikel 87a van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) tegelijkertijd bepaald dat jaarlijks een bedrag uit het Ouderdomsfonds (het fonds van waaruit de AOW wordt bekostigd) in het Zorgverzekeringsfonds (het fonds van waaruit de risicovereveningsbijdragen worden betaald) wordt gestort. Dit bedrag is gelijk aan het verschil tussen het hoge en het lage percentage, vermenigvuldigd met de AOW-lasten. Daarmee wordt het inkomstenverlies voor het Zorgverzekeringsfonds gecompenseerd. Ook dit verschil wordt gebruikt voor de bekostiging van de risicovereveningsbijdragen.

In artikel 45, vierde lid, Zvw is geregeld dat de bijdragepercentages zo worden vastgesteld, dat de som van alle inkomensafhankelijke bijdragen in enig kalenderjaar 50% is van alle ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds of van de zorgverzekeraar komende inkomsten. Het hieraan ten grondslag liggende uitgangspunt dat het totaal aan inkomensafhankelijke bijdragen 50% bedraagt van de totale Zvw-kosten in enig jaar, wordt wel de '50/50-regel'-genoemd.

Voor het berekenen van de bijdragepercentages is sinds 1 januari 2013 de bijdrage uit het Ouderdomsfonds steeds als inkomensafhankelijke bijdrage beschouwd. Gelet op de hiervoor beschreven geschiedenis is dat begrijpelijk, maar de wettelijke basis daarvoor ontbreekt. Met voorliggend wetsvoorstel wordt artikel 45, vierde lid, Zvw zo gewijzigd, dat de bijdrage uit het

[14] De verzekeringnemer die voor 1 januari van t zijn lopende zorgverzekering opzegt, heeft overigens tot 1 februari van t om een nieuwe zorgverzekering te sluiten. Dat volgt uit artikel 5, vijfde lid, onderdeel b, Zvw. Al met al is er dus sprake van een periode van ongeveer 2,5 maand waarin een verzekeringnemer (mede) op basis van premievergelijking een nieuw zorgverzekering kan kiezen.
[15] Uitkeringsinstanties betalen de IAB over de door hen verstrekte uitkeringen (dus als het ware alsof zij werkgevers zijn), met uitzondering van de Sociale verzekeringsbank voor zover deze het ouderdomspensioen als bedoeld in de Algemene Ouderdomswet (AOW) of de aanvullende inkomensvoorziening ouderen (aanvulling AOW-uitkering tot het sociaal minimum) uitkeert.
[16] In 2026 is het hoge percentage 6,10 en het lage 4,85. Beide moeten worden betaald over brutoloon resp. bruto-inkomen tot een maximum van € 79.409.
17 Zie Kamerstukken II 2009/10, 32131, nr. 3, hoofdstuk 3.

Ouderdomsfonds voor de toepassing van de 50/50-regel wordt beschouwd als inkomensafhankelijke bijdrage.

6. Actualisatie bepalingen risicoverevening

6.1 Aanleiding voorstel

a. Actualisatie van het regelgevingskader voor de jaarlijkse aanpassing van de risicoverevening

Het risicovereveningsstelsel is gebaseerd op statistische modellen die zorgkosten zo goed mogelijk voor elk individu met een zorgverzekering voorspellen. Om ervoor te zorgen dat deze modellen goed blijven functioneren wordt elk jaar onderzoek gedaan naar mogelijkheden om deze modellen te verbeteren en te onderhouden. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekbureaus. Op basis van de uitkomsten adviseert de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) de minister over aanpassing van de risicovereveningsmodellen. De WOR bestaat uit Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, individuele zorgverzekeraars, onderzoekers en het ministerie van VWS. Redenen om de berekening of vaststelling van vereveningsbijdragen aan te passen kunnen zijn:

- regulier onderhoud aan bestaande kenmerken;
- beschikbaarheid van nieuwe gegevens;
- nieuwe bekostigingswijzigingen;
- uitbreiding of juist beperking van het Zvw-pakket; en
- identificeerbare subgroepen van verzekerden die tot onwenselijk hoge voorspelbare winsten of verliezen leiden bij zorgverzekeraars.

De minister bepaalt elk jaar of en hoe de risicoverevening aangepast dient te worden. Het advies van de WOR weegt hierin voor een belangrijk deel mee. Dit proces leidt jaarlijks tot wijzigingen in de risicoverevening.

Artikel 32 Zvw bepaalt op hoofdlijnen hoe de risicovereveningsbijdrage ieder jaar voorafgaande aan het jaar waar de bijdrage betrekking op heeft, wordt toegekend en met welke elementen daarmee in ieder geval rekening wordt gehouden (te weten het aantal verzekerden en een aantal verzekerdenkenmerken). Nadere invulling hiervan dient krachtens artikel 32 Zvw voor aanzienlijk deel bij algemene maatregel van bestuur plaats te vinden. De desbetreffende regels zijn opgenomen in het Bzv. Omdat de risicovereveningsregeling ieder jaar gewijzigd wordt, betekent dit in de praktijk dat het Bzv bijna jaarlijks aangepast moet worden.

In de zomer van ieder jaar (t-1) valt het besluit over hoe de risicoverevening ten behoeve van het daarop volgende kalenderjaar (t) gewijzigd dient te worden, en op 1 oktober van t-1 moet het aangepaste Bzv gepubliceerd zijn. Het in artikel 32 Zvw weergegeven proces om de risicovereveningsbijdragen tijdig aan de zorgverzekeraars te kunnen toekennen, leidt er namelijk toe dat de ministeriële regeling waarin de risicovereveningsregels nog verder worden uitgewerkt, voor 1 oktober van t-1 gepubliceerd dient te worden. In de praktijk is deze termijn voor de wijziging van het Bzv niet haalbaar. Gezien de betrokkenheid van de WOR bij het beslissingsproces leidt dit in de praktijk niet tot problemen, maar toch wordt het als onwenselijk gezien als regelgeving niet tijdig aangepast kan worden.

Met voorliggende wijzigingen van de Zvw wordt het mogelijk om meer zaken te regelen bij ministeriële regeling en minder via het Bzv. Hiermee wordt de tijdigheid van de regelgeving rondom de risicoverevening gewaarborgd.

b. Actualisatie naar aanleiding van de kaderrichtlijn DAEB

Risicoverevening is een vorm van staatssteun. Dit betekent dat Nederland een goedkeuring nodig heeft van de Europese Commissie om de risicovereveningsbijdragen rechtmatig te verstrekken en dat het risicovereveningssysteem moet voldoen aan de kaderregeling DAEB.[18]

[18] 2012/C 8/03.

Sinds 2005 heeft Nederland een goedkeuring van onbepaalde tijd voor het risicovereveningsstelsel.[19] In 2012 is de Kaderregeling DAEB geïntroduceerd. Een van de eisen die voortvloeien uit de Kaderregeling DAEB, is dat het mechanisme volgens welk een DAEB-uitvoerder voor het verrichten van de DAEB wordt gecompenseerd (compensatiemechanisme), vooraf wordt beschreven. Het huidige artikel 32 Zvw bepaalt reeds met welke elementen in ieder geval bij de berekening van de toe te kennen risicovereveningsbijdrage rekening wordt gehouden en regelt ook gedetailleerd volgens welk proces de risicovereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars wordt toegekend. Dat laat onverlet dat op wetsniveau meer duidelijkheid gegeven kan worden waar zulke elementen op gebaseerd kunnen zijn.

6.2 Inhoud voorstel

Gelet op het voorgaande, wordt voorgesteld om de regels voor de toekenning van de risicovereveningsbijdrage als volgt te wijzigen:

- De hoofdregel voor de berekening van de aan iedere zorgverzekeraar toe te kennen risicovereveningsbijdrage wordt in de Zvw zelf geregeld, te weten: het verschil tussen enerzijds zijn voor het jaar t geraamde kosten (gelet op zijn geraamde aantal verzekerden en hun verzekerdenkenmerken) en anderzijds het geraamde bedrag dat hij in t aan nominale premie en eigen risico van zijn verzekerden zal ontvangen. Hiermee zal de hoofdregel van het compensatiemechanisme in de toekomst in de Zvw zelf zijn geregeld, in plaats van in het Bzv.
- Daarnaast wordt duidelijker bepaald met welke verzekerdenkenmerken bij de bepaling van de vereveningsbijdrage rekening wordt gehouden, te weten met voor alle zorgverzekeraars gelijke kenmerken van individuele verzekerden, waaronder demografische gegevens en gezondheidsgegevens. Ook dit draagt bij aan de kenbaarheid van het compensatiemechanisme.
- Aan de andere kant wordt de mogelijkheid vergroot om regels bij ministeriële regeling uit te werken, in plaats van in het Bzv. Daardoor zal het Bzv minder vaak gewijzigd hoeven te worden en zullen de risicovereveningsregels over jaar t in de toekomst tijdig in t-1 vastgesteld kunnen worden.

7. Anonieme gezondheidszorg aan bedreigde personen

Tot voor kort was het Openbaar Ministerie (OM) belast met de bewaking en beveiliging van alle bedreigde personen die niet – zoals bijvoorbeeld politici of leden van het Koninklijk Huis – algemeen bekend zijn. Voor een deel van deze door het OM te bewaken en beveiligen personen geldt dat hun anonimiteit gewaarborgd dient te zijn. Denk aan slachtoffers van eerwraak, loverboys of stalking, maar ook aan mensen die bedreigd worden vanuit de georganiseerde criminaliteit of door statelijke actoren. Als deze mensen zorg nodig hebben, dienen zij deze te kunnen verkrijgen zonder dat hun persoonsgegevens bij de zorgverlener, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar (Zvw) of het zorgkantoor of de Wlz-uitvoerder (Wlz) bekend worden. Bij en krachtens de artikelen 70b Zvw en 10.1.3 Wlz is hier een arrangement voor getroffen dat er op neerkomt dat de rekening voor de zorg in zo'n geval naar de politie gaat. Deze betaalt de rekening en zendt deze ter vergoeding door naar het Zorginstituut.

Naar aanleiding van de conclusies uit het rapport 'Bewaken en beveiligen: Lessen uit drie beveiligingssituaties' (maart 2023)[20] zijn de bewaking- en beveiligingstaken van het OM voor een deel van deze personen overgeheveld naar het nieuwe stelsel 'Beveiligen van Personen' onder gezag van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). In het nieuwe stelsel staan de aard en de ernst van de dreiging centraal. Een persoon wordt in het stelsel opgenomen bij ernstige dreiging (op het leven gericht) afkomstig vanuit één van de volgende dreigingsfenomenen: grote, georganiseerde criminaliteit, terrorisme, dreiging vanuit statelijke actoren of gevaarlijke eenlingen. Bij een lagere dreiging, of ander dreigingsfenomeen, blijft het OM verantwoordelijk voor het waken over de veiligheid. Het nieuwe stelsel is sinds september 2025

[19] C(2005)1329 fin.
[20] Bijlage bij Kamerstukken II 2022/23 29911, nr. 390.

van kracht, en de meeste personen om wie het gaat zijn inmiddels overgeheveld naar het nieuwe stelsel.

De overdracht naar een nieuw gezag brengt met zich dat genoemde Zvw- en Wlz-artikelen technisch zo moeten worden bijgesteld, dat ook de zorgkosten van mensen die onder de bewaking en beveiliging van de NCTV zijn komen te vallen – mits zij anoniem dienen te blijven – onder bovenbedoeld arrangement dienen te komen vallen. Dit wordt met voorliggend wetsvoorstel geregeld.

8. Toevoegen van Zwitserland aan de werkingssfeer van artikel 68b Zvw

Het komt voor dat personen die in een andere EU-lidstaat wonen, een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw moeten hebben. Dit is bijvoorbeeld het geval als ze in Nederland werken. Soms komen deze personen daar te laat achter. Ontdekken ze dit binnen vier maanden na het ontstaan van hun verzekeringsplicht, dan is het mogelijk om de zorgverzekering terug te laten werken tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond. Heeft de verzekerde in de periode van terugwerkende kracht kosten gemaakt voor Zvw-zorg, dan worden deze alsnog vergoed. Daartegenover staat dat over deze periode ook met terugwerkende kracht premie zal moeten worden betaald.
Het is ook mogelijk dat iemand er later dan vier maanden na het ontstaan van zijn verzekeringsplicht achter komt dat hij een zorgverzekering had moeten hebben. Omdat de zorgverzekering maximaal vier maanden kan terugwerken[21] en de dekking op grond van het stelsel van andere EU-lidstaten ingevolge de zogenoemde Coördinatieverordening[22] stopt zodra iemand verzekeringsplichtig wordt, ontstaat er dan een verzekeringsgat. Naar aanleiding van een uitspraak van het Europese Hof van Justitie[23], is dit gat met ingang van 1 januari 2025 gedicht. Daartoe werd artikel 68b aan de Zvw toegevoegd. Dat artikel geeft betrokkenen de mogelijkheid om het CAK te vragen de zorgkosten te vergoeden die betrokkenen hebben gemaakt tijdens de periode waarover zij - zonder dat het hen verwijtbaar was – niet verzekerd waren. Zij zijn daarvoor dan wel een bijdrage aan het CAK verschuldigd.

Artikel 68b Zvw biedt niet alleen bescherming aan inwoners van andere lidstaten van de EU, maar ook aan inwoners van lidstaten van de Europese Economische Ruimte die niet tot de EU behoren, en aan inwoners van het Verenigd Koninkrijk. Dit is aangewezen omdat de desbetreffende landen zich door middel van het sluiten van een overeenkomst of een verdrag hebben gecommitteerd aan toepassing van de Coördinatieverordening. Ook Zwitserland heeft zich hiertoe verbonden. Zwitserland wordt echter niet genoemd in artikel 68b, eerste lid, Zvw. Met voorliggend wetsvoorstel wordt Zwitserland alsnog aan dat artikellid toegevoegd, zodat ook inwoners van Zwitserland in voorkomend geval gebruik kunnen maken van de in artikel 68b Zvw geregelde mogelijkheid.

9. Uitvoering en regeldruk

9.1 Regeldruk voor burgers

Het belangrijkst gevolg dat voorliggend wetsvoorstel voor burgers heeft, is dat zij in de toekomst voor 19 november in plaats van voor 12 november op de hoogte moeten worden gesteld van de premie die hun zorgverzekeraar voor het komende kalenderjaar in rekening wil gaan brengen (zie hoofdstuk 4). Dit leidt echter niet tot wijziging van de regeldruk. Daarnaast zal een zeer beperkt aantal mensen gebruik kunnen maken van de uitbreiding van de mogelijkheid om anoniem zorg te

[21] Artikel 5, zesde lid, onderdeel a, Zvw. Een langere periode van terugwerkende kracht zou te veel in strijd komen met het uitgangspunt dat je je alleen voor onzekere voorvallen kunt verzekeren (zie ook de omschrijving van 'verzekering' in artikel 7:925, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek; BW).
[22] Dit volgt uit de Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van socialezekerheidsstelsels, Pb EU 2004, L 166; sindsdien meerdere malen gewijzigd (verder: Coördinatieverordening).
[23] HvJ 4 juni 2015, C 543/13, ECLI:EU:C:2015:359 (Fischer-Lintjens).

krijgen (hoofdstuk 7) of van de uitbreiding van reikwijdte van artikel 68b Zvw (hoofdstuk 8). De regeldruk hiervan is in de praktijk nihil. [24]

9.2 Regeldruk voor zorgverzekeraars

Ook voor de zorgverzekeraars leidt dit wetsvoorstel niet tot extra regeldruk.

10. Budgettaire gevolgen

De voorgestelde maatregelen hebben geen budgettaire gevolgen. De maatregelen die in de hoofdstukken 2, 4, 5, 6 en 7 worden beschreven, betreffen grotendeels codificatie van bestaand en ook al uitgevoerd beleid. Dat geldt niet voor de aan de NZa op te leggen taak tot het inrichten en bijhouden van een register van zorgverzekeraars, maar de kosten daarvan zijn zeer gering.

De delegatiebepaling waarop in hoofdstuk 3 wordt ingegaan, maakt het mogelijk om bij ministeriële regeling (dit zal de Rzv worden) bepalingen op te nemen over het deelnemen aan onderzoek naar de vraag of reeds tot het Zvw-pakket behorende zorg in dat pakket zou moeten blijven (voorwaardelijke continuering Zvw-vergoeding). Daarnaast geeft de delegatiebepaling de mogelijkheid om te regelen in welke gevallen een verzekerde die deelneemt aan onderzoek naar de vraag of nieuwe zorg tot het pakket toegelaten zou moeten worden, deze zorg op grond van zijn zorgverzekering vergoed kan krijgen (uitbreiding van vergoeding voor voorwaardelijk toegelaten zorg). Op dit moment is die mogelijkheid beperkt tot zorg die te kwalificeren is als geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg (art. 2.1, vijfde lid, Bzv). Het voornemen is om de mogelijkheid uit te breiden tot zorg die onder welke hoofdvorm van zorg dan ook valt. Eventuele budgettaire gevolgen hiervan vloeien echter niet voort uit de delegatiebepaling die met voorliggend wetsvoorstel in de Zvw wordt opgenomen, maar uit het gebruik ervan. Derhalve zal bij de invulling van de delegatiebepaling in de Rzv worden ingegaan op de budgettaire gevolgen ervan.

Uitbreiding van de reikwijdte van artikel 68b Zvw met Zwitserland zou in theorie budgettaire gevolgen kunnen hebben, maar deze ontbreken in de praktijk. Tot op heden zijn er voor zover bij het CAK bekend geen inwoners van Zwitserland die van de regeling gebruik zouden hebben willen maken. Ook na inwerkingtreding van de uitbreiding valt te verwachten dat het gebruik van de regeling door inwoners van Zwitserland zeer beperkt zal zijn.

11. Advies en consultatie

11.1 Advies Autoriteit toetsing regeldruk (ATR)

Het wetsvoorstel is op P.M. 2026 voor advies voorgelegd aan de ATR. P.M. bespreking advies ATR.

11.2 Uitvoerings- en toezichtbaarheidtoets NZa

Het wetsvoorstel is op P.M. 2026 voor een uitvoerings- en toezichtbaarheidstoets voorgelegd aan de NZa. P.M. bespreking reactie NZa.

11.3 Uitvoeringstoets Zorginstituut

Met het oog op hetgeen besproken is in de hoofdstukken 2, 3, 6 en 7, is het wetsvoorstel op P.M 2026 voor een uitvoeringstoets aan het Zorginstituut voorgelegd. P.M. bespreking uitvoeringstoets Zorginstituut.

11.4 Internetconsultatie

[24] Mensen die onder het stelsel 'Beveiligen van personen' van de NCTV vallen, vielen eerder onder de bewaking en beveiliging van het OM en konden op die grond al anoniem zorg vergoed krijgen. Het aantal inwoners van Zwitserland dat tot nog toe behoefte heeft gehad aan de bescherming die hen met de uitbreiding van artikel 68b Zvw wordt gegeven, is voor zover bij het CAK bekend, tot 1 juli 2026 nihil.

Het wetsvoorstel is van P.M. 2026 tot en met P.M. 2026 voorgelegd voor internetconsultatie. P.M. bespreking reacties daaruit.

12. Gevolgen voor Caribisch Nederland

Van de in dit wetsvoorstel opgenomen wijzigingen is uitsluitend de voorgestelde wijziging van artikel 11, vierde lid, Zvw relevant voor Caribisch Nederland. De voorgestelde wijziging van artikel 11, vierde lid, Zvw heeft geen rechtstreekse gevolgen voor Caribisch Nederland. De wijziging introduceert uitsluitend een nieuwe delegatiegrondslag binnen de Zorgverzekeringswet. De indirecte gevolgen kunnen zich pas voordoen indien de minister deze bevoegdheid benut en in het Besluit zorgverzekering het Nederlandse aansprakenpakket inhoudelijk wijzigt. In dat geval dient op grond van artikel 7 van het Besluit zorgverzekering BES te worden beoordeeld of deze wijziging, na advies van het hoofd van het Zorgverzekeringskantoor BES, geheel of gedeeltelijk wordt overgenomen in het BES-aansprakenpakket. De voorgestelde wetswijziging heeft derhalve geen directe, maar wel potentiële indirecte gevolgen voor Caribisch Nederland. Deze gevolgen zullen bij een eventuele toekomstige invulling in het Besluit zorgverzekering worden meegenomen.

13. Inwerkingtreding en communicatie

Geregeld is dat de verschillende onderdelen van het wetsvoorstel op verschillende data in werking kunnen treden. Voor de maatregelen die wordt beschreven in de hoofdstukken 2 en 6 wordt echter wel gestreefd naar inwerkingtreding met ingang van 1 januari 2028.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Aan artikel 1 wordt de omschrijving van het begrip 'nominale rekenpremie' toegevoegd. Deze term wordt op dit moment alleen in het Bzv gebruikt, en is ook daar omschreven. Na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel zal deze term ook in artikel 32 Zvw worden gebruikt, zodat de term in artikel 1 Zvw moet worden verklaard.

De omschrijving is niet inhoudelijk gewijzigd. De nominale rekenpremie betreft het bedrag dat het Zorginstituut toepast bij de ramingen voor de risicovereveningsbijdrage op grond van artikel 32, eerste lid, Zvw.

Onderdeel B

Voorgesteld wordt een delegatiegrondslag toe te voegen aan artikel 11, vierde lid, van de Zvw. Deze grondslag maakt het mogelijk om bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten aan te wijzen waarvoor geldt dat deze slechts voor rekening van de zorgverzekering worden verstrekt of vergoed indien de verzekerde deelneemt aan onderzoek naar de effectiviteit van die zorg of dienst.
De nadere uitwerking vindt plaats in het Bzv en, voor zover nodig, de Rzv. Daarbij kan worden bepaald voor welke vormen van zorg of overige diensten deze voorwaarde geldt en onder welke voorwaarden deelname aan onderzoek plaatsvindt.

Onderdeel C

Voorgesteld wordt om artikel 17, zevende lid, Zvw te vervangen door twee nieuwe artikelleden. Voor de reden daarvoor wordt verwezen naar hoofdstuk 4 van het algemeen deel van deze memorie van toelichting.

CONCEPT

Het nieuwe zevende lid bepaalt dat een wijziging in de grondslag van de (nominale) premie (en daarmee bijna altijd een wijziging van de premie zelf[25]) niet eerder in werking treedt dan zeven weken na de dag waarop de zorgverzekeraar deze op zijn website bekend heeft gemaakt. Premiewijzigingen die op 1 januari van jaar t moeten ingaan, moeten derhalve uiterlijk 12 november van het jaar t-1 op de websites gepubliceerd worden. Gebeurt dat op een latere datum, dan kan de wijziging ook pas later – namelijk minimaal zeven weken later – in werking treden.

Hoewel dit nauwelijks zal voorkomen, is niet uitgesloten dat een zorgverzekeraar zich genoopt ziet zijn premies niet alleen per 1 januari te wijzigen, maar ook tijdens het lopende kalenderjaar (bijvoorbeeld met ingang van 1 juli). Om die reden refereert het zevende lid niet aan specifieke dagen in een kalenderjaar. Ook premiewijzigingen tijdens een kalenderjaar dienen minstens zeven weken voorafgaande aan de wijzigingsdatum op de website bekend te worden gemaakt.[26]

Ingevolge het achtste lid dienen de zorgverzekeraars hun verzekeringnemers de nieuwe (nominale) premies mede te delen. Daarvoor hebben zij een week, te rekenen vanaf de dag waarop zij hun nieuwe premies bekend hebben gemaakt. Worden de meldingen te laat gedaan, dan zal de NZa kunnen optreden. Zo zal zij op grond van artikel 77 in verbinding met artikel 16, onder b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) een aanwijzing kunnen geven. Dit zal in de praktijk vooral van belang zijn voor jaren na het jaar waarin een zorgverzekeraar voor het eerst te laat was met zijn premiemededelingen. Om die reden wordt de mogelijkheid om bij te late mededelingen de zorgverzekeraar een bestuurlijke boete van maximaal € 500.000 op te leggen via een in artikel III opgenomen wijziging van artikel 86, eerste lid, Wmg, gehandhaafd. Overigens zal de NZa de bestuurlijke boete ook kunnen opleggen aan een zorgverzekeraar die artikel 17, zevende lid, Zvw overtreedt door jegens zijn verzekeringnemers te handelen alsof zijn premiewijziging in strijd het met aldaar bepaalde binnen zeven weken na de bekendmaking daarvan op zijn website in werking zou zijn getreden.

Onderdeel D

Hoofdstuk 4 van de Zvw bevat regels over de zorgverzekeraars. Het opschrift van paragraaf 4.1 Zvw is op dit moment: De aanmelding, de statuten en het werkgebied. Nu met het wetsvoorstel in deze paragraaf ook wordt geregeld dat de zorgverzekeraars een DAEB uitvoeren, dient het opschrift van paragraaf 4.1 gewijzigd te worden.

Onderdeel E

Op grond van artikel 14 van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) is er een register van zorgverzekeraars waarin zorgverzekeraars op hun verzoek kunnen worden opgenomen teneinde gebruik te kunnen maken van de voorzieningen, bedoeld in artikel 3, eerste lid, onder c en d, van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer. Het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) is de beheerder van dit register. Op dit moment is op grond van het Besluit gebruik burgerservicenummer in de zorg geregeld dat het CIBG vaststelt wie zorgverzekeraar is. Dit doet het onder meer op basis van de meldingen van verzekeraars die als zorgverzekeraar willen gaan melden. Dergelijke meldingen zendt de NZa grond van artikel 26, vierde lid, Zvw aan het CIBG door. Op grond van voorliggend wetsvoorstel dient de NZa een openbaar register van zorgverzekeraars in te richten en bij te houden. In de toekomst kan het CIBG dit register raadplegen om vast te stellen of een aanvrager een zorgverzekeraar in de zin van de Zvw is. Dientengevolge kan artikel 26, vierde lid, Zvw komen te vervallen.

Onderdeel F

[25] De nominale premie voor een zorgverzekering is gelijk aan de grondslag van de premie voor die zorgverzekering minus een premiekorting die de zorgverzekering geeft indien de verzekerde kiest voor een bedrag aan vrijwillig eigen risico (zie art. 17, vierde en vijfde lid, Zvw).
[26] Is sprake van tussentijdse premieverhoging, dan heeft de verzekeringnemer ingevolge artikel 7: 940, vierde lid, van het BW het recht tot opzegging van de zorgverzekering. Omdat hij verzekeringsplichtig is, zal hij dan vervolgens wel een nieuwe zorgverzekering moeten sluiten.

In het eerste lid van het voorgestelde artikel 26a Zvw wordt het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen aangemerkt als een DAEB.

Op grond van het tweede lid verrichten zorgverzekeraars de DAEB tot een bij ministeriële regeling te bepalen datum. In het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven dat het voornemen is om daartoe in de Rzv telkens een periode van tien kalenderjaren op te nemen, te beginnen per 1 januari 2028.

Het derde lid draagt de NZa op om een openbaar register in te stellen waarin zij de statutaire naam en statutaire zetel van de zorgverzekeraar opneemt.

De meeste zorgverzekeraars maken onderdeel uit van een groep in de zin van artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt wordt dat het register de gegevens van alle afzonderlijke zorgverzekeraars in zo'n groep zal bevatten.

Onderdeel G

Als een zorgverzekeraar de zorgverzekeringsmarkt wenst te verlaten, dient hij op grond van artikel 30, eerste lid, Zvw het voornemen daartoe aan de NZa te melden. Hij dient daarbij ook de dag te vermelden met ingang waarvan hij terugtreedt. De NZa registreert dit, zendt de zorgverzekeraar een bevestiging en stelt het Zorginstituut op de hoogte, opdat dat instituut weet vanaf welke dag de zorgverzekeraar geen recht meer heeft op risicovereveningsbijdrage (art. 30, tweede lid, jo. 26 Zvw). Het voorgestelde derde en vierde lid van artikel 30 Zvw bepalen dat de NZa voorts de betrokken zorgverzekeraar met ingang van de dag waarop hij de zorgverzekeringsmarkt verlaat uit het openbaar register, bedoeld in artikel 26a, derde lid, schrapt en dat hij de rechtsopvolger van de zorgverzekeraar een bewijs hiervan zendt.

Onderdeel H

Met dit onderdeel wordt voorgesteld om artikel 32 Zvw, dat gaat over de toekenning van de risicovereveningsbijdragen, te vervangen door vier artikelen (32 tot en met 32c). De redenen daarvoor en de inhoud van de belangrijkste wijzigingen worden in hoofdstuk 6 van het algemeen deel van deze toelichting beschreven.

Het voorgestelde artikel 32 Zvw

Het nieuwe artikel 32, eerste lid, bevat de algemene grondslag voor toekenning van de risicovereveningsbijdrage. Het Zorginstituut kent deze toe aan alle verzekeraars die zijn opgenomen in het register, bedoeld in artikel 26a Zvw.

Het tweede lid bepaalt – net zoals het huidige artikel 32, vierde lid, onderdeel b, dat impliciet doet – dat de vereveningsbijdrage wordt gebaseerd op statistisch onderbouwde gegevens.

In het derde lid wordt geregeld dat de minister jaarlijks voor 1 oktober bekendmaakt welk totaalbedrag voor de risicovereveningsbijdragen voor het daaropvolgende kalenderjaar beschikbaar is. Dit bedrag neemt het Zorginstituut als uitgangspunt bij de toekenning van de vereveningsbijdragen. Inhoudelijk wijkt dit niet af van het huidige artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw.

Het vierde lid regelt dat bij of krachtens amvb (in casu het Bzv) regels worden gesteld over de toekenning van de vereveningsbijdragen.

Het voorstelde artikel 32a

Het eerste lid omschrijft hoe de vereveningsbijdrage die voorafgaand aan het vereveningsjaar (t), ex ante (in t-1), wordt toegekend, voor iedere zorgverzekeraar wordt berekend. Het bedrag wordt gebaseerd door de kosten die de zorgverzekeraar naar verwachting zal moeten maken voor het aanbieden en uitvoeren van zijn zorgverzekeringen (dus voor de uitvoering van de DAEB) te

CONCEPT

verminderen met de geraamde bedragen aan nominale premie en verplicht eigen risico die hij over het vereveningsjaar van zijn verzekerden zal ontvangen. Hiermee wordt de hoofdregel van het compensatiemechanisme in de Zvw zelf vastgelegd. Uiteraard zal het Bzv – waar deze hoofdregel op dit moment in is geregeld – hier op worden aangepast.

Opgemerkt wordt dat de toe te kennen vereveningsbijdragen berekend worden op basis van ramingen. Deze kunnen onjuist zijn. Zo kan het zijn dat een zorgverzekeraar in het vereveningsjaar veel meer of minder verzekerden blijkt te hebben dan bij de toekenning van zijn vereveningsbijdrage werd verwacht. Verzekeren mogen immers ieder jaar van zorgverzekering en zorgverzekeraar wisselen. Om die redenen worden de toegekende vereveningsbijdragen na het vereveningsjaar vastgesteld. De regels hiervoor zijn bij en krachtens artikel 34 Zvw vastgesteld.

Het tweede lid van artikel 32a Zvw bevat de omschrijving van de gegevens die het Zorginstituut gebruikt om de ex ante risicovereveningsbijdragen te bepalen. De bijdragen, die aan verzekerdenkenmerken worden gekoppeld, worden statistisch vastgesteld. Deze worden vervolgens op basis van ramingen van het aantal verzekerden dat een zorgverzekeraar in het vereveningsjaar zal hebben, gesommeerd tot de vereveningsbijdrage, rekening houdende met het geraamde bedrag aan nominale premie en eigen risico dat de zorgverzekeraar van zijn verzekerden zal ontvangen. Vastgelegd blijft ook dat het gaat om voor alle zorgverzekeraars gelijke kenmerken. Verduidelijkt wordt dat het gaat om individuele verzekerdenkenmerken, waaronder, maar niet uitsluitend, demografische gegevens zoals leeftijd, geslacht, inkomen, opleidingsniveau en burgerlijke staat, en (historische) gezondheidsgegevens. Deze gegevens hebben een voorspellende waarde voor het zorggebruik. Door zoveel mogelijk van deze gegevens te combineren, kan een zo precies mogelijke vereveningsbijdrage worden vastgesteld.

Het derde lid bevat de grondslag voor het stellen van nadere regels over het bepalen van de ex ante vereveningsbijdrage. Op dit moment dienen vereveningscriteria in principe bij amvb, dat wil zeggen in het Bzv, te worden geregeld. Is sprake van een nieuw vereveningscriterium, dan mag dit voor één vereveningsjaar worden gebruikt indien dit niet bij amvb, maar in een ministeriële regeling is geregeld, maar daarna moet het criterium in de amvb worden opgenomen. In de praktijk leidde dit tot veelvuldige wijzigingen van de amvb. Voorgesteld wordt om de mogelijkheid om bij ministeriële regeling regels ten aanzien van de verzekerdenkenmerken vast te stellen, uit te breiden. Wel zullen de hoofdregels op het niveau van een amvb geregeld blijven.

Het voorgestelde artikel 32b

Het voorgestelde artikel 32b, eerste lid, bepaalt dat het Zorginstituut beleidsregels opstelt voor de berekening van de vereveningsbijdrage. Voor vereveningsjaar t dient dit, net zoals dat op dit moment geldt, voor 15 oktober van t-1 te gebeuren. Op dit moment is dit in artikel 32, vijfde lid, geregeld.

In het tweede lid wordt vastgelegd dat de beleidsregels goedkeuring van de Minister van VWS behoeven, en in het derde lid wordt bepaald dat het Zorginstituut de risicovereveningsbijdragen voor 1 november van t-1 aan de individuele zorgverzekeraars toekent. Ook dit is op dit moment al geregeld, namelijk in het zevende en zesde lid van artikel 32.

Nadat de zorgverzekeraar van het Zorginstituut heeft vernomen hoeveel risicovereveningsbijdrage hem voor t is toegekend, zal hij de nominale premie(s) kunnen bepalen die hij in t voor zijn zorgverzekeringen wil vragen. Deze premies dient hij uiterlijk 12 november van t-1 vast te stellen. In hoofdstuk 4 van het algemeen deel van de toelichting wordt hier nader op ingegaan.

Het voorgestelde artikel 32c

In het voorgestelde artikel 32c wordt de verwerking van persoonsgegevens geregeld. De inhoud is niet gewijzigd ten opzichte van het huidige artikel 32, achtste tot en met tiende lid.

Onderdelen I, J, N en O

CONCEPT

Nu wordt voorgesteld om de wijze waarop de vereveningsbijdrage wordt toegekend in vier artikelen te regelen (de artikelen 32 tot en met 32c Zvw) in plaats van in één artikel (artikel 32 Zvw), dienen de verwijzingen naar artikel 32 in de artikelen 33, 34, 89 en 124 aangepast te worden. Dat gebeurt met de hier bedoelde onderdelen.

Onderdeel K

Met de voorgestelde wijziging van artikel 45, vierde lid, Zvw wordt bereikt dat de bijdrage die jaarlijks vanuit het Ouderdomsfonds in het Zorgverzekeringsfonds wordt gestort, voor de toepassing van de 50/50-regel als IAB meetelt. In hoofdstuk 5 van het algemeen deel van deze toelichting wordt hier nader op ingegaan.

Onderdeel L

Verwezen wordt naar hoofdstuk 8 van het algemeen deel van deze toelichting.

Onderdeel M en artikel III, onderdeel C

De artikelen 70b, eerste lid, Zvw en 10.1.3, eerste lid, Wlz worden zo aangepast, dat ook mensen die sinds september 2025 onder het stelsel 'Beveiligen van Personen' van de NCTV zijn komen te vallen en anoniem dienen te blijven anoniem Zvw- en Wlz-zorg kunnen ontvangen en vergoed kunnen krijgen. Hoofdstuk 7 van het algemeen deel van de toelichting beschrijft waarom dit nodig is. Geregeld wordt dat ook door de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV) aangewezen personen, bedoeld in artikel 42, eerste lid, onderdeel c, van de Politiewet 2012, anoniem verleende zorg vergoed kunnen krijgen. De door de Minister van JenV op grond van laatstbedoeld artikellid aan te wijzen personen, zijn de personen die onder het stelsel 'Beveiligen van Personen' van de NCTV vallen.

Artikel II

Onderdelen A en B

Op grond van artikel 26, vierde lid, Zvw zoals dat op dit moment luidt, zendt de NZa een melding van een verzekeraar, inhoudende dat hij zorgverzekeringen wenst te gaan aanbieden en uitvoeren, onverwijld door aan de beheerder van het register van zorgverzekeraars, bedoeld in de Wabvpz. Zoals in de toelichting op artikel I, onderdeel E is aangegeven, zal dit in de toekomst niet meer nodig zijn, aangezien die beheerder (in de praktijk is dat het CIBG) voor de vraag wie zorgverzekeraar is het openbare register van zorgverzekeraars zal kunnen raadplegen. Daarom wordt in artikel I, onderdeel E, voorgesteld om het vierde lid van artikel 26 Zvw te laten vervallen.

Wlz-uitvoerders dienen zich voordat zij met de uitvoering van die Wet starten bij de NZa te melden. Dat is geregeld in artikel 4.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige zorg (Wlz). Wlz-uitvoerders worden krachtens de Wabvpz in het kader van die wet beschouwd als zorgverzekeraars (zie art. 2, eerste lid, Besluit gebruik burgerservicenummer in de zorg). Doordat artikel 26 Zvw in het derde lid van artikel 4.1.1 Wlz van overeenkomstige toepassing wordt verklaard, dient de NZa ook een kopie van de melding als Wlz-uitvoerder aan het CIBG te zenden.

Anders dan voor de zorgverzekeraars, voorziet voorliggend wetsvoorstel niet in het inrichten en bijhouden van een register van Wlz-uitvoerders. Dat betekent dat het voor het CIBG nog steeds van belang kan zijn dat de NZa hem een kopie zendt van de aanmelding als Wlz-uitvoerder. Voorliggende toevoeging aan artikel 4.1.1, derde lid, Wlz zorgt daarvoor.

Evenzo zorgt de toevoeging aan artikel 4.1.3, tweede lid, Wlz ervoor dat het CIBG een kopie ontvangt van een afmelding als Wlz-uitvoerder.

Artikel III

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel I, onderdeel C.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

CONCEPT