

# Kenniskern

2023

# Inhoudsopgave

## Voorwoord

### 1. Inleiding

### 2. Zorg

#### 2.1 Algemeen: Prinsjesdag

#### 2.2 Gevolgen COVID-19 (corona)

#### 2.3 Wijzigingen Zvw

#### 2.4 Eigen risico, eigen bijdragen en inkomensafhankelijke bijdrage

#### 2.5 Voorwaardelijke toelatingen

### 3. Diversen

#### 3.1 Jurisprudentie van de SKGZ

#### 3.2 Maximale collectiviteitskorting Zorgverzekeringswet per 2023 afgeschaft

#### 3.3 Stand van zaken wanbetalersmaatregelen

#### 3.4 Wijziging verzekeringsplicht voor Caribische studenten vanaf 1 juli 2022

#### 3.5 Integrale Zorgakkoorden

## Voorwoord

Door de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 2006 bestond er behoefte aan kennis aan de inhoud hiervan bij zorgverzekeraars. Het is uiteraard van belang die kennis ook actueel te houden.

Vanuit de Opleidingscommissie Zorgverzekeringen is de wens kenbaar gemaakt dat er behoefte bestaat aan een overzicht van de wijzigingen die zich in een jaar op het gebied van de Zvw en de daaraan gelieerde wet- en regelgeving voordoen. Hieraan gekoppeld is ook de behoefte aan permanente educatie die bij zorgverzekeraars aanwezig is. Immers educatie, waar permanente educatie een onderdeel van vormt, is voor een organisatie van groot belang. Permanente educatie draagt eraan bij dat personen die in het verleden een opleiding hebben gevolgd, op de hoogte blijven van recente ontwikkelingen die van belang zijn in hun vakgebied. De invoering van Wft-Zorg heeft hier geen veranderingen in gebracht.

Om aan de eerder geschetste behoefte invulling te geven is de zogenoemde Kenniskern in het leven geroepen. In de Kenniskern heeft zitting Marc van Westerlaak (Adfiz), Geert-Jan Vos (CZ), Jos van der Linden (SKGZ) en Nicolette Cremers (ZN). Onder eindredactie van ZN heeft de Kenniskern een overzicht geschreven met betrekking tot de wijzigingen in de Zvw en de daaraan gelieerde wet- en regelgeving die per 2023 ingaan. Daarnaast zijn tevens relevante ontwikkelingen opgenomen. Dit overzicht heeft een algemeen karakter en kan gebruikt worden voor permanente educatie.

Wij hopen dat de voorliggende update ook dit jaar weer bruikbaar is.

Voor suggesties staan wij altijd open (n.cremers@zn.nl).

Nicolette Cremers

Jos van der Linden

Geert-Jan Vos

Marc van Westerlaak

## 1. Inleiding

In deze notitie (status 21 oktober 2021) wordt een overzicht gegeven van zaken die van belang zijn voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de wijzigingen aangegeven die doorgevoerd worden per 2023 ten opzichte van 2022. Tevens worden deze relevant geacht voor opleidingen en permanente educatie. Daarnaast komen relevante onderwerpen aan de orde die afgelopen kalenderjaar gespeeld hebben dan wel in de nabije toekomst gaan spelen.

## 2. Zorg

### 2.1 Algemeen: Prinsjesdag

Zoals gebruikelijk worden op Prinsjesdag de begrotingsvoorstellen van de verschillende ministeries openbaar gemaakt. Hierbij een overzicht van onderwerpen uit de begroting van VWS die te maken hebben met de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (WLz):

Item	2019	2020	2021	2022	20223	Vershil '22/'23
Procentuele Wlz-premie	9,65%	9,65%	9,65%	9,65%	9,65%	0,00%
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (normaal tarief)	6,95%	6,70%	7,00%	6,75%	6,68%	-0,07%
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (verlaagd tarief)	5,70%	5,45%	5,75%	5,50%	5,43%	-0,07%
Nominale rekenpremie	€ 1.380,00	€ 1.373,00	€ 1.417,00	€ 1.499,00	€ 1.599,00	€ 100,00
Gemiddelde nominale opslagpremie (schatting)	€ 4,00	€ 4,00	€ 5,40	€ 15,00	€ 50,00	€ 35,00
Totale <b>gemiddelde</b> nominale premie	€ 1.384,00	€ 1.414,00	€ 1.471,00	€ 1.514,00	€ 1.649,00	€ 135,00
Verplicht eigen risico	€ 385,00	€ 385,00	€ 385,00	€ 385,00	€ 385,00	€ 0,00
<b>Standaardpremie</b> (tbv Zorgtoeslag)	€ 1.609,00	€ 1.642,00	€ 1.705,00	€ 1.749,00	€ 1.881,00	€ 132,00
Maximale zorgtoeslag alleenstaande	€ 1.189,00	€ 1.250,00	€ 1.287,00	€ 1.336,00	€ 1.850,00	€ 514,00
Maximale zorgtoeslag partners	€ 2.314,00	€ 2.379,00	€ 2.487,00	€ 2.553,00	€ 3.166,00	€ 613,00

## **Premie-inschatting VWS**

VWS verwacht dat de gemiddelde nominale premie per 2023 met € 11,25 per maand (€ 135 per jaar) stijgt. Overall hebben de zorgverzekeraars hun premies in 2022 gemiddeld € 8 lager vastgesteld dan VWS had begroot op Prinsjesdag vorig jaar.

Op basis van de rekenpremie gaan zorgverzekeraars doorrekenen welke premie zij zelf denken nodig te hebben. Deze premiestelling voor 2023 moet uiterlijk 12 november 2022 bekend gemaakt zijn.

De eerste zorgverzekeraar heeft inmiddels een premiestijging van € 9,75 per maand bekend gemaakt.

Voor 2023 verwacht VWS dat zorgverzekeraars nog € 0,55 miljard overreserves zullen inzetten om de premies te dempen. Volgens de berekeningen van VWS was de inzet van reserves door zorgverzekeraars per 2022 nog € 1 miljard. Overall zorgt de lagere inzet van reserves voor een verhoging van € 32 per jaar, waarvan de helft via de inkomensafhankelijke bijdragen wordt gefinancierd. De lagere reserve-inzet zorgt, volgens VWS, voor een verhoging van de nominale premie in 2023 van € 16 per jaar.

## **Premie Wet langdurige zorg (Wlz)**

De procentuele premie voor de Wlz blijft gelijk volgens afspraak. Voor 2021 verwacht de Overheid wel een exploitatietekort bij de Wlz. Dit tekort wordt opgeheven door de Rijksbijdrage Wlz.

### **2.2 Herstelzorg COVID-19**

Per 18 juli 2020 is tijdelijk paramedische herstelzorg voor coronapatiënten aan het verzekeringspakket toegevoegd. De aanspraak was in eerste instantie voor de duur van 1 jaar toegevoegd aan het basispakket, maar deze termijn is inmiddels met een jaar verlengd tot 1 augustus 2023. Mocht het nodig zijn dan kan deze termijn in 2023 weer verlengd worden, afhankelijk van het verloop van de coronapandemie.

Herstelzorg voor coronapatiënten bevat onder meer inzet van de huisarts, de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg. Dit wordt grotendeels vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed. Paramedische zorg, zoals fysiotherapie, is belangrijk voor het herstel. Deze zorg bestaat meestal uit een gecombineerde inzet van fysio- of oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut. Deze zorg wordt slechts beperkt of helemaal niet vanuit het basispakket vergoed. Gedurende een beperkte periode wordt het basispakket uitgebreid met vergoeding voor maximaal 50 fysio- of oefentherapeutische sessies, 8 uren ergotherapie en 7 uren diëtetiek voor de duur van maximaal zes maanden. Om voor herstelzorg in aanmerking te komen moet de patiënt binnen zes maanden na het einde van het acute ziektestadium worden verwezen naar paramedische herstelzorg.

## 2.3 Wijzigingen Zvw

### **Combinatietest uit het basispakket**

De Combinatietest wordt uit het basispakket gehaald (per 1 oktober 2021).

Met de combinatietest kan worden bepaald of een ongeboren kind een verhoogde kans heeft op wat wordt beschouwd als een afwijking. Per april 2023 wordt niet-invasieve prenatale test (NIPT) zonder medische indicatie als onderdeel van prenatale screening aangeboden vanuit een overheidsprogramma. De eigen betaling van € 175 van deze test komt dan te vervallen. Is er sprake van een NIPT met medische indicatie, dan wordt de test vanuit de basisverzekering vergoed. Per 2023 is het verplichte eigen risico niet meer van toepassing op de NIPT met medische indicatie.

### **Vergoeding Vitamine D**

De vergoeding van vitamine D wordt beperkt. Geneesmiddelen die colecalciferol of calcifediol (vitamine D-analogen) bevatten worden per 1 januari 2023 uit het GVS verwijderd. Aan de vergoeding van een aantal andere vitamine D-analogen (alfacalcidol, calcitriol en dihydrotachysterol) worden indicatievoorwaarden verbonden.

## 2.4 Eigen risico, eigen bijdragen en inkomensafhankelijke bijdragen

### **Verplicht eigen risico**

Het verplichte eigen risico blijft gehandhaafd op € 385 per jaar. Het kabinet Rutte IV heeft besloten om, net als in de voorafgaande jaren, het verplichte eigen risico op € 385 te "bevriezen". Volgens de budgettaire bijlage bij het coalitieakkoord zal het niet verhogen van het verplichte eigen risico in 2023 223 miljoen euro kosten, en in de jaren daarna ongeveer tussen de 449 en de 479 miljoen euro (per jaar). Deze kosten worden opgebracht vanuit de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgpremie.

Dit betekent dat het verplichte eigen risico ook in 2023 € 385 bedraagt.

### **Aanpassing eigen bijdragen**

De Zvw kent eigen bijdragen en/of maximale vergoedingen voor haarprothesen, lenzen en brillenglazen, orthopedische schoenen, kraamzorg en ziekenvervoer en hulpmiddelen. Deze eigen bijdragen worden jaarlijks aangepast op basis van indexaties. De bedragen worden jaarlijks opgenomen in de Regeling zorgverzekering. In het najaar van 2022 worden de bedragen per 2023 in de Staatscourant gepubliceerd (zie [zoek.officiëlebekendmakingen.nl](http://zoek.officiëlebekendmakingen.nl)).

### **Overzicht inkomensafhankelijke bijdragen**

Naast de nominale premie is er inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd. Deze inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven over het inkomen in het betreffende jaar, waarbij het inkomen wordt gemaximeerd op een door de Minister vast te stellen bedrag. Dit bedrag kan de Minister jaarlijks herzien.

Voor 2023 zijn deze tarieven voorgesteld:

- Het reguliere tarief: 6,68% (in 2022: 6,75%)
- Het verlaagde tarief: 5,43% (in 2022: 5,50%)
- Het nultarief: 0%

De inkomensafhankelijke bijdrage (regulier tarief) daalt met 0,07% naar 6,68%. Aan de ene kant zorgt volumestijging voor een verhoging van 0,06%, maar het volume waarover de inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven is gegroeid en dat leidt weer tot een verlaging van 0,26%. Daarnaast is er in 2022 teveel inkomensafhankelijke bijdrage geheven in verhouding tot de hoogte van de premie en dat wordt in 2023 gecorrigeerd.

Ook het verlaagde tarief van de inkomensafhankelijke bijdrage daalt met 0,30% naar 5,45%. Globaal gezien wordt het verlaagde tarief geheven als er geen sprake is van een werkgever of een uitkeringsinstantie die de inkomensafhankelijke bijdrage betaalt.

De nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage worden altijd in de verhouding 50/50 vastgesteld.

Ook het verlaagde tarief van de inkomensafhankelijke bijdrage daalt met 0,07% naar 5,43%.

In de volgende tabel zijn de verschillende bedragen en percentages van de inkomensafhankelijke bijdragen vanaf 2020 weergegeven.

Inkomensafhankelijke bijdrage	2020	2021	2022	2023
Maximum bijdrageplichtig inkomen	€ 57.232	€ 58.311	€ 59.706	Nnb
Percentage regulier tarief	6,70%	7,00%	6,75%	6,68%
Percentage verlaagd tarief	5,45%	5,75%	5,50%	5,43%
Percentage nultarief	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Maximum te betalen bedrag regulier tarief	€ 3.834,54	€ 4.081,77	€ 4.030,16	Nnb
Maximum te betalen bedrag verlaagd tarief	€ 3.119,14	€ 3.352,88	€ 3.283,83	Nnb

Het is mogelijk dat er combinaties van inkomsten plaatsvinden, zodat iemand over een bepaald inkomen het reguliere tarief betaalt (bijvoorbeeld inkomsten uit loondienst), en over andere inkomsten het verlaagde tarief (bijvoorbeeld inkomsten als freelancer). Het inkomen waarover het reguliere tarief wordt geheven gaat dan voor.

## 2.5 Voorwaardelijke toelating

Sinds 1 februari 2019 vervangt de Subsidieregeling veelbelovende zorg het Instrument voorwaardelijke toelating. Via deze regelingen wordt het mogelijk om voor zorg die nog niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' onderzoek uit te voeren naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de zorg ten opzichte van de gebruikelijke behandeling. In deze tekst wordt voor de duidelijkheid het begrip 'voorwaardelijke toelating' (VT) gebruikt.

In artikel 2.2. Rzv is vermeld welke vormen van zorg voorwaardelijk zijn toegelaten tot het basispakket. In 2022 en voor 2023 zijn er geen nieuwe vormen van zorg voorwaardelijk toegelaten. De duur van de voorwaardelijke toelating van een aantal zorgvormen werd dit jaar echter wel verlengd. Dit wordt weergegeven in het onderstaande overzicht.

### Wijzigingen

1. De behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject wordt met zes maanden verlengd en loopt daardoor tot 1 januari 2023.
2. Behandeling met autologe vettransplantatie (AFT) bij patiënten die een borstverwijderingsoperatie hebben ondergaan of in de nabije toekomst zullen ondergaan ter behandeling van borstkanker. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject wordt met drie maanden verlengd en loopt daardoor tot 1 januari 2023.

3. Geïntensiveerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject wordt met 24 maanden verlengd en loopt daardoor tot 1 januari 2025.
4. Combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject wordt met 24 maanden verlengd en loopt daardoor tot 1 oktober 2024.
5. CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject wordt met 11 maanden verlengd en loopt daardoor tot 1 maart 2024.
6. Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject wordt met drie maanden verlengd en loopt daardoor tot 1 januari 2024.
7. Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject wordt met negen maanden verlengd en loopt daardoor tot 1 januari 2024.
8. Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject wordt met drie maanden verlengd en loopt daardoor tot 1 januari 2024.
9. Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die gericht is op de directe herstellzorg van patiënten met ernstige COVID-19. De voorwaardelijke toelating is verlengd met 12 maanden en loopt daardoor tot 1 augustus 2023.

#### *Afgeronde trajecten*

Op 1 januari 2022 is de voorwaardelijke toelating voor de behandeling van sacrale neuromodulatie bij patiënten met therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage afgelopen. Op 21 december 2021 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat het voorwaardelijk tot het basispakket toegelaten sacrale neuromodulatie (SNS) voor de behandeling van patiënten met therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage geen te verzekeren prestatie is. Dit betekent dat deze zorg geen onderdeel zal gaan uitmaken van het basispakket.

### **3 Diversen**

#### **3.1 Jurisprudentie van de SKGZ**

##### *Zvw-pgb*

Een verzekerde kan aanspraak maken op verpleging en verzorging op grond van de basisverzekering als deze hiervoor een indicatie heeft. Deze indicatie moet zijn gesteld door een wijkverpleegkundige niveau 5. De verzekerde heeft vervolgens de keuze de geïndiceerde zorg af te nemen bij een (gecontracteerde) thuiszorginstelling, dan wel de zorg zelf in te kopen door middel van een Zvw-pgb. Om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb gelden overigens wel aanvullende eisen die door zorgverzekeraars nader zijn vormgegeven in het Zvw-pgb reglement. In de praktijk bleek dat zorgverzekeraars de indicatiestelling in veel gevallen niet konden volgen. Bijvoorbeeld omdat onduidelijkheid bestond over de geneeskundige context, het aantal uren dat was geïndiceerd voor bepaalde handelingen of dat niet duidelijk was welke interventies – zoals hulpmiddelen of alternatieve vormen van zorg – werden ingezet om de zelfredzaamheid



van de verzekerde in kwestie te vergroten. Dit leidde ertoe dat zorgverzekeraars de aanvraag voor het Zvw-pgb afwezen, dan wel naar eigen inzicht van de gestelde indicatie afweken en op basis hiervan een Zvw-pgb toekende.

De Geschillencommissie heeft geoordeeld dat een zorgverzekeraar niet zonder meer van de indicatiestelling van de wijkverpleegkundige mag afwijken. Hiertoe is vereist dat de zorgverzekeraar eerst aan de indicierend wijkverpleegkundige kenbaar maakt op welke onderdelen hij de indicatie niet kan volgen en deze vervolgens in de gelegenheid stelt een reactie te geven en/of aanvullende informatie aan te leveren. Voor zover dit leidt tot overeenstemming tussen de zorgverzekeraar en de wijkverpleegkundige moet dit schriftelijk worden vastgelegd en geldt de (aangepaste) indicatie als uitgangspunt voor de verdere beoordeling. Komen partijen niet tot overeenstemming met elkaar dan heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid gemotiveerd af te wijken van de indicatie en zal hij dit kenbaar moeten maken aan zowel de wijkverpleegkundige als de verzekerde in kwestie.

Indien een zorgverzekeraar niet handelt volgens het beslissingskader en contact met de indicierend wijkverpleegkundige uitblijft, mag de zorgverzekeraar niet van de gestelde indicatie afwijken. In de gevallen dat de zorgverzekeraar dit toch heeft gedaan, oordeelde de commissie dat het besluit van de zorgverzekeraar niet zorgvuldig tot stand was gekomen, zodat hieraan voorbij moest worden gegaan. In dit gevallen moest het Zvw-pgb alsnog toegekend worden overeenkomstig de gestelde indicatie. (Bron: Bindend advies GcZ, 9 juni 2022, SKGZ202002658).

#### *Preferentiebeleid*

Uitgangspunt is dat de overheid bepaalt welke geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de basisverzekering. Daarvoor kan het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) worden geraadpleegd. Daarnaast heeft de overheid per cluster aan onderling vervangbare geneesmiddelen een prijsplafond bepaald. Kost een geneesmiddel meer? Dan blijven de meerkosten in de vorm van een eigen bijdrage voor rekening van de verzekerde.

Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid een preferentiebeleid te voeren. Dit houdt in dat zij binnen een cluster aan onderling vervangbare geneesmiddelen één of meerdere merken/fabrikanten kunnen aanwijzen als preferent middel. Een verzekerde heeft enkel recht op vergoeding van het preferente middel. Uitzondering op deze regel is dat een verzekerde aantoont dat het medisch onverantwoord is het preferente middel te gebruiken. Dit kan bijvoorbeeld aan de orde zijn als een intolerantie bestaat voor bepaalde hulp- en vulstoffen.

De Geschillencommissie oordeelde dat zorgverzekeraars niet van het juridische kader mogen afwijken. Dit betekent dat er geen andere beperking mag worden opgelegd met betrekking tot de aanspraak op geneesmiddelen. Dit werd duidelijk gemaakt in een tweetal zaken die hieronder bij wijze van voorbeeld worden toegelicht.

#### *Voorbeeld 1: de zorgverzekeraar wijst géén preferent middel aan*

In deze situatie moet de zorgverzekeraar het geneesmiddel dat aan verzekerde is verstrekt vergoeden, tot maximaal het prijsplafond dat door de overheid is bepaald. De zorgverzekeraar mag een verzekerde dus niet verplichten het goedkoopste (onderling vervangbare) geneesmiddel af te nemen of de vergoeding hiervan beperken tot maximaal het bedrag van het goedkoopste middel. De wet biedt hiervoor geen ruimte.

#### *Voorbeeld 2: de zorgverzekeraar wijst één preferent middel aan en de verzekerde toont aan dat het medisch onverantwoord is dit te gebruiken*

In deze situatie moet de zorgverzekeraar het 'merkgeneesmiddel' aan verzekerde vergoeden. De zorgverzekeraar mag de verzekerde in dit geval niet verplichten nog meer of andere (onderling) vervangbare geneesmiddelen te proberen, voordat een vergoeding wordt toegekend. Immers, de zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid meerdere preferente middelen aan te wijzen. Doet hij dat niet, dan komt dit voor zijn rekening en risico. Slechts in het geval dat meerdere preferente middelen zijn aangewezen, kan een zorgverzekeraar van zijn verzekerde vergen dat ook van die middelen moet worden aangetoond dat het medisch onverantwoord is deze te gebruiken, alvorens het 'merkgeneesmiddel' te vergoeden. (Bronnen: Bindend advies GcZ, 25 augustus 2022, SKGZ202101621 /Bindend advies GcZ, 22 september 2022, SKGZ202101249).

### **3.2 Maximale collectiviteitskorting Zorgverzekeringwet per 2023 afgeschaft**

In de Zorgverzekeringwet is geregeld dat zorgverzekeraars collectiviteitskorting mogen geven. Het oorspronkelijke idee achter zorgcollectiviteiten is dat ze, conform de Zorgverzekeringwet, zouden moeten leiden tot een besparing op zorgkosten.

In de praktijk blijken er veel collectiviteiten te zijn die alleen gebruikt worden om korting te genereren. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft daarom besloten de Zorgverzekeringwet aan te passen. De maximale collectiviteitskorting die verzekeraars op de basisverzekering mogen geven, is vanaf 2020 gehalveerd van 10% naar 5%.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in 2020 onderzoek gedaan naar de toegevoegde waarde van collectiviteiten. Belangrijk en positief is, dat uit dat onderzoek blijkt dat er inmiddels bij maar liefst 89% van de onderzochte collectiviteiten sprake is van aanvullende, inhoudelijke afspraken. Bij een eerder onderzoek, in 2016, was dat percentage slechts 20%. Dit geeft aan dat steeds meer werkgevers en zorgverzekeraars de waarde inzien van een zorgcollectiviteit met aanvullende, zorginhoudelijke afspraken.

Desondanks heeft minister Van Ark van VWS aan de Tweede Kamer laten weten dat de collectiviteitskorting op de basisverzekering per 2023 volledig wordt afgeschaft.

Belangrijke reden hiervoor is dat, volgens het ministerie van VWS, niet met harde cijfers te onderbouwen is wat zorgcollectiviteiten besparen aan zorgkosten. Daardoor ontstonden, volgens VWS, "constructies waarbij verzekeraars eerst de prijs voor alle verzekerden verhogen en daarop vervolgens een korting weggeven voor bepaalde groepen, zogeheten kruissubsidiëring."

"Met ingang van 2020 werd de korting voor de basiszorgverzekering door de minister voor Medische Zorg en Sport al teruggebracht van 10 naar maximaal 5 procent. De praktijk laat zien dat kruissubsidiëring hiermee onvoldoende is gedaald en dat een korting op de basisverzekering daarmee niet te rechtvaardigen is. Daarom volgt nu volledige afschaffing van de korting." Aldus de voormalig minister.

Het wetsvoorstel wat de afschaffing van de korting moet regelen, is inmiddels door beide Kamers aangenomen en gepubliceerd in het Staatsblad.

De verlaging en toekomstige afschaffing van collectiviteitskorting geldt alleen voor de basisverzekering, dus voor aanvullende pakketten kunnen zorgverzekeraars zelf bepalen hoe hoog de eventuele korting is.

### 3.3 Wijziging verzekeringsplicht voor Caribische studenten vanaf 1 juli 2022

Tot 1 juli 2022 konden studenten met de Nederlandse nationaliteit uit Aruba, Curaçao, Sint Maarten, Bonaire, Sint Eustatius of Saba geen Nederlandse zorgverzekering afsluiten als zij hier alleen kwamen studeren. Op 1 juli 2022 is dit veranderd. Caribische studenten die in Nederland wonen moeten nu vaak wel een zorgverzekering afsluiten.

Caribische studenten die uitsluitend naar Nederland komen om te studeren, worden als woonachtig gezien als zij langer dan 3 jaar in Nederland verblijven. Is de (voorgeschreven) duur van de opleiding 3 jaar of langer, dan moet de student een Nederlandse zorgverzekering afsluiten. De student kan dan ook zorgtoeslag aanvragen. Is de voorgeschreven duur van de studie korter dan 3 jaar? Dan woont de student in juridische zin niet in Nederland en kan dus géén zorgverzekering afsluiten. Ook heeft de student dan dus geen recht op zorgtoeslag. De verplichting een Nederlandse zorgverzekering af te sluiten is gekoppeld aan de verzekeringsplicht voor de Wet langdurige zorg (Wlz) en wordt getoetst door de SVB (ambtshalve of desgevraagd).

#### **Uitzonderingen**

In bepaalde situaties verblijft een student in Nederland om een studie te volgen met een voorgeschreven studieduur van minimaal 3 jaar, maar kan de student toch geen verzekering afsluiten. Bijvoorbeeld als er sprake is van contra-indicaties. De student heeft dan een sterke band met het land van herkomst. Denk aan de volgende situaties:

- De studie wordt geheel bekostigd vanuit het land van herkomst.
- De kosten van levensonderhoud worden geheel bekostigd vanuit het land van herkomst.
- De student keert frequent terug naar het land van herkomst voor familiebezoek.

Als de student, doordat er contra-indicaties zijn, tóch niet aangemerkt wordt als woonachtig in Nederland, dan kan deze student geen Nederlandse zorgverzekering afsluiten. Studenten uit Aruba, Curaçao of Sint Maarten kunnen dan een internationale zorgverzekering afsluiten en studenten uit Bonaire, Sint Eustatius of Saba kunnen gebruikmaken van de Zorgverzekering BES.

### 3.4 Stand van zaken wanbetalersmaatregelen

De wanbetalersregeling kent evenals vorig jaar de volgende aandachtspunten:

- Een verzekerde kan alleen door een zorgverzekeraar bij het CAK als wanbetaler worden aangemeld met een adres dat overeenkomt met het adres in de Basisregistratie Persoonsgegevens (BRP).
- Als iemand een zorgverzekering wil sluiten, zal diegene ook een adres moeten opgeven dat overeenkomt met een adres in de BRP. Zonder geldig BRP-adres mag de zorgverzekeraar de aspirant verzekerde niet accepteren, tenzij de verzekerde binnen een redelijke termijn zorgt voor een geldige BRP-inschrijving.
- In een aantal gevallen zal de verzekeraar een aspirant verzekerde ook moeten inschrijven zonder geldige BRP-inschrijving. Dit betreft de situaties:

- dat de verzekerde een verklaring van de SVB kan overleggen waaruit blijkt dat hij verzekerd is voor de Wlz. Deze verklaring wordt door de SVB afgegeven bij bijvoorbeeld bijzondere groepen personen die in specifieke situaties verzekeringsrecht in Nederland hebben. Hierbij valt te denken aan werknemers van internationale organisaties, internationale ambtenaren of internationale detachering;
  - dat de verzekerde kan aantonen dat hij in het buitenland woont, maar in Nederland werkt en in Nederland inkomstenbelasting afdraagt (werkgeversverklaring of recente loonstrook);
  - dat de verzekerde niet verweten kan worden dat er (nog) geen geldige BRP-inschrijving is, omdat de gemeente de inschrijving nog in onderzoek heeft of om een andere reden nog niet heeft kunnen verwerken. De verzekerde moet aantonen dat het hem niet te verwijten is dat de inschrijving nog niet rond is.
- De bestuursrechtelijke premie wordt vóór 15 november in een ministeriële regeling vastgesteld voor het daaropvolgende jaar. Hierdoor kan ook differentiatie plaatsvinden van de bestuursrechtelijke premie, als daar voor bepaalde groepen wanbetalers behoefte aan is.
- Door het opslagpercentage werken premiestijgingen harder door in de feitelijke bestuursrechtelijke premie. Ter compensatie van de premiestijging die volgt uit het bevriezen van het eigen risico is er besloten het opslagpercentage per 1 januari 2019 te verlagen naar 20%. De aanpassing van het opslagpercentage valt binnen de bandbreedte van 110% - 130%, zoals opgenomen in artikel 18d, Zvw.
- Het bestuursrechtelijk incassoregime kent een aantal beëindigingsgronden:
  - schuld wordt voldaan,
  - verzekeringnemer valt onder schuldsaneringsregeling,
  - aangaan van een minnelijke schuldsaneringsregeling door bemiddeling van een wettelijk erkende schuldhulpverlener en
  - als een verzekeraar en de verzekeringnemer een betalingsregeling zijn overeengekomen.

De verzekeraar meldt dit het CAK. Als de verzekeringnemer zich niet houdt aan de afspraken van de betalingsregeling, moet de verzekeraar dit ook doorgeven aan het CAK. Het bestuursrechtelijk incassoregime herleeft dan per de eerste van de volgende kalendermaand.
- Daarnaast geldt dat na afmelding als wanbetaler bij het CAK, de achterstand bij het CAK ontstaat in de wanbetalingsregeling altijd wordt kwijtgescholden. Dit geldt niet bij opschorting van de aanmelding als wanbetaler.
- Om uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime te bewerkstelligen is er in 2016 voor gekozen de Regeling Uitstroom Bronheffing (RUB) in eerste instantie te concentreren op de groep bijstandsgerechtigden, dat wil zeggen mensen met een uitkering ingevolge Hoofdstuk 3 van de Participatiewet. Vanaf 1-1-2019 is deze regeling aangepast en voorziet erin een soortgelijke uitstroom mogelijk te maken voor meerderjarigen die onder beschermingsbewind zijn gesteld. De bestuursrechtelijke premie is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de verzekeringnemer onder bewind is gesteld.

Zorgverzekeraars ontvangen een compensatiebijdrage zolang de verzekering van de betreffende wanbetaler niet wordt opgeschort of geschorst. De compensatiebijdrage is gelijk aan de standaardpremie (voor de zorgtoeslag).

Door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is er een normenkader opgesteld dat gehanteerd wordt om te toetsen of verzekeraars voldoen aan de voorwaarden zoals die zijn opgenomen in de Rzv. Mocht de verzekeraar niet (adequaat) hieraan voldoen dan kan de NZa (vanaf 2020) een sanctie (aanwijzing of dwangsom) opleggen.

In artikel 18aa van de Zvw staat: *"Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat de uit te betalen zorgtoeslag direct of door tussenkomst van het CAK aan de zorgverzekeraar wordt uitbetaald."* Van deze mogelijkheid kan nog geen gebruik worden gemaakt. De Belastingdienst/Toeslagen is terughoudend met de mogelijkheid van vrijwillig overmaken van zorgtoeslag vanwege de complexe vraagstukken, techniek en kosten.

### **Wet Gemeentelijke Schuldhulpverlening**

Op 1 januari 2021 is een wijziging ingegaan m.b.t. de Wet gemeentelijke Schuldhulpverlening (Wgs). De wijziging geeft gemeenten de mogelijkheid om gegevens van burgers met betalingsachterstanden in een vroeg stadium uit te wisselen met woningcorporaties, energie- en drinkwaterbedrijven en zorgverzekeraars. Hierdoor krijgen gemeenten mensen met schulden tijdig in beeld en kunnen zij schuldhulpverlening aanbieden.

Naar schatting hebben ruim 600 duizend huishoudens in Nederland problematische schulden of lopen het risico daarin te belanden. Dit aantal was de afgelopen jaren (tot 2021) redelijk stabiel. De verwachting is dat dit aantal de komende periode fors gaat oplopen als gevolg van de hoge energieprijzen en de hoge inflatie.

### **Brede Schuldetaanpak**

Vroegsignalering van problematische schulden is onderdeel van de brede schuldetaanpak van het kabinet. Deze aanpak bestaat uit een veertigtal maatregelen om de schuldenproblematiek terug te dringen. In het samenwerkingsverband brede schuldetaanpak werken veel organisaties samen die nauw betrokken zijn bij de schuldenproblematiek. Het gaat onder andere om de Belastingdienst, het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB), UWV, zorgverzekeraars, SVB, gemeenten en de vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren (NVVK).

De aanlevering van de achterstandsgegevens loopt via BKR (Vindplaats schulden) of RIS "Vroeg erop af" zij combineren info van verschillende partijen. Met de gecombineerde info gaan vanuit de gemeente schuldhulpverleners of maatschappelijk werkers naar de klant.

### **Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (Awir): hersteloperatie kinderopvangtoeslag (KOTA)**

Het kabinet wil publieke en private schulden overnemen van gedupeerden. Voor wat de zorgverzekeraars betreft is dit de premie- en/of zorg gerelateerde vordering (waaronder eigen betalingen, eigen risico) inclusief de bijkomende kosten (waaronder incasso- en deurwaarderskosten) in de periode 1 januari 2006 tot 1 juni 2021.

Twee essentiële uitgangspunten hierbij zijn:

- Via Belastingdienst ontstaat een ondubbelzinnig overzicht daadwerkelijk gedupeerden;
- Duidelijkheid over waar de rekening inzake eventuele kwijting ingediend kan worden ter compensatie.

Twee artikelen zijn toegevoegd aan de Awir ten behoeve van de hersteloperatie:

- 1) Moratorium (Opschorting van betalingsverplichtingen):

Er kan tijdelijk geen titel door schuldeisers worden verkregen om een schuld ontstaan voor 12 februari 2021 te laten voldoen door gedupeerden die als zodanig door de Belastingdienst zijn erkend. Het moratorium geldt vooralsnog voor de periode van een jaar vanaf uitkering van de forfaitaire tegemoetkoming.

- 2) Plicht voor schuldeisers om BKR-registraties naar aanleiding van een vervallen schuld te verwijderen.

De zorgverzekeraars is gevraagd om hun betalingsachterstand in te dienen bij het schuldenloket van Sociale Banken Nederland (SBN). Hiervan is inmiddels een deel betaald door SBN.

Verwachting is dat de rest in de loop van dit jaar ook betaald wordt. Hierdoor zijn alle verzekerden – waarvoor de toezegging geldt – schuldenvrij tot 1 juni 2021.

### **Ten Onrechte Verzekerd (TOVER)**

Vanaf 1 oktober 2019 is de Regeling zorgverzekering aangepast. Deze aanpassing maakt het mogelijk om bestanden uit te wisselen tussen de SVB en de zorgverzekeraars om ten onrechte verzekerden te kunnen opsporen. In het TOVER-proces wordt de administratie van de SVB (BAV) vergeleken met het Referentiebestand (RBVZ). Indien een verzekerde wel voor komt in het RBVZ maar niet in de BAV volgt een signaal "gerede twijfel" naar de zorgverzekeraar.

### **3.5 Integraal Zorgakkoord (IZA)**

Begin september 2022 hebben zorgverzekeraars het Integraal Zorgakkoord (IZA) ondertekend. Door vergrijzing en personeelskrapte zullen er in vrijwel alle sectoren van de zorg knelpunten ontstaan. Met IZA moet dit opgelost worden zodat verzekerden ook in de toekomst kunnen blijven rekenen op toegang tot goede en betaalbare zorg.

In het IZA afspraken gemaakt over meer samenwerking, digitalisering en extra investeringen in de eerstelijnszorg. Zorgverzekeraars gaan daarbij de netwerken versterken die bijdragen aan passende zorg.