

Kenniskern

2024

Inhoudsopgave

Voorwoord

1. Inleiding

2. Zorg

2.1 Algemeen: Prinsjesdag

2.2 Herstelzorg 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 UBO-register (tijdelijk) afgesloten

3.4 Aanpassing ingangsdatum verzekeringsrecht bij ontstaan daarvan agv EU-recht

3.5 Bestuurlijke boete NZa bij te late melding wijziging premiegrondslag

3.6 Aanpassing risicoverevening

3.7 Hinderpaalcriterium en wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering

3.8 Wijziging verzekeringsplicht voor Caribische studenten vanaf 1 juli 2022

3.9 Stand van zaken wanbetalersmaatregelen - GJV (WSNP per 1-7-2023 -> na 18 maanden betalingsregeling schuldsanering met 6 maanden proeftermijn -> nieuw convenant.

3.10 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 toenmalige 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), Niamh Spies (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 2024 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

Niamh Spies

Geert-Jan Vos

Marc van Westerlaak

1. Inleiding

In deze notitie (status oktober 2023) 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 2024 ten opzichte van 2023. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan items die in 2023 gespeeld hebben en extra aandacht verdienen.

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 het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) die te maken hebben met de Zvw en de Wet langdurige zorg (Wlz):

Item	2021	2022	2023	2024	Vershil '23/'24
Procentuele Wlz-premie	9,65%	9,65%	9,65%	9,65%	0,00%
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (normaal tarief)	7,00%	6,75%	6,68%	6,57%	-0,11%
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (verlaagd tarief)	5,75%	5,50%	5,43%	5,32%	-0,11%
Nominale rekenpremie	€ 1.417,00	€ 1.499,00	€ 1.599,00	€ 1.708,00	€ 109,00
Gemiddelde nominale opslagpremie (schatting)	€ 54,00	€ 15,00	€ 50,00	€ 84,00	€ 34,00
Totale gemiddelde nominale premie	€ 1.471,00	€ 1.514,00	€ 1.649,00	€ 1.792,00	€ 143,00
Verplicht eigen risico	€ 385,00	€ 385,00	€ 385,00	€ 385,00	€ 0,00
Standaardpremie (tbv Zorgtoeslag)	€ 1.705,00	€ 1.749,00	€ 1.889,00	€ 2.027,00	€ 138,00
Maximale zorgtoeslag alleenstaande	€ 1.287,00	€ 1.336,00	€ 1.858,00	€ 1.523,00	-€ 335,00
Maximale zorgtoeslag partners	€ 2.487,00	€ 2.553,00	€ 3.180,00	€ 2.913,00	-€ 267,00

Premie-inschatting VWS

VWS verwacht dat de gemiddelde nominale premie per 2024 met € 11,92 per maand (€ 143 per jaar) stijgt. Overall hebben zorgverzekeraars hun premies in 2023 gemiddeld € 24 per jaar lager vastgesteld dan VWS had begroot op Prinsjesdag vorig jaar (prognose € 1.649 ten opzichte van € 1.625 gemiddelde betaalde premie (volgens Vektis)).

Op basis van de rekenpremie gaan zorgverzekeraars doorrekenen welke premie zij zelf denken nodig te hebben. Deze premiestelling voor 2024 moet uiterlijk 12 november 2023 bekend gemaakt zijn. De eerste zorgverzekeraar heeft inmiddels een premiestijging van € 11,50 per maand bekend gemaakt.

Voor 2024 verwacht VWS dat zorgverzekeraars nog € 0,2 miljard overreserves zullen inzetten om de premies te dempen. Volgens de berekeningen van VWS was de inzet van reserves door zorgverzekeraars per 2023 € 0,3 miljard. Overall zorgt de lagere inzet van reserves voor een verhoging van € 10, waarvan de helft via de inkomensafhankelijke bijdragen wordt gefinancierd. De inzet van reserves zorgt, volgens VWS, voor een verlaging van de nominale premie in 2024 van € 5.

Premie Wet langdurige zorg

De procentuele premie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) blijft gelijk volgens afspraak.

2.2 Herstelzorg COVID-19

Tijdens de covid-pandemie bleek dat veel patiënten belang hadden bij paramedische (herstel)zorg. Door middel van een tijdelijke uitbreiding werd vanaf medio 2020 het basispakket uitgebreid met vergoeding voor maximaal 50 fysio- of oefentherapeutische sessies, 10 uren ergotherapie, 7 uren diëtetiek en (onbeperkt) logopedie voor de duur van maximaal zes maanden. Deze tijdelijke uitbreiding is al een aantal keren verlengd en zou in principe per augustus 2023 aflopen.

Uit de begrotingsstaat van VWS (onderdeel van de Voorjaarsnota) blijkt dat de regeling paramedische herstelzorg covid weer verlengd is, en wel tot 1 januari 2025. VWS geeft aan dat in de tussentijd een besluit zal worden genomen of deze herstelzorg vast onderdeel van het basispakket van de Zvw zal moeten worden per 2025.

2.3 Wijzigingen Zvw

Uitbreiding pakket met valpreventie

Vanaf 2024 wordt het pakket uitgebreid met een trainingsprogramma valpreventie.

Deze valpreventie wordt alleen onder specifieke voorwaarden vergoed. Zo moet het gaan om een oudere waarbij sprake is van een hoog valrisico in combinatie met onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen.

Daarnaast wordt alleen een trainingsprogramma vergoed, als de training onder begeleiding plaatsvindt. Die begeleiding moet dan plaatsvinden "op het niveau van een fysiotherapeut". In praktijk zal zo'n beweegprogramma valpreventie dan ook meestal door een fysiotherapeut worden gegeven.

Inzet kraamzorg over een langere termijn

In 2023 wordt kraamzorg vanuit de basisverzekering alleen vergoed gedurende de eerste tien dagen vanaf de dag van bevalling. De termijn waarbinnen kraamzorg verleend moet worden, wordt verlengd tot maximaal zes weken vanaf de dag van bevalling. Op deze manier kunnen de uren kraamzorg flexibeler ingezet worden.

Dit betekent niet dat er meer uren kraamzorg geleverd worden. Er is recht op 24 tot maximaal 80 uur kraamzorg. Het aantal uren dat per situatie wordt geleverd, wordt vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Het toegekende aantal uren kan vanaf 2024 dus over zes weken verdeeld worden, in plaats van over tien dagen.

20-wekenecho uit de Zorgverzekeringswet

Het structureel echoscopisch onderzoek naar structurele afwijkingen in het tweede trimester van de zwangerschap ('20-wekenecho') wordt in 2023 bekostigd uit de Zvw. De bekostiging van de 20-wekenecho zal per 1 januari 2024 geen onderdeel meer uitmaken van het basispakket, maar zal gefinancierd worden via de regionale centra. Het aanbod blijft kosteloos voor de zwangere.

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 het verplichte eigen risico op € 385 te "bevriezen" tot en met 2025. Volgens de budgettaire bijlage bij het coalitieakkoord zal het niet verhogen van het verplichte eigen risico in 2024 477 miljoen euro kosten, en in de jaren daarna ongeveer 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 2024 € 385 bedraagt.

Het is de bedoeling om het verplichte eigen risico per 2025 "slimmer vorm te geven". Dit houdt in dat voor medisch-specialistische zorg maximaal € 150 per behandeling aan eigen risico wordt gerekend. Hiermee wordt de drempel om gebruik te maken van medisch-specialistische hulp verlaagd en blijft daarnaast de drempel voor zorggebruik langer doorwerken, omdat het eigen risico niet ineens opgemaakt is. De voorhangprocedure die deze aanpassing moet regelen is door de Tweede Kamer controversieel verklaard en ligt dus voorlopig stil.

Aanpassing eigen bijdragen

De Zvw kent eigen bijdragen en/of maximale vergoedingen voor haarprothesen, lenzen en brillenglazen, orthopedische schoenen, kraamzorg en ziekenvervoer en andere hulpmiddelen. Deze eigen bijdragen worden jaarlijks aangepast op basis van indexaties. De bedragen worden jaarlijks opgenomen in de Regeling zorgverzekering (Rzv). In het najaar van 2023 worden de bedragen per 2024 in de Staatscourant gepubliceerd (zie [zoek.officiëlebekendmakingen.nl](https://zoek.officiëlebeelden.digibew.nl/zoek?table=1&query=officiële%20bekendmakingen.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 2023 . Dit wordt in 2024 6,57%.

- Het verlaagde tarief: 5,43% in 2023. Dit wordt in 2024 5,32%.
- Het nultarief: 0%

De inkomensafhankelijke bijdrage (regulier tarief) daalt met 0,11% naar 6,57%. Aan de ene kant zorgt de uitgavenontwikkeling (onder meer lonen en prijzen) voor een verhoging, maar het volume waarover de inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven is gegroeid en dat leidt weer tot een verlaging.

De nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage worden altijd in de verhouding 50/50 vastgesteld. Omdat in praktijk de premievaststelling door verzekeraars meestal afwijkt van wat VWS begroot, wordt er doorgaans een correctie voor het voorgaande jaar ingebouwd. Voor het rechtekken van de verhouding is een correctie van -0,01% ingebouwd in de inkomensafhankelijke bijdrage.

Ook het verlaagde tarief van de inkomensafhankelijke bijdrage daalt met 0,11% naar 5,32%. Globaal gezien wordt het verlaagde tarief geheven als er geen sprake is van een werkgever of een uitkeringsinstantie die de inkomensafhankelijke bijdrage betaalt.

In de volgende tabel zijn de verschillende bedragen en percentages van de inkomensafhankelijke bijdragen vanaf 2021 weergegeven.

Inkomensafhankelijke bijdrage	2021	2022	2023	2024
Maximum bijdrageplichtig inkomen	€ 58.311	€ 59.706	€ 66.956	Nnb
Percentage regulier tarief	7,00%	6,75%	6,68%	6,57%
Percentage verlaagd tarief	5,75%	5,50%	5,43%	5,32%
Percentage nultarief	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Maximum te betalen bedrag regulier tarief	€ 4.081,77	€ 4.030,16	€ 4.472,66	Nnb
Maximum te betalen bedrag verlaagd tarief	€ 3.352,88	€ 3.283,83	€ 3.635,71	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 toelatingen

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 2023 en voor 2024 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. Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject loopt tot 1 januari 2026;

2. Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject wordt loopt door tot 1 januari 2025;
3. Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die gericht is op de directe herstellzorg van patiënten met ernstige COVID-19. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject loopt door tot 1 januari 2025.

Afgeronde trajecten

Op 1 januari 2023 is de voorwaardelijke toelating voor de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV afgelopen. Op datum 13 december 2022 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat TIL-therapie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk van patiënten die eerder behandeld zijn en voldoen aan de in- en exclusiecriteria van het onderzoek dat is uitgevoerd in het kader van de voorwaardelijke toelating.

Op 1 januari 2023 is de voorwaardelijke toelating voor de behandeling met autologe vettransplantatie (AFT) bij patiënten die een borstverwijderingsoperatie hebben ondergaan of in de nabije toekomst zullen ondergaan ter behandeling van borstkanker afgelopen. Op 13 december 2022 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat de behandeling AFT na een totale borstverwijdering vergoed kan worden uit het basispakket voor vrouwen die een borst moeten laten verwijderen door borstkanker of om borstkanker te voorkomen. Dit betekent dat de zorg onderdeel zal gaan uitmaken van het basispakket.

Op 1 januari 2024 loopt de voorwaardelijke toelating voor behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem af. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject is niet verlengd. Het Zorginstituut verwacht hierover in december 2023 een standpunt in te nemen.

3. Diversen

3.1 Jurisprudentie

Aanspreekvorm verzekerden

Bij genderneutrale personen kan de behoefte bestaan dat zij in de communicatie met organisaties genderneutraal worden aangesproken. Steeds meer organisaties kiezen voor een genderneutrale aanspreekvorm. De NS spreekt haar reizigers genderneutraal aan met 'beste reizigers'. Verschillende universiteiten kiezen voor de aanspreekvorm 'beste studenten'.

Personen van wie de genderidentiteit niet aansluit bij het bij de geboorte vastgestelde geslacht, kunnen onder voorwaarden hun geslacht laten wijzigingen naar 'man' of 'vrouw'. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om het geslacht aan te passen naar een genderneutrale vermelding, namelijk 'geslacht onbekend'. Hiervoor moet een verzoek bij de rechtbank worden ingediend. Deze aanpassing wordt doorgegeven aan de Basisregistratie Personen (BRP).

Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering is een verzekerde verplicht belangrijke wijzigingen door te geven aan de zorgverzekeraar. Een aanpassing in de BRP is zo'n belangrijke wijziging. Het is vervolgens aan de zorgverzekeraar om deze informatie in zijn systeem aan te passen. De doorgevoerde wijziging heeft niet alleen gevolgen voor de aanspreekvorm, bijvoorbeeld van man naar vrouw, maar ook voor de dekking. Een persoon die geboren is met mannelijke geslachtsorganen heeft bijvoorbeeld geen aanspraak op bevalling- en kraamzorg.

In 2023 werd aan de Geschillencommissie een zaak voorgelegd waarin een betrokkene, na een rechtelijke uitspraak, het geslacht heeft laten aanpassen naar 'geslacht onbekend'. In vervolg hierop wilde de betrokkene dat de zorgverzekeraar de aanspreekvorm wijzigde naar een genderneutrale aanspreekvorm. De zorgverzekeraar toonde begrip voor dit verzoek, maar

voerde aan dat hij niet alle communicatie kon aanpassen. Alleen niet-geautomatiseerde correspondentie kon genderneutraal worden gemaakt. De Geschillencommissie heeft in een bindend advies geoordeeld dat de zorgverzekeraar de informatie uit de BRP moet overnemen. Dit geldt ook voor de door de betrokkene gewenste aanspreekvorm, aangezien de zorgverzekeraar niet meer kan volstaan met het hanteren van de oude aanspreekvorm. De door de zorgverzekeraar aangevoerde praktische bezwaren konden niet leiden tot een ander oordeel (Bron: **Bindend advies SKGZ, 17 juli 2023, 202300640**).

Proportionaliteit en subsidiariteit bij fraude

Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, Burgerlijk Wetboek (BW) vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vérstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere mogelijke sancties in geval van verzekeringsfraude die zijn gebaseerd op de voorwaarden van de verzekering, zoals - onder andere - opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister en in het Externe Verwijzingsregister (let op: deze opsomming is niet uitputtend). Vanwege de mogelijk verstrekkende gevolgen, moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding.

Voor beide registraties geldt dat hierbij het subsidiariteitsbeginsel en het proportionaliteitsbeginsel in acht moeten worden genomen. Er moet een belangenafweging worden gemaakt tussen het belang van de registratie enerzijds en de mogelijke nadelige gevolgen voor de verzekerde anderzijds. Het is aan de zorgverzekeraar in kwestie om aan te tonen dat voorafgaand aan de registratie een dergelijke belangenafweging heeft plaatsgevonden – zowel ten aanzien van de registratie zelf als voor de duur hiervan – en wat hiervan de uitkomst is. De Geschillencommissie beoordeelt in geschillen die hierover gaan of de inschrijving in de registers terecht heeft plaatsgevonden en vervolgens of ook de duur van de registratie terecht is. Deze beoordeling kan ertoe leiden dat de Geschillencommissie beslist dat inschrijving achterwege moet blijven of dat de duur ervan moet worden beperkt.

In 2023 werd aan de Geschillencommissie een zaak voorgelegd waarin een zorgverzekeraar – onder andere – de persoonsgegevens van de betrokkene had opgenomen in het interne Incidentenregister en in het Externe Verwijzingsregister omdat hij van oordeel was dat door betrokkene fraude was gepleegd. Betrokkene heeft de Geschillencommissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de aan hem opgelegde maatregelen in verband met fraude ongedaan diende te maken, althans ten minste de duur van de registratie van zijn persoonsgegevens in het interne Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister te verlagen. De zorgverzekeraar heeft een kopie van het onderzoeksrapport overgelegd waaruit bleek dat hij een zogenoemde sanctiechecklist had ingevuld die deel uitmaakt van de 'Maatregelenrichtlijn' die door Zorgverzekeraars Nederland is opgesteld.

Uit deze checklist volgt dat punten worden toegekend op basis van financieel belang en nader genoemde verzwarende omstandigheden. Ook kunnen punten in mindering worden gebracht als sprake is van verzachtende omstandigheden. Het puntentotaal geeft een indicatie voor de op te leggen maatregelen, waarvan de zorgverzekeraar om hem moverende redenen kan afwijken. De Geschillencommissie heeft in dit geval geoordeeld dat weliswaar sprake was van fraude, maar dat de door de zorgverzekeraar opgelegde maatregelen te zwaar waren gezien de omstandigheden. Daarom kwam de registratie in het Externe Verwijzingsregister te vervallen en diende de zorgverzekeraar deze ongedaan te maken (Bron: **Bindend advies SKGZ, 13 maart 2023, 202201061**).

3.2 Collectiviteitskorting Zorgverzekeringswet per 2023 afgeschaft

In de Zvw was geregeld dat zorgverzekeraars collectiviteitskorting mogen geven. Het oorspronkelijke idee achter zorgcollectiviteiten is dat ze, conform de Zvw, 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. VWS heeft daarom besloten de Zvw aan te passen en de collectiviteitskorting op de basisverzekering per 2023 volledig af te schaffen.

Belangrijke reden hiervoor is dat, volgens 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."

De verlaging en toekomstige afschaffing van collectiviteitskorting geldt alleen voor de basisverzekering. Voor aanvullende pakketten kunnen zorgverzekeraars zelf bepalen hoe hoog de eventuele korting is. In praktijk betekent de afschaffing van de collectiviteitskorting op de basisverzekering dan ook zeker niet het einde van zorgcollectiviteiten. In 2023 is nog steeds 58% van de verzekerden collectief verzekerd, blijkt uit cijfers van Vektis.

3.3 UBO-register (tijdelijk) afgesloten

In het kader van witwassen van geld is het voor onder meer (zorg)verzekeraars belangrijk om te weten welke belanghebbende er achter bijvoorbeeld een zorgverlener of een andere zakelijke relatie zit. Zorgverzekeraars zijn ook verplicht hierop toe te zien. Voorkomen moet worden dat (zorg)verzekeraars gebruikt worden om crimineel geld wit te wassen. Daarom is het van belang dat (zorg)verzekeraars controleren wie de uiteindelijk belanghebbende (in het Engels: ultimate beneficial owner, afgekort UBO) is van zowel vennootschappen en andere juridische entiteiten als trusts en soortgelijke juridische constructies. Tot eind 2022 was deze informatie meestal te vinden in het zogenaamde UBO-register, die door de Kamer van Koophandel wordt beheerd. Deze informatie was breed toegankelijk.

Eind 2022 heeft het Europese Hof van Justitie geoordeeld dat de verplichte publieke toegang tot het UBO-register in de Europese anti-witwasrichtlijn onvoldoende onderbouwd is. Volgens het arrest van het Europese Hof moet voorkomen worden dat de beoogde transparantie van een UBO-register leidt tot misbruik, bijvoorbeeld doordat criminelen simpel achter NAW-gegevens kunnen komen. Alleen personen en organisaties die een legitiem belang hebben moeten de informatie uit het UBO-register kunnen inzien. In reactie op de uitspraak heeft de minister van Financiën de toegang tot het register volledig afgesloten.

De minister van Financiën geeft aan dat instellingen die als poortwachter van het financiële stelsel fungeren op grond van de Wet ter voorkoming van witwassen en financieren van terrorisme (Wwft), toegang moeten krijgen tot het register. Het gaat hier onder meer om banken, levensverzekeraars en adviseurs die bemiddelen in levensverzekeringen. Dit moet vervolgens wettelijk worden geregeld.

Verder zijn er, volgens het ministerie van Financiën aangegeven ook andere personen en instanties die mogelijk een legitiem belang hebben bij toegang tot het register. Het ministerie van Financiën geeft daarbij aan specifiek te willen kijken naar schadeverzekeraars, waar zorgverzekeraars ook onder vallen. Op basis van nog vast te stellen indicatoren zal worden beoordeeld of er sprake is van een legitiem belang. De toegang voor deze groep verzekeraars is dus nog niet direct geregeld.

In juni 2023 heeft het ministerie van Financiën de Wijzigingswet beperking toegang UBO-registers ter consultatie voorgelegd. Deze wet moet de (beperkte) toegang tot het UBO-register regelen. Naar aanleiding van de reacties op de consultatie wordt (begin oktober 2023) gewerkt

aan een wettekst die ter advisering aan de Raad van State voorgelegd zal worden en vervolgens aan de Tweede en Eerste kamer aangeboden kan worden.

Sanctiewet wet verzekeren

In Nederland is de Sanctiewet 1977 de grondslag voor de uitwerking van (inter)nationale regels ter uitvoering van de internationale sanctiemaatregelen. Naast de internationale sanctiemaatregelen en sanctielijst komt het ook voor dat Nederland zelfstandig en in afwijking van de Europese Unie personen aanwijst, waarvoor een gebod tot het bevriezen van tegoeden of en verbod of restrictie op het verlenen van financiële diensten geldt.

Zodra een verordening van de Europese Unie of een nationale sanctieregeling is uitgevaardigd, is iedere Nederlandse ingezetene hieraan gehouden. Dit geldt ook voor internationale bedrijven die in Nederland een vestiging hebben. De geldende sanctiemaatregelen houden in dat:

- Alle middelen die toebehoren aan de op de sanctielijsten voorkomende (rechts)personen, worden bevroren.
- Het verboden is financiële diensten te verrichten voor of ten behoeve van deze (rechts)personen.
- Het verboden is aan deze (rechts)personen, rechtstreeks dan wel middellijk middelen ter beschikking te stellen (economisch delict).

Meldingsplicht

Indien personen die zijn opgenomen binnen de actuele sanctielijsten voorkomen binnen de verzekeren van de zorgverzekeraar dienen deze onmiddellijk te worden gemeld door middel van een voorgeschreven meldformulier

Autoriteit Financiële Markt (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB) beoordelen en handhaven vanuit hun toezichthoudende taak de effectiviteit van de door de instellingen getroffen procedures en maatregelen die zijn gericht op de naleving van de sanctiewetgeving en kunnen bij overtreding van de gestelde regels een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete aan de instelling opleggen.

De meldende instelling ontvangt in alle gevallen een reactie van DNB op de gedane melding. Aangezien voor de zorgverzekering een verzekeringsplicht geldt zal DNB een ontheffing verlenen op het voortzetten van de basisverzekering. Dit geldt niet voor eventuele aanvullende verzekeringen.

3.4 Aanpassing ingangsdatum verzekeringsrecht bij ontstaan daarvan als gevolg van EU-recht

In de Verzamelwet VWS 2023 is geregeld dat een persoon voor wie op basis van Europees recht verzekeringsrecht ontstaat met meer dan vier maanden terugwerkende kracht, ook met terugwerkende kracht verzekerd is. De zorgverzekering bij de zorgverzekeraar gaat met maximaal vier maanden terugwerkende kracht in, maar voor de periode daarvoor kan de persoon in kwestie voor vergoeding van zorgkosten bij het CAK terecht.

Naast recht op vergoeding van zorgkosten over die periode bestaat ook de plicht om een (premie)bijdrage te betalen. Reden van deze voorgenomen wijziging is een arrest van het Europese Hof van Justitie uit 2015, waarbij de betrokkene met meer dan vier maanden terugwerkende kracht recht kreeg op een wettelijk Nederlands pensioen, maar de zorgverzekering maar met maximaal vier maanden terugwerkende kracht kon afsluiten. Het is nog onduidelijk per wanneer deze wijziging wordt doorgevoerd in wet- en regelgeving. Momenteel (begin oktober 2023) ligt het voorstel in de Tweede Kamer. Niet duidelijk is wanneer de Tweede Kamer zich erover zal buigen.

3.5 Bestuurlijke boete NZa bij te late melding wijziging premiegrondslag

Zorgverzekeraars moeten wijzigingen in de premiegrondslag van de basisverzekering tenminste zeven weken van tevoren meedelen aan de verzekeringnemer. Een premiewijziging per 1 januari zal dus uiterlijk op 12 november aan de verzekeringnemer moeten zijn meegedeeld.

In praktijk komt het voor dat zorgverzekeraars de nieuwe premie te laat bekend maken of alsnog (naar beneden) bijstellen na 12 november en toch per 1 januari de nieuwe premie doorvoeren. De toezichthouder, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), heeft op dit moment alleen de mogelijkheid om een aanwijzing te geven, maar dat heeft weinig nut omdat de premie al te laat bekend is gemaakt. Daarom is in de Verzamelwet VWS 2023 een artikel opgenomen die de NZa in zo'n geval de mogelijkheid biedt om een boete op te leggen. Het idee is dat dit meer afschrikwekkende werking heeft, zodat zorgverzekeraars de nieuwe premie op tijd bekend zullen maken. Wanneer deze wijziging ingaat is nog niet bekend. Momenteel (begin oktober 2023) ligt het voorstel in de Tweede Kamer. Niet duidelijk is wanneer de Tweede Kamer zich erover zal buigen.

3.6 Aanpassing risicoverevening

Zorgverzekeraars mogen geen hogere premie vragen aan ongezonde mensen dan aan gezonde mensen. Ook moeten zorgverzekeraars verplicht iedereen accepteren, ongeacht gezondheid. Om te voorkomen dat verzekeraars met relatief meer ongezonde verzekerden in financiële problemen raken, kent de Zvw de vereveningsregeling. Dit betekent dat zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage ontvangen uit het de centrale kas, het Zorgverzekeringsfonds. Hoe hoog de bijdrage is, hangt af van de verzekerdenpopulatie van de verzekeraar.

Hoewel de verevening steeds beter afgesteld is, blijkt dat er nog steeds bepaalde groepen verzekerden onder- of juist overgecompenseerd worden vanuit de verevening. Door deze prikkels zouden zorgverzekeraars geneigd kunnen zijn zich op bepaalde groepen verzekerden te richten en andere groepen links te laten liggen. Hier denkt de minister Kuipers van VWS nu een oplossing voor gevonden te hebben.

De aanpassing zit in het toepassen van 'voorwaardelijke restricties', oftewel 'constrained regression' (CR). Dit betekent dat er voorwaarden (constraints) als indicator voor gezond en ongezond worden toegevoegd aan de manier van bepaling van normbedragen. Een constraint die zou kunnen worden toegevoegd is bijvoorbeeld de restrictie dat het gemiddeld vereveningsresultaat op de specifieke groep verzekerden (bijvoorbeeld: diabetici) gelijk is aan nul. Op deze manier is deze groep niet langer voorspelbaar verliesgevend. Door de toevoeging

van CR aan het vereveningsstelsel “neemt de ondercompensatie van ongezonde verzekerden en de overcompensatie van gezonde verzekerden sterk af”, aldus Kuipers.

De toepassing van CR zou er ook voor moeten zorgen dat de financiële aantrekkelijkheid van mensen met een vrijwillig eigen risico afneemt. Vanuit de Tweede Kamer is minister Kuipers gevraagd of het vrijwillig eigen risico niet afgeschaft kon worden, omdat het voor zorgverzekeraars aantrekkelijk was om zich op verzekerden met een vrijwillig eigen risico te richten. Doordat deze aantrekkelijkheid afneemt is er volgens minister Kuipers geen gerechtvaardigd maatschappelijk belang om te kijken of het vrijwillige eigen risico zou moeten worden afgeschaft. Minister Kuipers is van plan de zorgvereveningsmethodiek per 2024 uit te breiden met CR.

3.7 Hinderpaalcriterium en wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering

Op basis van het zogenaamde ‘hinderpaalcriterium’ moeten zorgverzekeraars een zodanig deel van niet-gecontracteerde zorg vergoeden, dat de beperkte vergoeding geen hinderpaal is voor het gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg. Wettelijk is niet vastgelegd hoe groot dit deel is, maar uit jurisprudentie blijkt dat dit – in ieder geval bij GGZ-zorg - rond de 75% ligt. Per situatie kan uiteraard verschillen wanneer de beperking van de vergoeding een hinderpaal vormt.

Het hinderpaalcriterium is regelmatig onderwerp van geschillen die via de SKGZ of zelfs via de Hoge Raad worden beslecht. Nog in december 2022 heeft de Hoge Raad uitspraak gedaan in een geschil tussen zorgverzekeraars en de Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze . Onderdeel van deze uitspraak is onder meer de (her)bevestiging dat het hinderpaalcriterium besloten ligt in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.

Om meer duidelijkheid te scheppen rondom het hinderpaalcriterium, wordt door VWS het wetsvoorstel “Bevorderen zorgcontractering” voorbereid om het criterium uitdrukkelijk op te nemen in dat betreffende artikel 13 Zvw. In de concept-wetstekst wordt aangegeven dat wat betreft niet-gecontracteerde zorg geldt dat “de hoogte van de vergoeding mag een gemiddelde verzekerde niet verhinderen om de zorg of dienst, rekening houdend met de aard en gangbare omvang ervan, te betrekken van een andere [niet-gecontracteerde] aanbieder”.

Het wetsvoorstel regelt ook de bevoegdheid van de minister van VWS om, door middel van een algemene maatregel van bestuur, regels te stellen over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het moet gaan om de bescherming van het algemeen belang. Als voorbeeld wordt de situatie genoemd dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg in een bepaalde sector zo groot wordt dat dit afbreuk doet aan de kwaliteit, toegankelijkheid of de betaalbaarheid van deze zorg.

Het conceptwetsvoorstel is in juni 2023 ter consultatie voorgelegd . Het is de bedoeling dat het wetsvoorstel per 2025 ingaat, maar het is de vraag wat er verder mee gaat gebeuren, nu het kabinet is gevallen.

3.8 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 Wlz en wordt getoetst door de Sociale Verzekeringsbank (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 contra-indicaties zijn. 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.

3.9 Stand van zaken wanbetalersmaatregelen

Wet Gemeentelijke Schuldhelpverlening

Op 1 januari 2021 is een wijziging ingegaan m.b.t. de Wet gemeentelijke Schuldhelpverlening (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 schuldhelpverlening 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.

Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (Wsnp)

In 2023 heeft er een wijziging plaatsgevonden van de Faillissementswet ter verbetering van de doorstroom van de gemeentelijke schuldhelpverlening naar de Wsnp. Hierdoor wordt de Wsnp opgenomen in de Faillissementswet. Deze is per 1 juli 2023 in werking getreden. Dit leidt tot onderstaande wijzigingen:

- Verkorten van de duur van de wettelijke schuldregeling van 36 naar 18 maanden.
- Verkorting goede-trouw-toets inzake niet moedwillig schulden laten ontstaan of voortbestaan van vijf naar drie jaar
- Uitsluittermijn toetreding Wsnp van 10 jaar is geschrapt

- Als Wsnp voorafgegaan wordt door een minnelijk traject, worden de doorlopen termijnen afgetrokken van de 18 maanden Wsnp
- Rechtstreeks toegang tot Wsnp mogelijk

De NVVK heeft daarom aangeraden om ook voor de Msnp (Minnelijke schuldsanering natuurlijke personen: hierbij is er geen sprake van tussenkomst van een rechter) een termijn van 18 maanden te hanteren. Het verkorten van de termijn leidt mogelijk tot een lagere opbrengst. Inzet bij Msnp zal dan ook zijn: gedegen nazorg na doorlopen Msnp-traject (voorkomen recidive). Het Msnp-traject is overigens privaatrechtelijk en kent derhalve geen wettelijke grondslag.

De vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren (NVVK) bemoeit zich met de invoering van een 'basisvloer' omdat Financiële hulpverlening door gemeenten divers wordt vormgegeven. Daardoor ontstaan er grote lokale verschillen. Het invoeren van een 'basisvloer' moet ervoor zorgen dat hulpvragers in alle gemeenten vergelijkbare (basis) hulp van vergelijkbare kwaliteit aangeboden krijgen, ongeacht waar zij wonen. De gevolgen van deze wijzigingen op het convenant 'NVVK en ZN' worden tussen de NVVK, VWS en ZN besproken en moeten nog geformaliseerd worden.

Brede Schuldenaanpak

Vroegsignalering van problematische schulden is onderdeel van de brede schuldenaanpak van het kabinet. Deze aanpak bestaat uit een veertigtal maatregelen om de schuldenproblematiek terug te dringen. In het samenwerkingsverband brede schuldenaanpak 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 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). De betalingsachterstanden zijn in de loop van 2023 betaald door SBN. Hierdoor zijn alle verzekerden die zich gemeld hebben en als gedupeerde gekwalificeerd zijn – waarvoor de toezegging geldt – schuldenvrij tot 1 juni 2021.

Ten Onrechte Verzekerd (TOVER)

Vanaf 1 oktober 2019 is de Rzv 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. In 2023 hebben de eerste TOVER uitwisselingen plaatsgevonden (in maart en mei). Hieruit zijn een aantal verbeterpunten gekomen die eerst gerealiseerd dienen te worden voordat de volgende uitwisseling kan plaatsvinden. De verwachting is dat vanaf begin 2024 de verbeteringen zijn doorgevoerd en vier keer per jaar het TOVER proces zal worden uitgevoerd.

3.10 Integrale Zorgakkoord

De overheid heeft een aantal zorgakkoorden geïnitieerd, te weten het Integraal Zorgakkoord (IZA), Wonen, ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en Financiering vindt plaats via de Specifieke Uitkering (SPUK).

Zorgverzekeraars zijn vooral nauw betrokken bij de uitvoering van IZA. Doel van IZA is te zorgen voor een houdbaar zorglandschap, waarin de nadruk verschuift van 'zorg' naar 'leven'. Hiermee moet het doel gerealiseerd worden om de zorg voor de toekomst goed toegankelijk en betaalbaar te houden. Waarbij er vooral oog moet zijn voor passende zorg op de juiste plek. Daarmee is IZA vooral gericht op de zorgsector (zie samenvatting integraal zorgakkoord/publicatie/Rijksoverheid.nl).