

Toelichting

Algemeen

Op 4 juni 2015 heeft het Hof van Justitie van de Europese Unie uitspraak gedaan in de zaak Fischer-Lintjens (C 543/13; ECLI:EU:C:2015:359). Nederland werd in die zaak door het met terugwerkende kracht toekennen van een pensioen, met dezelfde terugwerkende kracht bevoegd om op te komen voor de ziektekosten. Er ontstond een hiaat in de ziektekostendekking voor de betrokkene, omdat de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) het met terugwerkende kracht afsluiten van een zorgverzekering beperkt tot vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Dit hiaat ontstaat in het merendeel van de gevallen indien iemand in Nederland woont en ten onrechte meende recht te hebben op zorg zoals omschreven bij en krachtens de Zvw voor rekening van zijn staat van herkomst. Met 'staat van herkomst' wordt dan bedoeld op een andere lidstaat van de Europese Unie (EU) of van de Europese Economische Ruimte (EER) dan wel op het Verenigd Koninkrijk (VK). Het hiaat kan echter ook ontstaan als iemand in een van eerderbedoelde staten woont en er – naar later blijkt ten onrechte – van uitging krachtens de wetgeving van zijn woonland tegen ziektekosten gedekt te zijn of recht te hebben op de verstrekkingen volgens de wetgeving van zijn woonland voor rekening van Nederland. In al deze gevallen is het mogelijk dat betrokkene naar achteraf blijkt onder de verzekeringsplicht van de Zvw viel en derhalve een zorgverzekering had moeten sluiten. Komt hij daar binnen vier maanden nadat hij een zorgverzekering had moeten sluiten achter, dan kan hij zich met terugwerkende kracht tot het moment waarop hij verzekeringsplichtig werd verzekeren (art. 5, vijfde lid, onderdeel a, Zvw). Komt hij daar later achter, dan kan dat niet. In zo'n geval ontstaat er een hiaat in zijn dekking tegen ziektekosten. De toepassing van de verzekering overeenkomstig de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) over een periode in het verleden stuit overigens niet op problemen, aangezien deze wet geen beperking van de terugwerkende kracht kent.¹

Om eerderbedoeld hiaat met betrekking tot de zorgverzekering te repareren, introduceert artikel IX, onderdeel B, van de Verzamelwet VWS 2023 per [PM: datum inwerkingtreding wetswijziging] artikel 68b Zvw, waarin een grondslag wordt gecreëerd om desgevraagd de zorgkosten te vergoeden als ware betrokkene verzekerd krachtens een zorgverzekering gedurende de periode die aanvangt bij het retrospectieve moment waarop Nederland de bevoegde staat werd en eindigt op het moment dat betrokkene door het CAK geïnformeerd werd over zijn verzekeringsplicht of, als dat eerder is, het moment waarop betrokkene een zorgverzekering heeft afgesloten. Tegenover het recht op vergoeding van de zorgkosten staat een verplichting om een bijdrage te betalen voor de zorgverzekering.

Nadere uitwerking van artikel 68b Zvw is voorzien bij ministeriële regeling. Aan de Regeling zorgverzekering (hierna: Rzv) is daartoe met voorliggende wijzigingsregeling een nieuwe paragraaf toegevoegd. Daarin zijn de voorwaarden voor de vergoeding opgenomen, alsmede de wijze waarop de hoogte van de vergoeding en de bijdrage wordt bepaald.

Zoals uiteengezet in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel ter introductie van artikel 68b Zvw (Kamerstukken II 2022/23, 36357, nr. 3, p. 2) zijn de gevolgen voor de regeldruk nagenoeg nihil. Het gaat om een heel kleine groep burgers die in een uitzonderlijke positie hebben verkeer. Zorgverzekeraar CZ krijgt een kostendekkende vergoeding voor de - grotendeels tot haar taak als orgaan van de woonplaats behorende - werkzaamheden die zij ingevolge voorliggende regeling verricht. Het Adviescollege Toetsing Regeldruk (hierna: ATR) [PM: oordeel ATR en reactie daarop]

Het ontwerp van deze wijzigingsregeling is voor een uitvoeringstoets voorgelegd aan de Belastingdienst, het CAK en aan de Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars

¹ Overigens kan zich ook de situatie voordoen dat iemand met terugwerkende kracht verdragsgerechtigde blijkt te zijn. Hiervoor is geen aanvullende regelgeving nodig. Hij valt alsnog onder de toepassing van Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004, betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (PbEU 2004, L 166; hierna: verordening) en de ziektekosten over de afgelopen periode zullen uit dien hoofde door de desbetreffende organen voor rekening van Nederland kunnen worden gebracht. Daartegenover staat dat het CAK op grond van artikel 69 Zvw van de verdragsgerechtigde over die periode een bijdrage zal vorderen.

Groep U.A. in haar hoedanigheid van orgaan van de woonplaats in Nederland. [PM: inbreng en reactie daarop]. Daarnaast is het ontwerp op P.M. gepubliceerd voor internetconsultatie. [P.M. inbreng en reactie daarop]

Artikelsgewijs

Artikel I, onderdelen A en B

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om enkele verwijzingen in de Rzv naar de Zvw te actualiseren.

Artikel I, onderdeel C

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om het CAK met betrekking tot verdragsgerechtigden als bedoeld in artikel 69 Zvw de bevoegdheid te geven het te restitueren bedrag te verrekenen met een verschuldigde bijdrage. Deze verrekening kan dan niet alleen betrekking hebben op toekomstige verschuldigde bijdragen, maar ook op bijdragen die in het verleden liggen. Op het te restitueren bedrag en de verschuldigde bijdrage zijn de bepalingen van de Awb met betrekking tot bestuursrechtelijke geldschulden van toepassing. Op grond van artikel 4:93 van de Awb is verrekening van een geldschuld met een vordering alleen mogelijk als dat in een wettelijk voorschrift is bepaald. Artikel 6.3.3, vijfde lid, Rzv strekt daartoe.

Artikel I, onderdeel D

Tot 1 juli 2024 bepaalde artikel 69, veertiende lid, Zvw dat het CAK een verdragsgerechtigde als bedoeld in dat artikel een bestuurlijke boete oplegde als deze zich niet binnen vier maanden nadat het verdragsrecht was ontstaan bij het CAK had gemeld. Artikel 6.3.4 Rzv regelde met het oog op de vraag of iemand zich tijdig had gemeld dat een door het orgaan van de woonplaats ondertekende kennisgeving aan het CAK ook als een geldige aanmelding bij het CAK gold. Sinds 1 juli 2024 wordt bij te late melding geen bestuurlijke boete meer opgelegd (zie artikel XIX, onderdeel A, van de Verzamelwet VWS 2022 jo. Stb. 2024, 132). Daarom kon artikel 6.3.4 Rzv vervallen.

Artikel I, onderdeel E

Artikel 6.3a.1

De noodzaak alsnog dekking te bieden alsof betrokkene verzekerd was volgens het Nederlandse zorgstelsel vloeit voort uit de verordening, al dan niet in combinatie met de overeenkomst betreffende de EER, dan wel uit het een verdrag met het Verenigd Koninkrijk². In de nieuwe paragraaf 3a wordt meermalen verwezen naar deze verordening. Ten behoeve van de leesbaarheid van paragraaf 3a is daarom een omschrijving opgenomen van de verordening en enkele andere terugkerende begrippen.

Artikel 6.3a.2

Het eerste lid bevat de voorwaarden waaraan betrokkene moet voldoen voor het verkrijgen van een vergoeding. Het komt erop neer dat betrokkene zich gecommitteerd heeft aan een ziektekostenstelsel van een EU- of EER-lidstaat dan wel het Verenigd Koninkrijk en achteraf blijkt dat dat stelsel niet van toepassing was. Personen die zich niet committeren aan het van toepassing veronderstelde ziektekostenstelsel, zijn in de Nederlandse situatie te vergelijken met degenen die ondanks hun verzekeringsplicht geen zorgverzekering hebben afgesloten. Ook zij ontvangen geen vergoeding van hun zorgkosten.

² Handels- en Samenwerkingsovereenkomst tussen de Europese Unie en de Europese Gemeenschap voor Atoomenergie enerzijds en het Verenigd Koninkrijk van Groot-Brittannië en Noord-Ierland anderzijds (Pb EU 2020, L 444 en PbEU 2021, L 149).

Op de voorwaarde zich gecommiteerd te hebben aan het van toepassing veronderstelde ziektekostenstelsel, kan een uitzondering gemaakt worden als betrokkene jegens het CAK aannemelijk maakt dat hem daarvan geen verwijt gemaakt kan worden (tweede lid). Dit kan bijvoorbeeld blijken uit correspondentie met het (veronderstelde) bevoegde orgaan of bewijs dat iemand zich per abuis foutief/onvolledig heeft gecommiteerd. Er zijn voorbeelden bekend waarbij het bevoegd orgaan of een andere publieke autoriteit per abuis foutieve informatie heeft verstrekt. Indien iemand heeft gehandeld naar deze, bij nader inzien foutieve, informatie kan dat geen reden zijn om hem een beroep op de vergoeding van zijn zorgkosten te onthouden.

Of iemand zich gecommiteerd heeft aan het ziektekostenstelsel is controleerbaar door na te gaan op welke wijze betrokkene voor zijn ziektekosten gedekt dacht te zijn. Indien men in Nederland woont en dacht verzekerd te zijn onder de wetgeving van een andere lidstaat van de EU, de EER of het VK, zal men zich in navolging van de procedure onder de verordening (al dan niet in combinatie met de EER-overeenkomst) of het verdrag met het VK gemeld hebben bij het orgaan van de woonplaats. Degenen die buiten Nederland woonachtig zijn, zullen zich hebben aangesloten bij het bevoegd orgaan van het land waar zij dachten tegen ziektekosten gedekt te zijn.

In het derde tot en met zesdelid is bepaald welke zorgkosten voor vergoeding in aanmerking komen. Daarbij wordt gekeken naar het jaar waarin de zorg genoten is. In beginsel komen de kosten voor zorg die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, in aanmerking voor vergoeding (derde lid).

Ter bepaling van de kosten gaat het CAK uit van de opgaven van andere instanties of van zorgaanbieders (vierde lid). Voor in Nederland woonachtige personen loopt dit via de Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars Groep U.A. in hoedanigheid van orgaan van de woonplaats in Nederland (vierde lid, onderdeel a). Het orgaan van de woonplaats beoordeelt als onderdeel van zijn taak de zorgkosten van de betrokkene op rechtmatigheid voordat overgegaan wordt tot afrekening van de zorgkosten met de bevoegde lidstaat. Uitgangspunt voor de afrekening is dat betrokkene recht heeft op zorg volgens het pakket van Nederland, ten laste van de bevoegde lidstaat. Het CAK zal de beoordeling van de zorgkosten niet opnieuw doen en dus niet in de beoordeling door het orgaan van de woonplaats treden.

In het buitenland woonachtige personen zijn doorgaans ingeschreven bij het bevoegd orgaan van hun woonland en dachten (totdat zij er achter kwamen dat zij over de periode, bedoeld in artikel 68b, tweede lid, een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw hadden moeten sluiten) recht te hebben op het pakket van het woonland. In zo'n geval betaalt het CAK op grond van voorliggende regeling de zorgkosten over bedoelde periode op basis van gegevens van het bevoegd orgaan van het woonland (vierde lid, onderdeel b). Ook hier gaat het CAK uit van de juistheid van deze gegevens.

Soms zal het CAK afhankelijk zijn van facturen van zorgaanbieders uit Nederland of het buitenland (vierde lid, onderdeel c). In zo'n geval kan het CAK Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars Groep U.A. (orgaan van de woonplaats) of, in geval van in het buitenland verleende zorg, het verbindingsorgaan vragen om een factuur te beoordelen. In geval van in het buitenland verleende zorg voor mensen die aldaar wonen, dat wil zeggen indien zorg volgens het woonlandpakket is verstrekt, zullen de facturen naar verwachting alle zorgkosten volgens het woonlandpakket betreffen.

Indien het pakket van het woonland ruimer is dan het Zvw-pakket, zullen de gegevens van het bevoegd orgaan van het woonland of van een buitenlandse zorgaanbieder naar verwachting alle zorgkosten volgens het woonlandpakket betreffen. Indien het niet mogelijk is om op basis van deze gegevens te besluiten welk deel van de kosten is gemaakt voor zorg die tot het Zvw-pakket behoort, is het CAK gelet op het vijfde lid bevoegd om de volledige kosten van de genoten zorg te vergoeden.

In principe zal de constatering dat iemand met terugwerkende kracht van langer dan vier maanden een zorgverzekering had moeten sluiten ertoe leiden dat zorgkosten die over de periode, bedoeld in artikel 68b, tweede lid, Zvw, zijn uitbetaald worden teruggevorderd en dat door

betrokkene over die periode betaalde bijdragen worden terugbetaald. Indien hij zich voor voorliggende regeling heeft aangemeld, betaalt hij dan over deze periode de in artikel 6.3a.3 van deze regeling betaalde bijdrage, terwijl het CAK op grond van voorliggend artikel de zorgkosten over deze periode voor zijn rekening neemt. Soms zal het echter onmogelijk zijn om reeds betaalde zorgkosten terug te vorderen. Dat kan het geval zijn indien het gaat om kosten over boekhoudkundig reeds gesloten jaren. Het zesde lid zorgt ervoor dat het CAK in zo'n geval kan afzien van vergoeding van de kosten. Het op grond van voorliggende regeling vergoeden van de zorgkosten zou dan immers betekenen dat betrokkenes zorgkosten twee keer vergoed zouden worden.

Uit het zesde lid volgt dat het CAK de vergoeding zo veel mogelijk zonder tussenkomst van betrokkene betaalt aan het bevoegd orgaan of aan de buitenlandse of Nederlandse zorgaanbieders. Indien dit niet mogelijk is of dat er na verrekening nog een deel vergoeding over blijft, zal de vergoeding aan betrokkene zelf betaald worden.

Artikel 6.3a.3

Deze bepaling regelt de bijdrage die op grond van artikel 68b Zvw door het CAK ambtshalve wordt vastgesteld en geïnd. De bijdrage is alleen verschuldigd indien een vergoeding wordt verstrekt. Deze bijdrage is gelijk aan de gemiddelde nominale maandpremie voor een zorgverzekering. Voor delen van maanden zal het CAK de premie pro rata berekenen. Daarnaast zijn inkomensafhankelijke bijdragen verschuldigd uit hoofde van de Zvw en sociale verzekeringspremie als bedoeld in de Wlz. De inkomensafhankelijke bijdragen en Wlz-premies worden geheven en geïnd door de Belastingdienst. Dit kan met terugwerkende kracht van maximaal vijf jaren. De inkomensafhankelijke bijdragen en Wlz-premies over periodes langer dan vijf jaren terug zullen niet geheven worden. Deze beperking in tijd ziet niet op de nominale bijdrage.

Ingevolge het eerste lid is de nominale bijdrage gelijk aan de geraamde gemiddelde premie voor een zorgverzekering. Deze raming wordt ook gebruikt voor het bepalen van de hoogte van de standaardpremie ten behoeve van de zorgtoeslag.

In het tweede lid staat de periode waarover de nominale bijdrage verschuldigd is. Dat is de periode vanaf het ingaan van de verzekeringsplicht tot de kennisgeving daarvan, aan betrokkene, door het CAK, of – indien een na de kennisgeving afgesloten zorgverzekering terugwerkt tot een moment voor de kennisgeving tot het moment waarop de zorgverzekering met terugwerkende kracht is gaan lopen. Verzekerden tot 18 jaar betalen geen nominale premie voor hun zorgverzekering (artikel 16, tweede lid, onderdeel a, Zvw) en hoeven daarom ingevolge artikel 6.3a.3, tweede lid, Rzv ook geen nominale bijdrage te betalen voor deelname aan de vergoedingsregeling.

Het derde lid regelt dat de nominale bijdrage voor de zorgtoeslag gelijkgesteld wordt met een premie voor de zorgverzekering. Het gelijkstellen van de nominale bijdrage met een zorgpremie in de zin van de Wet op de zorgtoeslag (hierna: Wzt) betekent dat degenen die met terugwerkende kracht een nominale bijdrage aan het CAK betalen, over deze periode daarvoor een zorgtoeslag kunnen ontvangen van de Belastingdienst. In de Wzt is geregeld dat de aanvraag van de zorgtoeslag automatisch geschiedt, namelijk op het moment dat de Belastingdienst een afschrift ontvangt van de kennisgeving van de verzekeringsplicht aan betrokkene (artikel 5, derde en vierde lid, Wzt).

Artikel 6.3a.4

Gelet op artikel 4:13 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) dient het CAK in principe binnen de daar genoemde redelijke termijn, dat wil zeggen binnen acht weken, na ontvangst van de aanvraag te beslissen. Indien dit voor het CAK niet haalbaar is, kan het CAK op grond van artikel 4:14, derde lid, Awb de aanvrager binnen acht weken na de aanvraag een andere, redelijke termijn noemen waarbinnen de beschikking tegemoet kan worden gezien. Soms is het echter lastig om op voorhand aan te geven wanneer de beschikking dan wél gereed zal zijn. Dit is met name het geval als het CAK afhankelijk is van informatie van andere instanties die op hun beurt weer afhankelijk zijn van informatie van derden.

Artikel 4:15, eerste lid, aanhef en onderdeel b, Awb geeft een bestuursorgaan het recht om de termijn voor het geven van een beschikking op aanvraag op te schorten met ingang van de dag na die waarop het bestuursorgaan de aanvrager heeft meegedeeld dat het bestuursorgaan wacht op redelijkerwijs noodzakelijke informatie van een buitenlandse instantie, tot de dag waarop deze informatie zal zijn ontvangen of verder uitstel niet meer redelijk is. Hier kan het CAK een beroep op doen indien het zelf informatie vraagt aan een buitenlandse instantie. Het CAK kan voor het geven van een beschikking op een aanvraag als bedoeld in artikel 68b, eerste lid, van de Zvw echter ook afhankelijk zijn van informatie van een Nederlandse instantie (bijvoorbeeld van de Sociale verzekeringsbank) die op haar beurt voor het aanleveren van de door het CAK gevraagde informatie weer afhankelijk kan zijn van informatie uit het buitenland. Artikel 6.3a.4 zorgt ervoor dat het CAK haar beschikking ook dan mag opschorten.

De verwijzing naar artikel 4:15, vierde lid, Awb, leidt ertoe dat het CAK de aanvrager een melding zendt indien de opschorting eindigt. In die melding dient ook de termijn opgenomen te worden waarbinnen de beschikking alsnog zal worden gegeven.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,