14.

MINISTERRAAD/ONDERRAAD

Met eventuele gecoördineerde opmerkingen uiterlijk retour:

..... maar ..... dag ..... 17/5 voor 16.00 uur

X	IRF		AFEP	"	BJZ	"	DGFZ		DGBel
	Fipuli		BFB						
	BZ		FM						
	ATB		FIN						
"	IPAL								

IRF/22562

Ontvangen d.d.: 12-5-2004

Behandelende afd./bureau: UWS

Behandelend medewerker:

Medeparaaf:

	datum	paraaf
behandelend medewerker		
bureau/sectie	1715	
afdeling		
	1715	

Geen opmerkingen ☐

Zie bijgevoegde nota*) ☒ 981

*) Origineel + kopieën aanleveren bij secretariaat Minister, kamer 1211

ministerie van Financiën

Inspectie der Rijksfinanciën

T.b.v. [redacted] 19/5
Ter advisering
Agendapunt 14

Notitie

[redacted] 17/5

Auteur [redacted]

Notitienummer	IRF 2004-00981 N
Datum	17 mei 2004
Rubriek	ZORG
Onderwerp	**Fraudebestrijding zorgverzekeringswetten**

Aan Minister [redacted]

Via [redacted] van de Rijksbegroting [redacted] 17/5

Van de Inspectie der Rijksfinanciën

CC IPAL, AFP, sectie Jubi

Inleiding

Ter bestrijding van fraude in de zorg wordt o.a. voorgesteld in de ZFW en de AWBZ een identificatieplicht in te voeren. De voorgestelde wetswijzigingen zijn voorgelegd aan de Raad van State. Het oordeel van de Raad van State ligt nu voor met de reactie van minister Hoogervorst. De Raad van State geeft in overweging het voorstel grotendeels te heroverwegen. Minister Hoogervorst legt dit min of meer – gemotiveerd - naast zich neer.

Advies

Instemmen met de reactie van minister Hoogervorst op het rapport van de Raad van State;
Instemmen met de voorgestelde wetswijziging.

Toelichting

- Mede naar aanleiding van het rapport "Zorg om zorgfraude" over fraude in de zorg en de passage in het hoofdlijnenakkoord dat fraude met harde hand moet worden bestreden is door VWS bijgaande wetswijziging voorgesteld. Gevallen zijn bekend van mensen die zorgpassen van andere lenen en daarmee zorg genieten op lasten van de ZFW en AWBZ.
- Deze wetswijziging ziet toe op identificatieplicht door middel van paspoort/rijbewijs. Bij het vragen van zorg moeten mensen in de toekomst naast hun zorgpas (bewijs van inschrijving bij een ziekenfonds) zich ook identificeren door middel van een paspoort. Verder wordt in de Wet Toegang Zorgverzekeringen het sofinummer (en straks de opvolger: Burgerservicenummer) geïntroduceerd. De ziektekostenverzekeraars moeten in hun verzekerdenadministratie voortaan ook het sofinummer gebruiken. Voorgesteld wordt om de identificatieplicht gefaseerd in te voeren, te beginnen bij de ziekenhuizen. In de MvT motiveert minister Hoogervorst waarom identificatieplicht in dit verband een

juiste ingreep is. Het gaat hierbij om misbruik van publiek geld. Verder kan er sprake zijn van medische fouten omdat een medisch dossier niet op orde is.

- De Raad van State adviseert het kabinet het wetsvoorstel grotendeels te overwegen. De kritiek van de Raad van State richt zicht op:

1. het gebruik van bestuurlijke boeten door ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ omdat deze organen niet bevoegd zijn om bestuurlijke boeten op te leggen. In reactie hierop stelt VWS dat bestuurlijke boeten uit het voorstel gehaald worden. Dit m.n. omdat bestuurlijke boeten niet passen bij de privaatrechtelijke vormgeving van de standaardverzekering. Gezocht zal worden naar mogelijkheden om in de verzekeringsvoorwaarden passages op te nemen over declaratiefraude en sanctiemaatregelen.
2. Zorgpasfraude/aard en omvang van het probleem. De Raad vindt de omvang van het probleem niet duidelijk. De Raad wijt de fraude vooral aan de fraudegevoeligheid van de zorgpas en verder vindt de raad dat het tegengaan van de fraude de verantwoordelijkheid is van ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ is. Conclusie: De Raad van State vindt blijkbaar de legitimatieplicht via de wet opleggen een te zwaar middel. Minister Hoogervorst antwoordt daarop dat hij het de identificatieplicht toch wil invoeren o.a. om een mentaliteitsverandering in de zorg te laten plaatsvinden om zorgfraude tegen te gaan. De omvang van de fraude is niet na te gaan. Wel zijn er signalen dat de fraude vrij omvangrijk is. De minister vindt daarbij zwaar wegen dat het om publiek geld gaat. De Raad van State vindt dat onvoldoende is duidelijk gemaakt waarom de oplossing niet is gezocht in een meer fraudebestendige zorgpas met identificerende gegevens. De minister meent dat de zorgpas niet meer is dan een bewijs van inschrijving bij een ziekenfonds. Dit bewijs is niet bedoeld als identificatieplicht. Het uitbouwen van de zorgpas tot een vorm van identificatie vergt ook veel kosten. De minister vindt het dan voor de hand liggen dat bestaande documenten daarvoor worden gebruikt. Verder meent de minister dat het legitimeren door burgers over het algemeen niet als onaanvaardbaar wordt gezien.
3. Administratieve lasten. Dit voorstel heeft geen administratieve lasten. Door ons, het ministerie van Financien is aangegeven dat de controle van de identiteit door het ziekenhuis een inhoudelijke verplichting betreft en daarom geen administratieve last is.

Onze lijn: Instemmen met de lijn van minister Hoogervorst. Legitimatie bij zorgverlening door middel van paspoort/rijbewijs lijkt ons geen onoverkomelijk probleem.

-0-

AANBIEDINGSFORMULIER VOOR Ministerraad

12/5 UWS

MR

Van: Minister van Volksgezondheid, We

Datum aanbieding: 6 mei 2004	**Nummer:** MR-57551
Hamerstuk: Ja	**Voorgaande behandeling:** N.v.t.

Korte titel:

Wet houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, invoering van het Sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten)

Inhoud en doelstelling van het voorstel:

In dit wetsvoorstel worden maatregelen getroffen die dienen ter voorkoming van fraude bij de uitvoering van de Zfw en de AWBZ.
De maatregelen die worden voorgesteld zijn:
1. een identificatieplicht voor verzekerden in de Zfw en de AWBZ.
2. de mogelijkheid van elektronische uitwisseling van gegevens ter ondersteuning van de administratieve processen bij de uitvoering van de Zfw die de opsporing en het tegengaan van fraude vergemakkelijken.
3. de invoering van het sociaal-fiscaalnummer (sofi-nummer) in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz).
Tevens worden met dit wetsvoorstel een aantal wijzigingen in de Zfw aangebracht en wordt de Wtz aangepast aan bevindingen die bij de evaluatie naar voren zijn gekomen.

Naar aanleiding van het advies van de Raad van State is de maatregel betreffende de bestuurlijke boetes vervallen. De redengeving staat verwoord in het Nader Rapport, onderaan blz. 1.

Voorgesteld besluit:

Het voorstel
- is aangekondigd in het parlement
- in de Ministerraadvergadering van 3 oktober 2003 is aangegeven dat het voorstel na advisering door de Raad van State wederom dient te worden voorgelegd aan de Ministerraad.

Interdepartementale afstemming

Gevolgen voor de Rijksbegroting: Nee

Gevolgen voor administratieve lasten: Ja, zie bijlage

Overeenstemming met Justitie (wetgevingstoets en effecten analyse): Ja

Aan EU-notificatieverplichting voldaan: N.v.t.

Samenhang met int. Verplichtingen verdragen en / of Europese regelgeving: N.v.t.

Ambtelijk voorbereid in: n.v.t.

Overeenstemming bereikt op ambtelijk niveau: Ja
Overeenstemming bereikt met: BZK, EZ, Fi, Ju en SZW

Omschrijving geschilpunten:

Afstemming met AZ / [ ] *RVD:* Nee

Contactpersonen

Naam:
Afdeling: DZ/Verzekeringen en Verdragen
Telefoonnummer:
E-mailadres:

Naam:
Afdeling: DZ/Verzekeringen en Verdragen
Telefoonnummer:
E-mailadres:

BIJLAGE
Overzicht van de financiële gevolgen voor de Rijksbegroting / Administratieve lasten

A: Financiële gevolgen voor de Rijksbegroting:

Budgetdisciplinesector:

De bedragen zijn in miljoenen euro's ingevuld.
'+' betekent hogere uitgaven respectievelijk lagere ontvangsten
'–' betekent lagere uitgaven respectievelijk hogere ontvangsten

Mutaties per artikel t.o.v. begroting resp. meerjarencijfers

1	**Uitgaven** N.v.t. **Totaal**						
2	**Ontvangsten** N.v.t. **Totaal**						
	Saldo uitgaven en ontvangsten						

Toelichting

B: Gevolgen van het voorstel voor administratieve lasten:

De bedragen zijn in miljoenen euro's ingevuld.
'+' betekent extra lasten
'–' betekent minder lasten

		2003	2004	2005	2006	2007	2008
1	Gevolgen bedrijfsleven	-30	-30	-30	0	0	0
2	Gevolgen voor de burger	0	0	0	0	0	0

Kenmerk
Z/VV-2467575

mei 2004

Nader rapport inzake het voorstel van wet, houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, maatregelen voor het tegengaan van declaratiefraude door verzekerden, invoering van het Sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten)

Blijkens de mededeling van [redacted] van Uw Kabinet van 23 oktober 2003, no. 03.004355, machtigde Uwe Majesteit de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 27 februari 2004, nr. W13.03.0440/III, bied ik U hierbij aan.

De Raad van State heeft naar aanleiding van het wetsvoorstel de nodige opmerkingen gemaakt. Deze betreffen de analyse van het probleem van de zorgpas- en declaratiefraude, de noodzaak, doelstelling en uitvoering van de voorgestelde maatregelen en enkele andere onderwerpen. De Raad van State is van mening dat het voorstel in verband daarmee grotendeels dient te worden heroverwogen.

De Raad van State heeft met betrekking tot de bestuurlijke boete geconcludeerd dat vanwege gebrek aan opportuniteit en overtuigende motivering, de maatregel zou dienen te worden heroverwogen. De Raad heeft daarbij opgemerkt, dat het in het wetsvoorstel gaat om uitvoering door privaatrechtelijke zorgverzekeraars, die zijn toegelaten om de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) uit te voeren. De Raad voegt daar aan toe dat dit andere organen zijn dan de bij wet ingestelde organen die in de socialezekerheidssfeer bevoegd zijn om een bestuurlijke boete op te leggen.

Hoewel het in beginsel mogelijk zou zijn om het wetsvoorstel zo aan te passen dat de bestuurlijke boete zou worden uitgevoerd door het College voor zorgverzekeringen in plaats van door ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ, in het midden latend of het kabinet de door de Raad van State genoemde bezwaren omtrent de uitvoering door ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ deelt, ziet het kabinet van deze maatregel af en heeft het besloten niet over te gaan tot invoering van een boetesysteem bij declaratiefraude door

verzekerden. De belangrijkste overweging daarbij is dat het kabinet voornemens is per 1 januari 2006 een nieuwe standaardverzekering voor curatieve zorg in te voeren die een privaatrechtelijke uitvoeringsstructuur zal hebben. Die private uitvoeringsstructuur verdraagt zich niet met een publiekrechtelijk instrument als de bestuurlijke boete.
Het ligt in die situatie meer voor de hand in de verzekeringsovereenkomst een en ander te regelen omtrent declaratiefraude door verzekerden en daarin eventuele sanctiemaatregelen op te nemen. Het kabinet acht het niet opportuun om voor de beperkte duur van circa een jaar tot de beoogde inwerkingtreding van de standaardverzekering voor curatieve zorg, een bestuurlijk boetesysteem, uit te voeren door het College voor zorgverzekeringen, in het wetsvoorstel op te nemen. Deze overweging geldt niet ten aanzien van de andere onderdelen van het wetsvoorstel.
Met betrekking tot die andere onderdelen merk ik het volgende op.

1. Zorgpasfraude

De Raad van State onderschrijft het uitgangspunt dat zorgpasfraude moet worden tegengegaan en het nut van een legitimatieplicht voor de verzekerden, gelet op het maatschappelijk belang dat in de toelichting van het wetsvoorstel beschreven wordt. De Raad van State is evenwel van mening dat onvoldoende inzicht wordt verschaft in de omvang van de zorgpasfraude. De Raad van State vindt voorts dat zorgpasfraude vooral wordt veroorzaakt door de fraudegevoeligheid van het inschrijvingsbewijs van ziekenfondsverzekerden. De Raad van State merkt tenslotte op dat hij van mening is dat het tegengaan van zorgpasfraude in de eerste plaats een verantwoordelijkheid is van ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ en meent dat de voorgestelde maatregel om die reden heroverweging behoeft.

Verantwoordelijkheid van ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ

Het stemt het kabinet tot tevredenheid dat de Raad van State op zichzelf nut en noodzaak van het tegengaan van zorgpasfraude onderschrijft. Het kabinet deelt evenwel niet de overige overwegingen van de Raad van State.
Het kabinet merkt vooreerst op, dat de kern van het voorstel om de identificatieplicht in te voeren met name ziet op de verantwoordelijkheid die de zorgaanbieders, en in eerste instantie de ziekenhuizen hebben, om te controleren of iemand die zorg claimt ten laste van de ziekenfondsverzekering, daadwerkelijk een ziekenfondsverzekerde is, alvorens zij de rekening voor die verleende zorg naar het betrokken ziekenfonds sturen.
Dat betekent niet dat de ziekenfondsen zelf geen verantwoordelijkheid dragen voor het zo goed mogelijk controleerbaar maken en controleren van de inschrijving als verzekerde.
Twee ontwikkelingen zijn hierbij in het bijzonder van belang.
In de eerste plaats is door ziekenfondsen uit eigen middelen een systeem ontwikkeld dat zorgverleners in staat stelt om, met gebruikmaking van internet, in zeer korte tijd vast te stellen of een verzekerde daadwerkelijk bij een bepaalde verzekeraar is ingeschreven. Dit zogenaamde VECOZO-systeem -dat overigens ook elektronisch declaratieverkeer mogelijk maakt- heeft in de twee jaar sinds het is opgezet een bijna landelijke dekking gekregen, mede dankzij koppeling aan andere, vergelijkbare systemen.
In de tweede plaats is van belang dat de Europese Commissie heeft besloten tot de invoering van een Europese (zorg)verzekeringskaart, die binnen de gehele Europese Unie kan worden gebruikt om buiten het woonland zorg te krijgen ten laste van de sociale verzekering. Op dit moment staat reeds vast dat een dergelijke kaart in eerste instantie nog geen elektronische informatie zal bevatten. Onduidelijk is nog of deze Europese verzekeringskaart in de toekomst eventueel ook persoonskenmerken van de verzekerde aan de hand waarvan identificatie van de verzekerde mogelijk is, zal moeten bevatten. Gelet op de huidige stand van zaken is het onvermijdelijk -en in de ogen van het kabinet ook zeer noodzakelijk- dat zorgaanbieders (in de eerste plaats ziekenhuizen) aan de hand van bestaande, erkende en goed beveiligde identiteitsdocumenten vaststellen of de verzekerde die zich bij hen meldt ook werkelijk degene is die op het verzekeringsbewijs is vermeld. Zoals hierna meer uitvoerig is uiteengezet, kiest het kabinet er overigens ook op langere termijn voor om identificatieprocedures bij voorkeur te laten verlopen met behulp van bestaande,

1910805 02563

erkende en goed beveiligde identiteitsdocumenten en dus niet in eerste instantie met een "verzekeringspas".
Op grond van de bestaande modelovereenkomst tussen een ziekenhuis en een ziekenfonds dient het ziekenhuis zich reeds te overtuigen van het recht van de verzekerde op medische zorg. Veel ziekenhuizen volstaan er in de praktijk mee om degene die zich aan de balie meldt te vragen naar het bewijs van inschrijving (de verzekeringspas). Over het algemeen controleren ziekenhuizen niet de identiteit van degene die het verzekeringsbewijs overlegt. Het wetsvoorstel stelt daarom alleen iets zeker, dat in wezen allang had moeten gebeuren.

Uit een gezamenlijke brief van NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Vereniging van Academische Ziekenhuizen en de Nederlandse Patiënten- en Consumentenfederatie van 30 september 2003, wordt de op dit moment te kort schietende praktijk met zoveel woorden bevestigd: "De post dubieuze debiteuren zal toenemen nu de grens scherper gelegd wordt tussen declaraties van het ziekenhuis die nog wel en die niet meer zullen worden voldaan." Uit deze brief blijkt dat de ziekenhuiskoepels NVZ en VAZ voorzien dat mede als gevolg van de invoering van de legitimatieplicht en de daaraan verbonden controle, de stijgende kosten van hulp aan onverzekerden in de toekomst niet langer "zomaar" bij een willekeurig ziekenfonds kunnen worden gelegd. Kennelijk is die grens in de ogen van een deel van de ziekenhuizen thans eigenlijk niet zo scherp. Naar de opvatting van het kabinet is een dergelijke gang van zaken niet aanvaardbaar. Het is betreurenswaardig dat een maatregel als de identificatieplicht überhaupt nodig is om te bewerkstelligen dat zorgaanbieders doen wat ze eigenlijk al zouden moeten doen; dit sterkt de gedachte dat een mentaliteitsombuiging in de zorg noodzakelijk is. De maatregel schrijft aan verzekerden voor zich te legitimeren, maar schrijft evenzeer voor dat een ziekenhuis de identiteit van de ziekenfondsverzekerde controleert. Als dat niet gebeurt, is het niet toegestaan de rekening van de aan die persoon verleende zorg aan een ziekenfonds te sturen. Het kabinet vertrouwt er op dat de voorgestelde -en in de ogen van het kabinet minimale- maatregel door ziekenhuizen zal worden uitgevoerd, maar heeft nadrukkelijk voorbehouden dat als blijkt dat dit niet gebeurt, verdergaande voorschriften zullen worden opgelegd. In de Memorie van toelichting is de tekst op onderdelen verduidelijkt.

Aard en omvang van het probleem
De Raad van State is van mening dat in de Memorie van toelichting onvoldoende wordt ingegaan op feitelijke gegevens over omvang en aard van zorgpasfraude.
Dat de Memorie van toelichting op dit punt weinig concrete gegevens bevat is niet te wijten aan enige vorm van onwil van het kabinet om dergelijke gegevens te verstrekken, maar aan het feit dat die gegevens niet bestaan. In het schriftelijke en mondelinge verkeer dat in 2003 tussen het kabinet en de Tweede Kamer heeft plaatsgevonden naar aanleiding van de in dat jaar uitgevoerde frauderisicoanalyse zorgsector, kwam dit thema verschillende keren prominent naar voren. Onderzoek naar de omvang van fraude in de zorg is zeer moeilijk, zeker naarmate de vraag breder en algemener wordt gesteld.
Net zoals mijn ambtsvoorganger in en na het kabinetsstandpunt van 17 april 2003 over de bovengenoemde frauderisicoanalyse zorgsector heeft opgemerkt (Kamerstukken II, 2002/03, 28828, nrs. 1 en 2), ben ik van mening dat fraude, ongeacht de omvang ervan, niet acceptabel is. Bij de aanpak van de fraude in de zorg richt ik mij -gelet ook op het genoemde kabinetsstandpunt- niet primair op het zoeken naar de exacte omvang van de zorg, maar op de kwetsbaarheden in het systeem en de manier waarop fraude kan worden tegengegaan. Anders dan de Raad van State ben ik niet van mening dat het zoeken naar omvang en oorzaken van zorgpasfraude een meer omvattende analyse vergt. Hoe vaak zorgpasfraude voorkomt is niet bekend, maar uit de zorg die de ziekenhuiskoepel heeft geuit met betrekking tot stijging van kosten van onverzekerden, mag worden afgeleid dat het gaat om fraude met enige relevante omvang. In het Rapport Frauderisico-analyse gezondheidszorg van de Universiteit Twente van 28 maart 2003 en het CMC-rapport van november 2003 naar de kwetsbaarheid van de zorgsector is identificatieplicht voor verzekerden en controle op die identificatie als een eenvoudig uit te voeren verbetering aanbevolen. De voorgestelde

1910805 02563

maatregel strekt daartoe. Tegen misbruik van verzekeringspasjes wordt een drempel opgeworpen doordat iemand moet aantonen dat hij ook inderdaad de ziekenfondsverzekerde is die hij zegt te zijn, en de zorgaanbieder moet controleren of dat klopt. Pas dan mag de rekening van die verleende zorg bij het ziekenfonds worden neergelegd.

De Raad van State merkt voorts op dat een grondige analyse ontbreekt van de vraag welk onderdeel van de uitvoering van Ziekenfondswet (Zfw) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zorgpasfraude mogelijk maakt. De Raad van State verwijst daarbij naar het Rapport Frauderisico-analyse gezondheidszorg van de Universiteit Twente van 28 maart 2003. Uit dat rapport blijkt dat de kans dat zorgpasfraude wordt gepleegd waarschijnlijk het grootst is bij de curatieve zorg, die in een "anonieme" omgeving plaats vindt en dat deze fraude vooral wordt gepleegd door onverzekerden, in het bijzonder illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen. Voorts, zo merkt de Raad van State op, wordt in de Memorie van toelichting bijna uitsluitend aandacht besteed aan de situatie in ziekenhuizen, terwijl de maatregel zich ook uitstrekt tot de AWBZ.
In de Memorie van toelichting is aangegeven dat is gekozen voor een stapsgewijze invoering van de identificatieplicht en dat de maatregel in eerste instantie wordt ingevoerd bij ziekenhuizen en poliklinieken, omdat daar het risico van fraude het grootst lijkt. Het kabinet heeft daarbij overwogen dat stapsgewijze invoering het mogelijk maakt ervaring op te doen met de organisatie van de identificatieplicht en de administratieve procedures die dit met zich brengt en deze ervaring mee te nemen bij de invoering in andere sectoren. Op basis van deze evaluatie kan worden bezien of en op welke wijze de maatregel wordt uitgebreid naar andere vormen van zorg. Dat sommige onderdelen van de zorg meer gevoelig zijn voor zorgpasfraude onderkent het kabinet en dat is ook precies de reden dat de identificatieplicht gefaseerd wordt ingevoerd. In de Memorie van toelichting is de tekst op dat punt verduidelijkt.

De Raad van State is verder van mening dat onvoldoende duidelijk is gemaakt waarom de oplossing van het probleem van de fraudegevoeligheid van het bewijs van inschrijving niet wordt gezocht in de invoering van een meer fraudebestendige kaart met identificerende gegevens.
De Raad van State geeft terecht aan dat "de zorgpas" niet meer dan een bewijs van inschrijving bij een ziekenfonds is, vaak in creditcardformaat, dat aan de verzekerde wordt verstrekt en dat moet kunnen worden overgelegd bij het inroepen van zorg. Dit bewijs van inschrijving, zo stelt de Raad van State, is niet bedoeld als legitimatiebewijs.
Het kabinet deelt deze opvatting. De "zorgpas" is een bewijs van inschrijving bij een ziekenfonds en geeft een indicatie dat iemand bij dat ziekenfonds verzekerd is, maar ook niet meer dan dat. In de praktijk controleren ziekenhuizen (en ook andere zorgaanbieders) meestal de verzekeringsgerechtigdheid rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. Om dit mogelijk te maken hebben zorgverzekeraars er met het eerder genoemde VECOZO-systeem voor gezorgd, dat zorgaanbieders de mogelijkheid hebben via een internetverbinding de verzekeringsgerechtigdheid te controleren. Daarmee kan thans van bijna veertien miljoen verzekerden worden gecontroleerd of iemand op het moment dat hij zorg inroept, verzekerd is. Bijna alle ziekenhuizen maken van deze mogelijkheid gebruik. Het kabinet is van mening dat de zorgpas niet als legitimatiebewijs bedoeld is en daar ook niet geschikt voor is. Het probleem van misbruik van de zorgpas wordt naar de mening van het kabinet dan ook niet - zoals de Raad van State niet onaannemelijk acht- veroorzaakt door de fraudegevoeligheid van het bewijs van inschrijving, maar wordt veroorzaakt doordat niet wordt gecontroleerd op de identiteit van degene die de zorgpas aanbiedt en die zich als ziekenfondsverzekerde presenteert.
Voor een document dat dient ter identificatie van een persoon wordt in het wetsvoorstel verwezen naar de in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht aangewezen documenten. Daarin worden in de praktijk met name bedoeld het paspoort en -indien het wetsvoorstel tot wijziging en aanvulling van de Wet op de identificatieplicht, het Wetboek van Strafrecht, de Algemene wet bestuursrecht, de Politiewet 1993 en enige andere wetten in verband met de invoering van een identificatieplicht van burgers ten opzichte van ambtenaren van politie aangesteld voor de uitvoering van de politietaak en van toezichthouders (Wet op de

1910805 02563

uitgebreide identificatieplicht (Kamerstukken 2003/04, nr. 29218) wordt aangenomen- het rijbewijs. Deze documenten zijn in het algemeen goed beveiligd tegen vervalsing en worden bovendien onder gecontroleerde omstandigheden uitgegeven. De kosten van ontwikkeling van goed beveiligde documenten die dienen ter identificatie zijn hoog. Het ligt naar mijn mening voor de hand om uit kostenoverwegingen gebruik te maken van bestaande daarvoor bestemde documenten als het paspoort, de identiteitskaart of het rijbewijs. In de Memorie van toelichting is verduidelijkt waarom voor deze oplossing is gekozen.

Identificatieplicht
De Raad van State gaat in op de praktische uitwerking van de maatregel, en is van mening dat daarbij veel aspecten van de uitvoeringspraktijk onduidelijk zijn gebleven.
In de Memorie van toelichting is uitvoerig aandacht besteed aan de wijze waarop de identificatieplicht kan worden uitgevoerd. Beoogd wordt een effectieve barrière op te werpen die de kans op zorgpasfraude aanzienlijk verkleint. Mensen moeten doordrongen worden van het besef dat het belangrijk is dat zij zich, om zowel financiële redenen als om het waarborgen van de kwaliteit van de zorg, identificeren. Maatregelen die erop gericht zijn zorgpasfraude (vrijwel) volledig uit te sluiten zouden niet alleen een zeer grote administratieve belasting vergen, maar ook een andere keuze van middelen en procedures. Het kabinet heeft voor ogen gehouden dat de maatregel praktisch uitvoerbaar dient te zijn en niet tevens de ziekenhuizen moet belasten met niet realistische eisen of aanzienlijke administratieve lastenverzwaring.
De wijze waarop ziekenhuizen de onderhavige maatregel uitvoeren mogen ziekenhuizen zelf bepalen, mits aan de doelstelling van de maatregel wordt gerealiseerd: indien zorg wordt ingeroepen ten laste van de Ziekenfondswet, moet de identiteit van degene die de zorg inroept worden gecontroleerd. Of dit eenmalig of bij elk bezoek gebeurt, op welke plaats dit gebeurt, met welke waarborgen ziekenhuizen de controle omringen en dergelijke, is afhankelijk van de situatie, de administratieve procedures in het ziekenhuis en eventueel andere overwegingen die het ziekenhuis daarbij mocht hebben, en volledig ter beoordeling van het ziekenhuis. Een aantal ziekenhuizen vraagt nu al om een legitimatiebewijs ten behoeve van de kwaliteitsbewaking van de zorg of de zekerstelling van de betaling.

Een voorbeeld van deze aandacht voor de praktische uitvoerbaarheid van de identificatieplicht betreft een probleem dat door de ziekenhuizen is aangekaart, en waarvan de Raad van State aangeeft dat hem de ratio van de geboden oplossing onduidelijk is. In de situatie dat iemand na een ongelukje thuis of een ongeval bij de Eerste Hulp belandt, zal iemand niet altijd zijn paspoort of rijbewijs bij zich hebben. Het is dan niet wenselijk -zo het al mogelijk is- om iemand dan te vragen zijn identiteitsbewijs eerst op te halen. Daarom is in het wetsvoorstel de mogelijkheid opgenomen dat de persoon of instelling die de zorg verleent iemand een termijn van uiterlijk veertien dagen kan geven om zich alsnog te legitimeren. In de praktijk zal iemand na de eerste spoedeisende hulp óf in het ziekenhuis liggen óf voor een vervolgbehandeling terug moeten komen. In die periode kan alsnog het tonen van een legitimatie worden geregeld. Deze "verzuimregeling" is een voorbeeld van een praktische oplossing voor een onderkend probleem. Het kabinet merkt terzijde nog op dat na inwerkingtreding van het wetsvoorstel van de Wet op de uitgebreide identificatieplicht (Kamerstukken I, 2003/04, 29218, nr. A) iedereen vanaf veertien jaar in beginsel een legitimatiebewijs bij zich moet hebben. Dit specifieke probleem zal zich in de praktijk naar verwachting dus niet zo vaak voordoen.
Naar aanleiding van de opmerkingen van de Raad van State is de tekst in de toelichting verduidelijkt.

Tot slot is het de Raad van State niet duidelijk of en hoe de daadwerkelijke controle door ziekenfondsen zal plaatsvinden, of ziekenfondsen en uitvoeringsorganen de meest aangewezen instanties zijn om déze controle uit te voeren, en wie er op toeziet dat deze controle daadwerkelijk plaatsvindt.
In de Memorie van toelichting is aangegeven dat het kabinet er vooralsnog van af heeft gezien ziekenhuizen te verplichten te registreren welk document ter identificatie is gebruikt.

1910805 02563

Een dergelijke registratieplicht zou door de grote aantallen ziekenhuis- en polikliniekbezoeken extra administratieve lasten met zich brengen.
Ziekenfondsen kunnen op verschillende, door hen zelf te bepalen, manieren controleren of identiteitscontrole in ziekenhuizen plaatsvindt, bijvoorbeeld door ziekenhuizen te vragen naar de administratieve procedures die voor de inschrijving voor opname of behandeling gehanteerd worden of door feitelijke waarneming van dit proces. De wijze waarop ziekenfondsen de wet uitvoeren wordt gecontroleerd door het College toezicht zorgverzekeringen.

Lasten/neveneffecten
Ten slotte merkt de Raad van State op dat hij -evenals het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal)- van mening is dat de identificatieplicht een administratieve verplichting voor de ziekenhuizen inhoudt. Het kabinet deelt deze opvatting niet. De Minister van Financiën heeft op 30 september 2003 aangegeven dat uitsluitend de controle van identiteit door een ziekenhuis geen administratieve last maar een inhoudelijke verplichting betreft, en heeft dit aan Actal medegedeeld. Naar de mening van het kabinet is er derhalve geen sprake van administratieve lasten als gevolg van de voorgestelde wijze van invoering van de identificatieplicht. De effecten van de maatregel zullen na de invoering van de eerste fase worden geëvalueerd. Bij die evaluatie kunnen ook de bedrijfseffecten van de uitvoering van deze maatregel bij ziekenhuizen in beeld worden gebracht.

Zo echter al zou moeten worden aangenomen dat er sprake is van een administratieve last wanneer een zorgverlener moet vaststellen of hij zorg verleent aan een ziekenfondsverzekerde alvorens hij zijn rekening naar het ziekenfonds zendt, dan vloeit dit voort uit reeds bestaande verplichtingen die een ziekenhuis op grond van de overeenkomst met het ziekenfonds heeft na te leven, wanneer hij moet vaststellen of degene die zorg inroept inderdaad de verzekerde is.

Overige punten
Om te bewerkstelligen dat de kosten van behandeling niet ten onrechte bij de ziekenfondsverzekering worden neergelegd, zullen hierover in de overeenkomst tussen verzekeraar en zorgaanbieder en/of zorginstelling afspraken dienen te worden gemaakt. De Raad van State wijst er op dat de invoering van de identificatieplicht zes maanden na publicatie in het Staatsblad in werking zal treden, maar dat dit in de overeenkomst tussen ziekenfonds en zorgaanbieder niet voorzien is met betrekking tot de controleverplichting die de zorgaanbieder heeft.
Er is geen onderscheid beoogd. De Memorie van toelichting is op dit onderdeel aangepast.

2. Fraude met declaraties door verzekerden
De Raad van State heeft geadviseerd om alsnog te voorzien in een meeromvattende analyse van de declaratiefraude door verzekerden, en deze ook te plaatsen in de context van de overige vormen van fraude met de Zfw en de AWBZ. Als fraude door het treffen van reeds bestaande mogelijkheden kan worden beperkt, zo stelt de Raad, dan rijst de vraag wat de rechtvaardiging is om het middel van de bestuurlijke boete in te voeren. De Raad van State heeft geconcludeerd dat, vanwege gebrek aan opportuniteit en overtuigende motivering, de bevoegdheid tot het opleggen van een bestuurlijke boete niet aan een ziekenfonds of uitvoeringsorgaan AWBZ dient te worden toegekend en heeft geadviseerd de voorgestelde maatregel te heroverwegen.
Zoals hierboven is vermeld, heeft het kabinet besloten niet over te gaan tot invoering van een boetesysteem bij declaratiefraude door verzekerden. In de tekst van het wetsvoorstel en de Memorie van toelichting zijn deze onderdelen vervallen. Ook is het opschrift van het wetsvoorstel aangepast.
Het niet invoeren van de bestuurlijke boete betekent dat ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ geen sancties kunnen treffen. Wel kunnen zij op grond van de huidige regelgeving aangifte doen. Daarnaast kunnen zij ingevolge de artikelen 65d van de AWBZ en 83d van de Zfw van degene die opzettelijk aanspraken als verzekerde doet gelden de kosten van de verleende zorg terugvorderen. Dat is ook het geval als iemand daaraan opzettelijk

1910805 02563

medewerking heeft verleend. Ter ondersteuning van de administratieve processen en om in zo'n situatie de verhaalsmogelijkheid te ondersteunen, is in het wetsvoorstel geregeld dat het besluit tot terugvordering een executoriale titel oplevert. Dit onderdeel is thans toegelicht in punt 5, overige wijzigingen in de Ziekenfondswet, van de Memorie van toelichting.

3. Invoering van het sociaal-fiscaal nummer in de Wtz

a. De Raad van State geeft aan dat hij begrijpt dat het sofi-nummer met name wordt ingevoerd ten behoeve van de sterk wisselende verzekeringspositie van studenten.
Het kabinet merkt op dat weliswaar een aanzienlijk deel van het mutatieverkeer wordt veroorzaakt door studenten, maar dat de problemen die zich daarbij voordoen ook gelden voor mutaties van flexwerkers (uitzend- en oproepkrachten), bij de overgang van ziekenfonds naar Wtz-verzekering en andere mutaties waarbij iemand, komende uit een andere verzekering, in de Wtz-verzekering komt of weer uit de Wtz-verzekering gaat. Ook voor andere Wtz-verzekerden is het derhalve wenselijk het sofi-nummer op te nemen en gegevensverkeer aan de hand van dit nummer te doen plaatsvinden.
Aan het advies van de Raad van State om nader toe te lichten waarom het noodzakelijk is dat de desbetreffende bepalingen op alle Wtz-verzekerden van toepassing zouden moeten zijn, is gevolg gegeven. In de Memorie van toelichting is dit verduidelijkt.

b. In het voorgestelde artikel 23a Wtz wordt bepaald dat de Minister beleidsregels kan vaststellen over de werkwijze en uitoefening van de taken van het uitvoeringsorgaan. In de toelichting wordt opgemerkt dat de noodzaak hiertoe bleek bij de evaluatie van de Wtz. De Raad van State merkt evenwel op dat hij deze concrete conclusie niet in de genoemde evaluatie terug ziet.
In de Memorie van toelichting is de noodzaak van deze wijziging nader toegelicht.

c. De Raad van State heeft geadviseerd de resultaten van het onderzoek naar de wijze waarop door de Stichting uitvoering omslagregelingen invulling wordt gegeven aan het beleid aangaande misbruik en oneigenlijk gebruik van de Wtz, af te wachten. Dit advies is niet overgenomen. In het periodiek overleg dat in het kader van het toezicht op het Wtz-uitvoeringsorgaan met de Pensioen- & Verzekeringskamer wordt gehouden is van die zijde aangedrongen op de voorgestelde maatregelen. De redenen hiervoor zijn dezelfde als die er destijds toe hebben geleid dat vergelijkbare bepalingen in artikel 27, zevende en achtste lid, van de Wtz 1998 en in artikel 72a, eerste en vijfde lid, van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 zijn opgenomen. De artikelsgewijze toelichting is in die zin aangevuld.

d. De Raad van State is voorts van mening dat de toevoeging van artikel 27, derde lid, van de Wtz niet nodig is naast de bepaling in het vierde lid van artikel 27, van de Wtz. De voorgestelde wijziging van artikel 27, derde lid, van de Wtz, betekent dat de accountant naast de getrouwheid ook een verklaring over de rechtmatigheid van de jaarrekening moet afleggen. Met de wijziging wordt aangesloten bij de formulering van de in artikel 15, tweede lid, van de Wtz genoemde verklaring. De voorgestelde wijziging van artikel 27 van de Wtz is gehandhaafd. De toelichting bij het artikel is aangepast.

4. Overige wijzigingen in de Zfw

Aan artikel 3d van de Zfw wordt een tiende lid toegevoegd, waarin de vaststelling van het inkomen van de verzekerde en zijn partner wordt aangepast aan de Wet IB 2001. De Raad van State merkt op dat niet is toegelicht waarom deze bepaling pas nu, meer dan drie jaar nadat de Wet IB 2001 van kracht is geworden, in de wet wordt opgenomen, noch hoe in de afgelopen jaren de inkomensvaststelling feitelijk heeft plaatsgevonden. Voorts heeft de Raad van State opgemerkt dat niet is aangegeven wat de gevolgen van de terugwerkende kracht voor betrokkenen zijn. De Raad adviseert de toelichting op deze punten aan te vullen.

1910805 02563

Met de wetswijziging wordt kort gezegd bereikt dat de partnerregeling van artikel 1.2 Wet IB 2001 en de eventueel gemaakte partnerkeuze doorwerken naar artikel 3d Zfw, en daarnaast dat de toerekening van de gemeenschappelijke inkomensbestanddelen en de bestanddelen van de rendementsgrondslag, bedoeld in artikel 2.17 Wet IB 2001, eveneens doorwerkt naar artikel 3d Zfw. Bij de invoering van de Wet IB 2001 is de noodzaak om een dergelijke bepaling op te nemen in de Zfw niet onderkend, nu deze bepalingen geen onderdeel uitmaken van de hoofdstukken 3, 4 en 5 Wet IB 2001, maar van de hoofdstukken 1 en 2. In de Aanpassingswet Wet IB 2001 is dit dan ook niet meegenomen.
Tot op heden vindt de inkomensvaststelling in de uitvoeringspraktijk plaats als ware deze bepaling steeds onderdeel geweest van de wet- en regelgeving inzake de ziekenfondsverzekering voor zelfstandigen. Dit omdat het van meet af aan de bedoeling is geweest om voor de toepassing van artikel 3d Zfw ook op dit punt aan te sluiten bij het in de Wet IB 2001 bedoelde inkomensbegrip. Deze handelwijze heeft in de uitvoeringspraktijk tot op heden geen problemen meegebracht.
Zowel de ministeriële regeling als de wetswijziging kennen terugwerkende kracht tot 1 januari 2001 zodat met betrekking tot zelfstandigen de vaststelling van het inkomen voor de ziekenfondsverzekering op dezelfde wijze kan geschieden als de vaststelling van het inkomen ingevolge de Wet IB 2001. In de Memorie van toelichting is de toelichting op dit punt aangevuld.

5. Andere wijzigingen
De wijziging van artikel III, onderdeel A, betreft een nieuw ingevoegde technische wijziging.

6. Redactionele kanttekeningen
De redactionele kanttekeningen zijn overgenomen. De tekst van de wet en de Memorie van toelichting zijn met betrekking tot de hierbovengenoemde onderdelen aangepast.

Ik moge U verzoeken het hierbij gevoegde voorstel van wet en de memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

1910805 02563

OORSPRONKELIJKE TEKST VAN HET WETSVOORSTEL EN DE MEMORIE VAN TOELICHTING ZOALS VOORGELEGD AAN DE RAAD VAN STATE EN VOOR ZOVER NADIEN GEWIJZIGD

I. Voorstel van wet

1. Het opschrift luidde: "Wet van....houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, maatregelen voor het tegengaan van declaratiefraude door verzekerden, invoering van het Sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten).".

2. Artikel I, onderdeel A. Artikel 10a, eerste lid, eerste gedeelte van de zin luidde: "De verzekerde die zijn aanspraak op een bij ministeriële regeling aangewezen vorm van zorg tot gelding wil brengen,".

3. In artikel I, onderdeel C werd een hoofdstuk betreffende bestuurlijke boetes ingevoegd. Dit hoofdstuk is vervallen, het luidde:

"HOOFDSTUK IXB. BESTUURLIJKE BOETEN

Artikel 64a

1. Het uitvoeringsorgaan kan, onverminderd het bepaalde in artikel 65d, aan een verzekerde die een valse opgave doet onderscheidenlijk heeft gedaan van een geschrift dat dient tot bewijs van vergoeding ter zake van zorg of die een zodanig geschrift vervalst onderscheidenlijk heeft vervalst, tot een benadelingsbedrag van € 6 000 een boete opleggen.
2. De boete wordt vastgesteld op 25% van het benadelingsbedrag, met dien verstande dat zij op ten minste € 200 wordt vastgesteld. De boete wordt naar boven afgerond op een veelvoud van € 5.
3. Het uitvoeringsorgaan kan de boete verrekenen met vorderingen die de verzekerde op het uitvoeringsorgaan heeft.
4. De bevoegdheid tot het opleggen van een boete vervalt, indien ter zake van de gedraging op grond waarvan de boete kan worden opgelegd een strafvervolging tegen de verzekerde is ingesteld en het onderzoek ter terechtzitting een aanvang heeft genomen, dan wel het recht tot strafvervolging is vervallen ingevolge artikel 74 of 74c van het Wetboek van Strafrecht.
5. Het recht tot strafvervolging vervalt indien het uitvoeringsorgaan reeds een boete heeft opgelegd.

Artikel 64b

1. Indien het uitvoeringsorgaan voornemens is een boete op te leggen, geeft hij de verzekerde, bedoeld in artikel 64a, eerste lid, daarvan kennis onder vermelding van de gronden waarop het voornemen berust. De verzekerde is niet verplicht ter zake van die gedraging enige verklaring af te leggen. Hij wordt hiervan in kennis gesteld alvorens hem om informatie wordt gevraagd.
2. In afwijking van afdeling 4.1.2 van de Algemene wet bestuursrecht stelt het uitvoeringsorgaan de persoon in de gelegenheid om binnen een redelijke termijn naar keuze schriftelijk of mondeling zijn zienswijze naar voren te brengen voordat de boete wordt opgelegd.
3. Het uitvoeringsorgaan kan toepassing van het tweede lid achterwege laten voor zover de persoon reeds eerder in de gelegenheid is gesteld zijn zienswijze naar voren te brengen en zich sindsdien geen nieuwe feiten of omstandigheden hebben voorgedaan.
4. Indien de verzekerde zijn zienswijze mondeling naar voren wil brengen en de Nederlandse taal onvoldoende begrijpt, draagt het uitvoeringsorgaan op zijn verzoek

zorg voor benoeming van een tolk die hem kan bijstaan, tenzij redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daaraan geen behoefte bestaat.

Artikel 64c

1. Het uitvoeringsorgaan legt de boete op bij beschikking.
2. De beschikking vermeldt in elk geval:
   a. de hoogte van de boete en de termijn waarbinnen zij moet worden betaald;
   b. de gedraging ter zake waarvan zij is gegeven, onder verwijzing naar het desbetreffende wettelijke voorschrift.
3. Op verzoek van de verzekerde, bedoeld in artikel 64a, eerste lid, die de beschikking wegens zijn gebrekkige kennis van de Nederlandse taal onvoldoende begrijpt, draagt het uitvoeringsorgaan er zoveel mogelijk zorg voor dat de inhoud van de beschikking aan die persoon wordt medegedeeld in een voor hem begrijpelijke taal.

Artikel 64d

De werking van een beschikking als bedoeld in artikel 64c wordt opgeschort totdat de beroepstermijn is verstreken of, indien beroep is ingesteld, op het beroep is beslist.

Artikel 64e

In afwijking van artikel 8:69 van de Algemene wet bestuursrecht kan de rechter in beroep of hoger beroep het bedrag waarop de boete is vastgesteld ook ten nadele van de verzekerde wijzigen.

Artikel 64f

1. De bevoegdheid een boete op te leggen vervalt na verloop van twee jaren na de dag waarop de gedraging is vastgesteld.
2. Een beschikking tot oplegging van een boete stuit de in het eerste lid genoemde termijn.

Artikel 64g

1. Een boete wordt betaald binnen zes weken na inwerkingtreding van de beschikking waarbij de boete is opgelegd. De boete wordt vermeerderd met de wettelijke rente, te rekenen vanaf de dag waarop sedert de bekendmaking van de beschikking zes weken zijn verstreken.
2. Indien niet is betaald binnen de in het eerste lid genoemde termijn, wordt degene aan wie de boete is opgelegd schriftelijk bevolen binnen twee weken het bedrag van de boete, verhoogd met de kosten van de aanmaning, alsnog te betalen.
3. Bij gebreke van betaling binnen de in het derde lid genoemde termijn, kan het uitvoeringsorgaan de verschuldigde boete, verhoogd met de kosten van de aanmaning en van de invordering, bij dwangbevel invorderen.
4. Het dwangbevel wordt op kosten van degene die de boete verschuldigd is, bij deurwaardersexploot betekend en levert een executoriale titel op in de zin van het Tweede Boek van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.
5. Gedurende zes weken na de dag van betekening staat verzet tegen het dwangbevel open door dagvaarding van het uitvoeringsorgaan.
6. Het verzet schorst de tenuitvoerlegging niet, tenzij de voorzieningenrechter van de rechtbank in kort geding desgevraagd anders beslist.
7. Het verzet kan niet worden gegrond op de stelling dat de boete ten onrechte of voor een te hoog bedrag is vastgesteld.
8. De bevoegdheid tot invordering vervalt twee jaar nadat de beschikking inzake oplegging van de boete onherroepelijk is geworden.
9. De opbrengst van de boete en de wettelijke rente komt toe aan het uitvoeringsorgaan.".

4. Het huidige artikel I, onderdeel C, was artikel I, onderdeel D.

5. In artikel II, onderdeel D stond "minister" in plaats van "Minister".

6. Het huidige artikel III, onderdeel A ontbrak. Als gevolg van het invoegen van dat onderdeel zijn de volgende onderdelen van artikel III vernummerd.

7. Artikel III, onderdeel B, voorheen A. In artikel 3d, tiende lid, luidde de tweede zin: "Onder partner wordt verstaan degene die partner is in de zin van artikel 1.2, eerste, tweede en vierde tot en met zesde lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001 en degene die geen keuze voor behandeling als binnenlandse belastingplichtige als bedoeld in artikel 1.2, derde lid, onderdeel b, van de Wet inkomstenbelasting 2001 heeft gedaan of heeft kunnen doen.".
De derde zin luidde: "In geval de verzekerde en zijn partner beiden belastingplichtig zijn, geldt de gemaakte keuze, bedoeld in de artikelen 1.2, derde lid, onderdeel b, en 2.17, tweede lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001 ook voor de toepassing van het eerste lid.".

8. Het eerste lid van het huidige artikel III, onderdeel C, voorheen B, artikel 9a, eerste lid, eerste gedeelte van de zin luidde: "De verzekerde die zijn aanspraak".

9. In artikel III, onderdeel G werd een hoofdstuk betreffende bestuurlijke boetes ingevoegd. Dit hoofdstuk is vervallen, het luidde:

"HOOFDSTUK VIIA. BESTUURLIJKE BOETEN

Artikel 83e
1. Het ziekenfonds kan, onverminderd het bepaalde in artikel 83d, aan een verzekerde die een valse opgave doet onderscheidenlijk heeft gedaan van een geschrift dat dient tot bewijs van vergoeding ter zake van zorg of die een zodanig geschrift vervalst onderscheidenlijk heeft vervalst, tot een benadelingsbedrag van € 6 000 een boete opleggen.
2. De boete wordt vastgesteld op 25% van het benadelingsbedrag, met dien verstande dat zij op ten minste € 200 wordt vastgesteld. De boete wordt naar boven afgerond op een veelvoud van € 5.
3. Het ziekenfonds kan de boete verrekenen met vorderingen die de verzekerde op het ziekenfonds heeft.
4. De bevoegdheid tot het opleggen van een boete vervalt, indien ter zake van de gedraging op grond waarvan de boete kan worden opgelegd een strafvervolging tegen de verzekerde is ingesteld en het onderzoek ter terechtzitting een aanvang heeft genomen, dan wel het recht tot strafvervolging is vervallen ingevolge artikel 74 of 74c van het Wetboek van Strafrecht.
5. Het recht tot strafvervolging vervalt indien het ziekenfonds reeds een boete heeft opgelegd.

Artikel 83f
1. Indien het ziekenfonds voornemens is een boete op te leggen, geeft hij de verzekerde, bedoeld in artikel 83e, eerste lid, daarvan kennis onder vermelding van de gronden waarop het voornemen berust. De verzekerde is niet verplicht ter zake van die gedraging enige verklaring af te leggen. Hij wordt hiervan in kennis gesteld alvorens hem om informatie wordt gevraagd.
2. In afwijking van afdeling 4.1.2 van de Algemene wet bestuursrecht stelt het ziekenfonds de persoon in de gelegenheid om binnen een redelijke termijn naar keuze schriftelijk of mondeling zijn zienswijze naar voren te brengen voordat de boete wordt opgelegd.
3. Het ziekenfonds kan toepassing van het tweede lid achterwege laten voor zover de persoon reeds eerder in de gelegenheid is gesteld zijn zienswijze naar voren te brengen en zich sindsdien geen nieuwe feiten of omstandigheden hebben voorgedaan.
4. Indien de verzekerde zijn zienswijze mondeling naar voren wil brengen en de Nederlandse taal onvoldoende begrijpt, draagt het ziekenfonds op zijn verzoek zorg

voor benoeming van een tolk die hem kan bijstaan, tenzij redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daaraan geen behoefte bestaat.

Artikel 83g

1. Het ziekenfonds legt de boete op bij beschikking.
2. De beschikking vermeldt in elk geval:
   a. de hoogte van de boete en de termijn waarbinnen zij moet worden betaald;
   b. de gedraging ter zake waarvan zij is gegeven, onder verwijzing naar het desbetreffende wettelijke voorschrift.
3. Op verzoek van de verzekerde die de beschikking wegens zijn gebrekkige kennis van de Nederlandse taal onvoldoende begrijpt, draagt het ziekenfonds er zoveel mogelijk zorg voor dat de inhoud van de beschikking aan die persoon wordt medegedeeld in een voor hem begrijpelijke taal.

Artikel 83h

De werking van een beschikking als bedoeld in artikel 64c wordt opgeschort totdat de beroepstermijn is verstreken of, indien beroep is ingesteld, op het beroep is beslist.

Artikel 83i

In afwijking van artikel 8:69 van de Algemene wet bestuursrecht kan de rechter in beroep of hoger beroep het bedrag waarop de boete is vastgesteld ook ten nadele van de verzekerde wijzigen.

Artikel 83j

1. De bevoegdheid een boete op te leggen vervalt na verloop van twee jaren na de dag waarop de gedraging is vastgesteld.
2. Een beschikking tot oplegging van een boete stuit de in het eerste lid genoemde termijn.

Artikel 83k

1. Een boete wordt betaald binnen zes weken na inwerkingtreding van de beschikking waarbij de boete is opgelegd. De boete wordt vermeerderd met de wettelijke rente, te rekenen vanaf de dag waarop sedert de bekendmaking van de beschikking zes weken zijn verstreken.
2. Indien niet is betaald binnen de in het eerste lid genoemde termijn, wordt degene aan wie de boete is opgelegd schriftelijk bevolen binnen twee weken het bedrag van de boete, verhoogd met de kosten van de aanmaning, alsnog te betalen.
3. Bij gebreke van betaling binnen de in het derde lid genoemde termijn, kan het ziekenfonds de verschuldigde boete, verhoogd met de kosten van de aanmaning en van de invordering, bij dwangbevel invorderen.
4. Het dwangbevel wordt op kosten van degene die de boete verschuldigd is, bij deurwaardersexploot betekend en levert een executoriale titel op in de zin van het Tweede Boek van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.
5. Gedurende zes weken na de dag van betekening staat verzet tegen het dwangbevel open door dagvaarding van het ziekenfonds.
6. Het verzet schorst de tenuitvoerlegging niet, tenzij de voorzieningenrechter van de rechtbank in kort geding desgevraagd anders beslist.
7. Het verzet kan niet worden gegrond op de stelling dat de boete ten onrechte of voor een te hoog bedrag is vastgesteld.
8. De bevoegdheid tot invordering vervalt twee jaar nadat de beschikking inzake oplegging van de boete onherroepelijk is geworden.
9. De opbrengst van de boete en de wettelijke rente komt toe aan het ziekenfonds.".

10. In artikel IV, onderdeel A, stond "artikel 45, eerste lid, onderdeel f, komt te luiden: e." in plaats van "artikel 43, eerste lid, onderdeel f, komt te luiden: f.".

1910805 02563

11. Artikel IV, onderdeel B, luidde: "Artikel III, onderdeel E, komt te luiden:
E
Artikel 43, eerste lid, onderdeel f, komt te luiden: f. de administratieve voorwaarden die partijen bij de uitvoering van de overeenkomst in acht zullen nemen, waaronder in elk geval de in artikel 9a, tweede lid, genoemde verplichting.".

12. In artikel V stond "Artikel III, onderdeel A" in plaats van "Artikel III, onderdeel B".

II. Memorie van toelichting

Inleiding

1. De eerste twee volzinnen van het derde tekstblok luidden: "Met de invoering van maatregelen om fraude door verzekerden of in de zorg tegen te gaan beoogt de regering zorgaanbieders en zorgverzekeraars die middelen in handen te geven die hen in staat stellen om de eigen verantwoordelijkheid bij de uitvoering van de Zfw en de AWBZ waar te maken.
De regering beoogt een viertal maatregelen in te voeren, te weten: een identificatieplicht in de Zfw en de AWBZ, maatregelen om fraude met declaraties door verzekerden tegen te gaan, maatregelen ter ondersteuning van de administratieve processen bij de uitvoering van de Zfw die de opsporing en het tegengaan van fraude vergemakkelijken en de invoering van het sociaal-fiscaalnummer (sofi-nummer) in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz).".

2. Het laatste tekstblok luidde: "Deze memorie van toelichting is als volgt ingedeeld.
Onderdeel 1 betreft de wijzigingen in de Zfw en AWBZ in verband met fraude met zorgpassen en onderdeel 2 gaat in op de wijzigingen in verband met declaratiefraude in de Zfw en AWBZ. In onderdeel 3 wordt de invoering van het sofi-nummer in de Wtz toegelicht. Onderdeel 4 betreft de elektronische uitwisseling van gegevens in de Zfw. In de onderdelen 5 en 6 worden de andere wijzigingen in de Wtz respectievelijk de Zfw toegelicht. In onderdeel 7 wordt ingegaan op de financiële gevolgen van het wetsvoorstel en in onderdeel 8 tenslotte volgt de artikelgewijze toelichting.".

1. Fraude met zorgpassen door verzekerden

3. De eerste alinea van het tweede tekstblok van dit onderdeel ontbrak.

4. De vierde volzin van het tweede tekstblok van het onderdeel "Het standpunt van de regering" luidde: "Een zorgverlener komt met ziekenfondsen overeen om de verzekerden van dat ziekenfonds zorg te verlenen op kosten van dat ziekenfonds (de zgn. medewerkerovereenkomst).".

5. In het vijfde tekstblok van het onderdeel "Het standpunt van de regering" luidde de tekst van de derde volzin: "Dit wordt ook aangegeven in het eerdergenoemde advies van CVZ van 27 maart 2003 en het rapport van de Universiteit Twente van 28 maart 2003.". De vijfde tot en met de achtste volzin ontbraken.

6. In het vijfde tekstblok van het onderdeel "Het standpunt van de regering" ontbrak de elfde zin.

7. Het zesde tekstblok van het onderdeel "Het standpunt van de regering" luidde na de vierde volzin: "De regering merkt op dat in het Wetsontwerp inzake de wijziging en aanvulling van de Wet op de identificatieplicht, het Wetboek van Strafrecht, de Algemene wet bestuursrecht, de Politiewet 1993 en enige andere wetten in verband met de invoering van een identificatieplicht van burgers ten opzichte van ambtenaren van politie aangesteld voor de uitvoering van de politietaak en van toezichthouders (Wet op de uitgebreide identificatieplicht) (Kamerstukken II 2003/04, nr. 29218) een wijziging van de Wet op de identificatieplicht is voorzien die ook het

1910805 02563

rijbewijs als identificerend document aanwijst. Vanwege het gebruiksgemak voor de burger zal zonodig het rijbewijs worden aangewezen.".

8. In het zevende tekstblok van het onderdeel "Het standpunt van de regering" stond de tweede volzin na de huidige zesde volzin. In de huidige derde zin is het woord "(jonge)" ingevoegd.

9. Het achtste tekstblok van het onderdeel "Het standpunt van de regering" luidde: "De voorgestelde maatregel staat niet in de weg aan het gegeven dat in Nederland zorgaanbieders gehouden zijn medisch noodzakelijke hulp te verlenen, ongeacht de vraag of iemand verzekerd is. De identificatieplicht is immers geen voorwaarde voor zorgverlening, maar een voorwaarde voor betaling vanuit de ziekenfondsverzekering.
Mocht er sprake zijn van een spoedgeval of een andere omstandigheid waardoor betrokkene het voorbedoelde document niet bij zich heeft, dan zal het ziekenhuis na behandeling alsnog moeten vaststellen of degene die de zorg heeft gekregen ook de verzekerde was die hij stelde te zijn. In zo'n geval kan het ziekenhuis ook pas na aanvang van de behandeling controleren of iemand verzekerd is. In het wetsvoorstel is geregeld dat uitgangspunt is dat degene die zorg inroept zich legitimeert, opdat kan worden vastgesteld dat hij inderdaad degene is die verzekerd is ingevolge de Zfw. Desalniettemin zijn er omstandigheden denkbaar dat iemand geen identiteitsbewijs bij zich heeft, bijvoorbeeld als iemand spoedeisende hulp nodig heeft. In zo'n situatie kan de persoon of instelling die de zorg verleent iemand een termijn van uiterlijk veertien dagen geven om zich alsnog te legitimeren. Ook in de periode dat mensen nog moeten wennen aan de identificatieplicht kan het ziekenhuis "uitstel" verlenen.".

10. In het elfde tekstblok van het onderdeel "Het standpunt van de regering" ontbrak na de achtste volzin de zin: "Of dit eenmalig of bij elk bezoek gebeurt, op welke plaats dit gebeurt, met welke waarborgen ziekenhuizen de controle omringen en dergelijke, is afhankelijk van de situatie, de administratieve procedures in het ziekenhuis en eventueel andere overwegingen die het ziekenhuis daarbij mocht hebben, en volledig ter beoordeling van het ziekenhuis."
Vanaf de twaalfde volzin luidde de tekst:" Ziekenfondsen kunnen op twee manieren controleren of identiteitscontrole in ziekenhuizen plaatsvindt. Door ziekenhuizen te vragen naar de administratieve procedures die voor de inschrijving voor opname of behandeling gehanteerd worden en door feitelijke waarneming van dit proces.
Ik heb de verwachting dat ziekenhuizen ook zonder een registratieverplichting het wettelijke voorschrift om de identiteit van degene die ten laste van de ziekenfondsverzekering zorg wordt verleend, zullen uitvoeren. Indien mocht blijken dat de identificatieplicht in de praktijk onvoldoende wordt uitgevoerd, zal de regeling alsnog aangescherpt kunnen worden.".

11. In het twaalfde tekstblok van het onderdeel "Het standpunt van de regering" ontbrak de laatste zin.

12. In het eerste tekstblok van het onderdeel "Inwerkingtreding en voorlichting" stond "Artikel I, onderdeel A en artikel III, onderdeel B" in plaats van "Artikel I, onderdelen A en B en Artikel III, onderdelen C en F".

13. Voor onderdeel 2, voorheen 3, stond een onderdeel 2. Fraude met declaraties door verzekerden dat luidde:
"Uit het rapport "Zorg om zorgfraude" blijkt dat verzekerden frauderen met declaraties. Daarbij gaat het om medische hulp die verleend is buiten het kader van gecontracteerde zorg. Als verzekerden de in het buitenland verleende zorg niet zelf bij hun verzekeraar declareren, is de kans op fraude weliswaar niet geheel uit te sluiten maar volgens ZN duidelijk geringer dan wanneer de verzekerde wél declareert. Verzekerden blijken declaraties in te dienen voor niet-verleende hulp of bedragen op nota's aan te passen. Dit blijkt ook uit het rapport "Reden tot zorg". Het rapport van de Universiteit Twente stelt dat de declaraties voor in het buitenland verrichte zorg als fraudegevoelig bekend staan. Onder een aantal voorwaarden is deze zorg ook via de Zfw verzekerd. Vanwege de bekendheid met deze fraudevorm, zo vervolgt het rapport, lijkt de controle op buitenlandse declaraties door ziekenfondsen redelijk intensief en kan onder meer geknoei in declaraties worden achterhaald. Volgens het rapport "Zorg om zorgfraude"

1910805 02563

wordt in veel gevallen van declaratiefraude voldoende informatie verkregen om de claim van de verzekerde af te wijzen, maar is de informatie ontoereikend voor een strafrechtelijk onderzoek. In mijn brief van 3 februari 2003 (Z/VV-2354354, Kamerstukken II 2002/03, 28 600, nr. 103, bijlage 2) heb ik CVZ verzocht om te adviseren over het voornemen over te gaan tot tijdelijke of definitieve opschorting van de verzekeringsaanspraken indien een verzekerde fraudeert bij het indienen van declaraties. CVZ heeft op 27 maart 2003 over dit onderwerp geadviseerd en het rapport "Fraude met zorgpassen en declaraties in de zorgverzekering" (kenmerk VERZ/23020431) aan mij aangeboden.

Advisering door CVZ inzake declaratiefraude
CVZ geeft in het advies een uiteenzetting van de mogelijkheden die een verzekerde heeft om "declaratiefraude" te plegen. De geneeskundige zorg waarop aanspraak bestaat uit hoofde van de Zfw en de AWBZ, wordt als regel verleend in de vorm van hulp in natura. In het overgrote deel van de gevallen declareert de zorgaanbieder derhalve de kosten van zorgverlening rechtstreeks bij de zorgverzekeraar en zal de verzekerde geen nota van de zorgaanbieder ontvangen. Verzekerden kunnen in die gevallen dus niet frauderen met declaraties. Ook bij verblijf in het buitenland staat voorop dat de verzekerde, althans voor zover hij verblijft in een land waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten, aanspraak heeft op zorg in natura.
Slechts in een beperkt aantal gevallen krijgt de verzekerde een nota voor verleende medische zorg in handen, bijvoorbeeld als in verband met de spoedeisendheid van de behandeling de hulp niet op de reguliere wijze kan worden ingeroepen. Dit aantal gevallen is wel toegenomen, onder andere door stijging van het aantal "verre verzekerden". Dat zijn verzekerden van een ziekenfonds die wonen in een gebied waar dat ziekenfonds nauwelijks verzekerden heeft, waardoor een contract met de betreffende zorgaanbieder nogal eens ontbreekt. Een andere oorzaak is dat het inroepen van zorg in natura door middel van een verdragsformulier bij tijdelijk verblijf in het buitenland in een aantal landen op bezwaren stuit. Soms accepteren zorgverleners het formulier niet, of is sprake van een (beduidend) kwaliteitsverschil tussen de zorgverlening in het kader van de sociale ziektekostenregeling aldaar (waar het verdragsformulier aanspraak op geeft) en de private zorgverlening. Mede vanwege deze problemen is het gebruik van de verdragsformulieren afgenomen. Bovendien maakt de aanvullende buitenlanddekking van veel verzekeraars het gebruik van de verdragsformulieren overbodig. CVZ stelt ten slotte dat het toenemende aantal gevallen waarin wettelijk verzekerden om vergoeding van nota's verzoeken, tot een verhoogd risico op fraude leidt.

CVZ geeft in de uitvoeringstoets aan dat de in mijn eerdergenoemde brief van 3 februari 2003 overwogen maatregel, te weten de tijdelijke of definitieve opschorting van de reguliere verzekeringsaanspraken, op serieuze uitvoeringstechnische bezwaren stuit. Opschorting van de verzekeringsaanspraken betekent dat de toegang tot zorg in natura voor de betrokken verzekerde zou moeten worden afgesloten. Daarover zouden alle zorgverleners waarmee het ziekenfonds een overeenkomst heeft, moeten worden ingelicht. CVZ wijst op de privacyaspecten en is van mening dat hiermee een conflictsituatie tussen patiënt en zorgverlener wordt gecreëerd. Bij opschorting van de verzekeringsaanspraken is verder niet op voorhand vast te stellen of een opgelegde sanctie in een bepaald geval proportioneel is. Als betrokkene gedurende de opschorting geen medische zorg nodig heeft, is het een lichte straf. Krijgt betrokkene gedurende die periode een hartinfarct, dan is opschorting van de aanspraken een zeer zware straf. Ook de effectiviteit van een dergelijke maatregel trekt CVZ in twijfel.

CVZ draagt om voornoemde redenen twee alternatieve mogelijkheden aan om fraude met declaraties tegen te gaan. Ten eerste stelt CVZ dat gekozen kan worden voor een bevoegdheid om in plaats van de aanspraken de declaratiemogelijkheid voor frauderende verzekerden op te schorten. De zorgverzekeraar kan dan in geval van aangetoonde declaratiefraude betrokkene gedurende een bepaalde periode de mogelijkheid ontnemen om kosten voor verleende zorg bij de zorgverzekeraar te declareren. Ook bij deze maatregel zal met voldoende zekerheid moeten vaststaan dat er sprake is van fraude. Verder is deze sanctie volgens CVZ meer in proportie, aangezien zij aansluit bij de aard van het vergrijp en is af te stemmen op de ernst ervan. Een

1910805 02563

dergelijke maatregel is bovendien beter uitvoerbaar dan de voorgestelde opschorting van aanspraken, omdat de zorgaanbieder er niet bij betrokken wordt.
De tweede mogelijkheid die CVZ voorstelt is een regeling waarbij de zorgverzekeraars de bevoegdheid krijgen om bij declaratiefraude de verschuldigde nominale premie bij wijze van boete te verhogen. Een verhoging van de nominale premie is thans al geregeld in artikel 17 Zfw in geval van te late inschrijving. Bij niet-betaling van de aldus verhoogde premie kan de verschuldigde premie op grond van artikel 20 van de Zfw worden verrekend met de kosten van aan een verzekerde verleende zorg. Dat artikel regelt dat een ziekenfonds, als een verzekerde nalaat de verschuldigde nominale premie (volledig) te voldoen, de kosten van aan hem of zijn medeverzekerde verleende verstrekkingen geheel of gedeeltelijk op die verzekerde kan verhalen. Het voorstel van CVZ zou inhouden dat de zorgverzekeraars zelf de bevoegdheid krijgen bij declaratiefraude de verschuldigde nominale premie te verhogen bij wijze van boete. Indien de verzekerde de op grond van declaratiefraude opgelegde boete niet zou betalen, zou het ziekenfonds op grond van het daartoe eveneens aan te passen artikel 20 Zfw de boete via verrekening met aan de verzekerde verleende verstrekkingen, kunnen worden verhaald.

Standpunt van de regering
De regering acht het met het oog op een doelmatige fraudebestrijding wenselijk om zorgverzekeraars wettelijke middelen te geven een passende sanctie op te leggen, wanneer bij de controle van declaraties van verzekerden blijkt dat er sprake is van fraude. CVZ heeft in het advies van 27 maart 2003 aangegeven dat de aanvankelijk overwogen maatregel van opschorting van verzekeringsaanspraken op serieuze uitvoeringstechnische bezwaren stuit. De regering acht deze bezwaren relevant en heeft er voor gekozen niet aan deze sanctiemogelijkheid vast te houden.
CVZ heeft in plaats daarvan voorgesteld om bij wijze van sanctie in geval van declaratiefraude door verzekerden in de Zfw een verhoogde nominale premie op te leggen en in de AWBZ de declaratiemogelijkheid op te schorten.
Tijdens ambtelijk overleg over die maatregelen kwam naar voren dat dit zou vergen dat gedurende een langere periode gegevens over ingediende declaraties moeten worden bijgehouden. Ook zouden in verband met de keuze van verzekerden om van verzekeraar te kunnen wisselen (dit kan jaarlijks) diverse administratieve procedures tussen ziekenfondsen en verzekeraars onderling gerealiseerd dienen te worden om de maatregel effectief te kunnen uitvoeren. Het wordt onwenselijk geacht om een maatregel die door het ene ziekenfonds is opgelegd, na overgang naar een ander ziekenfonds door dat andere ziekenfonds (of een andere verzekeraar) te laten effectueren. Een ander bezwaar van de voorgestelde maatregelen was dat de frauderende verzekerde er niet in alle gevallen direct door wordt getroffen.
Sanctiemaatregelen zijn er op gericht om enerzijds een drempel op te werpen en anderzijds om repressief te kunnen optreden. De verzekerde die fraude met declaraties overweegt moet zich realiseren dat niet alleen eventuele uitbetaalde bedragen teruggevorderd kunnen worden, maar dat de gepleegde fraude ook bestraft wordt. De beoogde maatregelen ontbeerden deze lik-op-stuk gedachte.
Gelet op deze bezwaren is er voor gekozen om de maatregel van de bestuurlijke boete in zowel de Zfw als de AWBZ te introduceren.

De bestuurlijke boete is in de socialezekerheidswetgeving geen nieuw fenomeen. In alle sociale-verzekeringswetten is thans al geregeld dat in geval van het niet-nakomen van verplichtingen waardoor ten onrechte of een te hoge uitkering wordt toegekend, een boete kan worden opgelegd. Op het beleidsterrein van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is de bestuurlijke boete onder meer opgenomen in de Warenwet, de Tabakswet en in het voorstel van wet tot wijziging van de Drank- en horecawet.
In het strategische akkoord 'Werken aan vertrouwen, een kwestie van aanpakken' van 3 juli 2002 (Kamerstukken II, 2001-2002, 28 375, nr. 5) wordt in het kader van de versterking van de doelmatigheid en doeltreffendheid van de politie en de rechtshandhaving gekozen voor een optimaal gebruik van de bestuurlijke boete. In het Hoofdlijnenakkoord van 16 mei 2003, wordt opnieuw gesteld dat de rechterlijke macht in haar algemeenheid ontlast moet worden van minder zware zaken, onder meer door bestuurlijke handhaving.

1910805 02563

De belangrijkste overweging om het instrument van de bestuurlijke boete te introduceren is dat ziekenfondsen en uitvoeringsorganen, die voorzover het de uitvoering van de Zfw en AWBZ betreft zelfstandige bestuursorganen zijn, thans niet beschikken over een punitief sanctiemiddel dat snel en slagvaardig kan worden toegepast in de bestuursrechtelijke handhavingpraktijk. Feitelijk is thans de enige mogelijkheid om punitief op te treden het doen van aangifte van in de Zfw of AWBZ opgenomen strafbare gedragingen. Gebleken is dat het aantal aangiften met betrekking tot het vermoeden van strafbare feiten als valsheid in geschrifte, oplichting of bedrog (fraude in strafrechtelijke zin) niet groot is. Sinds 1998 zijn er in totaal 28 meldingen als aangifte geregistreerd bij het fraudemeldpunt van het Openbaar Ministerie, waarvan er in 9 gevallen proces-verbaal is opgemaakt (Kamerstukken II, 28600 XVI, nr. 112). Bij de afweging of proces-verbaal dient te worden opgemaakt speelt de zwaarte van de zaak een rol. Het Openbaar Ministerie beoordeelt of er aanleiding is vervolging in te stellen.
Het CVZ geeft in het rapport van 27 maart 2003 aan dat een veelgehoorde klacht is, dat het doen van aangifte "zinloos" is.
Door de voorgestelde boetemaatregel kan ook in het geval dat het gaat om relatief kleine vergrijpen een bestuurlijke boete worden opgelegd. Het Openbaar Ministerie kent, anders dan voor fraude met socialezekerheidsuitkeringen, geen beleidsregels voor het opsporing-, vervolging- en strafvorderingbeleid met betrekking tot fraude in de zorgverzekeringswetten. Ter vergelijking: voor fraude met uitkeringen is de aangiftegrens voor strafvervolging gesteld op € 6000, terwijl de socialezekerheidswetten de figuur van de bestuurlijke boete wél kennen.
Dit is ook een overweging om te kiezen voor de introductie van de bestuurlijke boete in de Zfw en AWBZ. Door het opleggen van een bestuurlijke boete wordt de verzekerde direct geconfronteerd met de voor hem onaangename consequenties ten gevolge van het frauduleus handelen. Deze lik-op-stuk-gedachte draagt bij aan de bewustwording van normovertredend gedrag.

Strafrechtelijke afdoening zal in de meeste gevallen van declaratiefraude -gelet op de omvang van de fraude- weinig doelmatig zijn. De mogelijkheid om in die situaties een bestuurlijke boete te kunnen opleggen geeft de mogelijkheid om doeltreffend en snel op te treden tegen fraudeurs. Zo wordt bij uitkeringsfraude tot een bedrag van € 6000 de fraude met een bestuurlijke boete afgedaan en wordt boven dat bedrag vervolging ingesteld. Wel is het van belang de hoogte van de bestuurlijke boete af te stemmen op hetgeen in de strafrechtelijke afdoening gebruikelijk is.
In het wetsvoorstel is de hoogte van de op te leggen boete gerelateerd aan het bedrag waarmee de verzekerde beoogde te frauderen (het "benadelingsbedrag"). De boete is gesteld op 25% van dit bedrag. Daarmee wordt tegemoetgekomen aan het proportionaliteitsbeginsel. Deze systematiek is ook gehanteerd in de socialezekerheidswetgeving. Er is gekozen voor een hoger percentage dan in de socialezekerheid gebruikelijk is omdat -anders dan in de socialezekerheid- het aantal uitkeringsgerechtigden op het niveau van het sociaal minimum gering is. Om voldoende preventieve werking van het boetebedrag te bewerkstelligen, is een minimum-boetebedrag opgenomen van € 200. Voorts zullen in verband met rechterlijke toetsing beleidsregels geformuleerd dienen te worden hoe om te gaan met bijvoorbeeld recidive en omstandigheden waarin de betrokkene verkeert.

Teneinde strafrechtelijke vervolging niet onmogelijk te maken -de bevoegdheid tot strafrechtelijke vervolging vervalt immers indien ter zake van hetzelfde feit reeds een boete is opgelegd- in het geval er sprake is van een omvangrijk fraudebedrag, is in de wet opgenomen dat een boete kan worden opgelegd tot een benadelingsbedrag van € 6000. Boven dit grensbedrag kan een ziekenfonds of uitvoeringsorgaan geen boete opleggen en blijft de strafrechtelijke handhaving voorop staan. Dit zal voor het merendeel van declaratiefraudes betekenen dat het ziekenfonds of uitvoeringsorgaan een boete kan opleggen, maar voorkomt dat bij aanzienlijke fraude voor dit sanctiemiddel gekozen wordt.

In artikel 65d AWBZ en 83d van de Zfw is thans geregeld dat het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan van degene die "opzettelijk" aanspraken als verzekerde doet gelden de kosten van de verleende zorg terug kan vorderen. Deze bepalingen zien overigens op alle

1910805 02563

vormen van misbruik en niet alleen op declaratiefraude. De kosten kunnen ook verhaald worden als iemand daaraan "opzettelijk" medewerking heeft verleend.
Blijkens de wetsgeschiedenis (Kamerstukken II, 1967/68, 8457, nr. 3-4) is deze bepaling in de AWBZ opgenomen om bij "opzettelijk misbruik" geëigende maatregelen te kunnen treffen. Bij de Wet invoering en versterking regresrecht in de AWBZ en Zfw (Kamerstukken II, 1998/99, 26238) is deze bepaling om dezelfde reden ook in de Zfw opgenomen.
Bij de voorgestelde maatregel om een bestuurlijke boete op te leggen is hierboven uiteengezet dat in geval van declaratiefraude, dat wil zeggen het vervalsen van nota's of het fabriceren van valse nota's, de aard van de gedraging in zich heeft dat dit opzettelijk gebeurt. Hetzelfde geldt mutatis mutandis ook voor misbruik. Om deze reden is er geen aanleiding de artikelen 65d AWBZ en 83d Zfw te wijzigen. Indien iemand zonder daartoe gerechtigd te zijn aanspraken als verzekerde doet gelden, ofwel, zoals de wetgever bedoelde, misbruik heeft gemaakt van de Zfw of AWBZ, kan het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan de gemaakte kosten terugvorderen. Om aan te duiden dat naast de bestuurlijke boete ook de kosten verhaald kunnen worden, is deze verhaalsmogelijkheid expliciet opgenomen in de nieuwe artikelen 64a AWBZ en 83e Zfw.
Daarnaast is ter ondersteuning van de administratieve processen geregeld dat het besluit tot terugvordering een executoriale titel oplevert. In de socialezekerheidswetgeving (onder meer de artikelen 24a van de Algemene Ouderdomswet, 54 van de Algemene nabestaandenwet, 24a van de Algemene kinderbijslagwet, 57a van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering en 36a van de Werkloosheidswet) is dit reeds gangbaar.

Conform het kabinetsbeleid inzake de bestuurlijke boete is in het wetsvoorstel een aantal voorzieningen en waarborgen opgenomen. Deze houden onder meer verband met eisen die voortvloeien uit artikel 6 van het Europese Verdrag voor de rechten van de mens (EVRM). Artikel 6 van het EVRM brengt met zich dat met betrekking tot bestuursrechtelijke handhaving over de gehele linie toegang tot de rechter dient te zijn verzekerd. Tevens dient ten aanzien van besluiten met een punitief element te zijn voorzien in een rechterlijke toetsing in eerste en tweede instantie.
Indien het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan een boete oplegt, is dit een beschikking in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Op een dergelijke beschikking zijn derhalve de bepalingen van de Awb van toepassing, onder meer die betreffende de voorbereiding van het geven van een beschikking als ook die over het indienen van bezwaar en beroep. Ingevolge artikel 6:7 van de Awb bedraagt de termijn voor het indienen van een bezwaar- of beroepschrift zes weken. Met het oog op de gewenste harmonisatie van regelingen op het terrein van de bestuurlijke boete is voorzien in zowel de (primaire) hoorplicht van de belanghebbende, als in de schorsende werking van het bezwaar- en beroepschrift. Omdat strafrechtelijke handhaving mogelijk blijft, is in het wetsvoorstel opgenomen dat er geen boete kan worden opgelegd als de strafrechtelijke weg wordt bewandeld en andersom. Dit hangt samen met het uitgangspunt dat niet twee keer hetzelfde vergrijp kan worden bestraft. Een en ander is geregeld overeenkomstig de bepalingen in onder meer de Tabakswet en de Drank- en horecawet.
Als met declaraties gefraudeerd wordt kan een boete worden opgelegd die is gerelateerd aan de hoogte van het beoogde geldelijk voordeel, gepaard gaande met daaraan gerelateerde passende maatregelen om de boete te kunnen innen.
Het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan mag binnen redelijke grenzen uitgaan van een objectief vermoeden van schuld, mits de betrokkene de gelegenheid krijgt aannemelijk te maken dat hem geen verwijt kan worden gemaakt (EHRM 7-10-1988, NJ 1991, 351). In geval van declaratie-fraude -omschreven als het vervalsen van een declaratie of het valselijk opmaken er van- zal een situatie dat hem geen verwijt kan worden gemaakt zich niet of nauwelijks kunnen voordoen. Een verzekerde verandert niet "per ongeluk" een bedrag op een nota noch stuurt hij "per ongeluk" een valse nota aan zijn ziektekostenverzekeraar.".

2. Invoering van het sofi-nummer in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998

14. Kopje 2. Invoering van het sofi-nummer in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, was kopje 3.

1910805 02563

15. In de derde alinea van het eerste tekstblok stond "dat met name voor studenten" in plaats van "dat voor studenten".
De tweede en de derde zin ontbraken. De vierde zin luidde: "Zoals ik in mijn bij brief van 28 november 2002 aan de Tweede Kamer toegezonden implementatieplan "Minder regels, meer zorg" (Kamerstukken II 2002/03, 24 036, nr. 272, blz. 8) heb aangegeven, wordt de kern van het probleem gevormd door de mobiliteit van de groep studenten en het feit dat er te weinig is geregeld rondom digitale gegevensuitwisseling."

16. De voorlaatste zin van dit onderdeel ontbrak en de laatste zin luidde: "Ook kan simpeler gecontroleerd worden of een student recht heeft op een studentenverzekering.".

17. In het onderdeel "Mutaties bij in- en uitschrijving van Zfw naar Wtz en omgekeerd" luidde de tweede zin: "Dit is onder voorwaarden onder meer geregeld voor studerenden met eventuele partner en kinderen, indien zij recht hebben op studiefinanciering ingevolge de Wet studiefinanciering 2000 (Wsf).".

18. In het onderdeel "Het gebruik van het sofi-nummer" ontbrak in de vierde zin van de tweede alinea van het tweede tekstblok "bij voorbeeld". In de zesde zin stond "bedraagt" in plaats van "betaalt".

19. Na het tweede tekstblok ontbrak het kopje "Het gebruik van het sofi-nummer in de Wtz".

3. De elektronische uitwisseling van gegevens in de Ziekenfondswet

20. Kopje 3. De elektronische uitwisseling van gegevens in de Ziekenfondswet, was kopje 4.

21. In het tweede tekstblok van het onderdeel "Het regeringsbeleid met betrekking tot elektronische uitwisseling van gegevens" stond achter de laatste zin nog een zin die luidde: "Idealiter gebruikt bijvoorbeeld een overheidsinstantie als de Rijksbelastingdienst het GBA voor de benodigde persoonsgegevens en voegt daaraan vervolgens zijn eigen unieke inkomensgegevens toe.".

22. In de derde alinea van het tweede tekstblok van het onderdeel "De werking van het RINIS-netwerk" stond in de vierde zin "aanspraakpunt" in plaats van "aanspreekpunt".

23. In het vierde tekstblok van het onderdeel "Het standpunt van de regering" stond in de laatste zin "het" in plaats van "de".

4. Overige wijzigingen in de Wtz

24. Kopje 4. Overige wijzigingen in de Wtz, luidde: "5. Enkele andere wijzigingen in de Wtz".

25. De derde en de vierde zin van dit onderdeel vormden samen de derde zin.

5. Overige wijzigingen in de Zfw

26. Kopje 5. Overige wijzigingen in de Zfw, luidde: "6. Enkele andere wijzigingen in de Zfw".

27. Voor het eerste tekstblok ontbrak het kopje: "Het partnerbegrip in de Wet Inkomstenbelasting 2001".

28. De laatste twee zinnen van het tweede tekstblok van dit onderdeel ontbraken.

29. De laatste alinea van het derde tekstblok van dit onderdeel luidde: "Aan de wijziging zal terugwerkende kracht worden gegeven opdat de vaststelling van het inkomen voor de ziekenfondsverzekering vanaf de inwerkingtredingdatum van de Wet IB 2001 op dezelfde wijze kan geschieden als de vaststelling van het inkomen ingevolge die wet. Opgemerkt wordt dat

deze gelijkstelling van het partnerbegrip en de keuzemogelijkheid voor partners thans is opgenomen in artikel 4a van de Regeling tijdvak en inkomen ziekenfondsverzekering zelfstandigen. De voorgestelde wijziging sluit aan bij de wettelijke regeling van het in artikel 3d, vierde lid, van de Zfw opgenomen inkomensbegrip.".

30. Het kopje "Integriteit van bestuurders" ontbrak.

31. In de eerste zin onder het huidige kopje "Integriteit van bestuurders" stond "Voorts" in plaats van "Daarnaast".

32. In de derde zin onder het kopje "Integriteit van bestuurders" stond "geen aanleiding" in plaats van "aanleiding".

33. De tekst onder het kopje "Executoriale titel bij beslissing tot terugvordering" maakte onderdeel uit van de tekst onder 2. Fraude met declaraties door verzekerden.

6. Financiële gevolgen van het wetsvoorstel

34. Kopje 6. Financiële gevolgen van het wetsvoorstel, was kopje 7.

35. Na de tweede alinea van het eerste tekstblok van het onderdeel "Invoering van de identificatieplicht" stond een kopje "Tegengaan van declaratiefraude" met daaronder de volgende tekst: "Met betrekking tot de declaratiefraude van verzekerden merk ik op dat zorgverzekeraars declaraties van verzekerden al controleren. Een verhoogde controle vergt meer inspanning, maar leidt tot minder onverschuldigde betalingen en eventueel tot het opleggen van een bestuurlijke boete.
Ten slotte dient het belang van deze maatregelen in het oog te worden gehouden.".

36. De eerste zin van het laatste tekstblok van het onderdeel "Invoering van de identificatieplicht" luidde: "Het is evident dat meer controle en meer administratieve verplichtingen voor ziekenhuizen en instellingen extra kosten met zich brengen.".

7. Advisering door het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP)

37. Kopje 7. Advisering door het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP), was kopje 8.

8. Advisering door het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal)

38. Kopje 8. Advisering door het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal), was kopje 9.

39. De laatste alinea van het onderdeel "Advisering door het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal)" luidde: "De Interdepartementale Projectdirectie Administratieve Lasten, dat valt onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Financiën, heeft op 30 september 2003 bevestigd dat uitsluitend de controle van identiteit door een ziekenhuis geen administratieve last maar een inhoudelijke verplichting betreft. Ten tijde van het advies was Actal een andere mening toegedaan.".

9. Artikelsgewijze toelichting

40. Kopje 9. Artikelsgewijze toelichting, was kopje 10.

41. Na de toelichting bij Artikel I, onderdeel A was de volgende tekst opgenomen:
"*Artikel I, onderdeel C (artikel 64a AWBZ); Artikel III, onderdeel G (artikel 83e Zfw)*
In deze artikelen wordt bepaald dat degene die nota's fingeert of die nota's vervalst en vervolgens bij zijn verzekeraar declareert, een boete kan krijgen.

1910805 02563

Het vierde lid dient ter voorkoming van samenloop van bestuurlijke boetes en strafrechtelijke boetes. De bevoegdheid tot het opleggen van een boete vervalt indien ter zake van hetzelfde feit in het kader van een strafvervolging het onderzoek ter terechtzitting is gestart. Een spiegelbeeldige bepaling is te vinden in het vijfde lid.

Artikel I, onderdeel C (artikel 64b AWBZ); Artikel III, onderdeel G (artikel 83f Zfw)
In deze bepaling wordt het zwijgrecht geregeld van degene van wie kan worden aangenomen dat hij frauduleus heeft gehandeld. Op grond van artikel 56 AWBZ respectievelijk 73b Zfw, is de verzekerde immers in beginsel gehouden desgevraagd alle informatie te verstrekken die nodig is voor de uitvoering van de wet. Op grond van internationale verdragen ter zake, kan degene die in staat van beschuldiging wordt gesteld ('charged with a criminal offence'), niet gedwongen worden tegen zichzelf te getuigen of een bekentenis af te leggen. Hem komt derhalve een zwijgrecht toe wanneer hem in het kader van het onderzoek mondelinge vragen worden gesteld. In de derde volzin is de zogenoemde cautieplicht neergelegd. Het uitvoeringsorgaan/ziekenfonds is gehouden om betrokkene nadrukkelijk te wijzen op het hem toekomende recht om te zwijgen en eventuele vragen over de gewraakte gedraging niet te beantwoorden.
In het tweede lid is de hoorplicht geregeld. Afdeling 4.1.2 van de Awb geeft voorschriften voor de voorbereiding van een beschikking. Uit deze bepalingen vloeit voort dat betrokkenen gehoord moeten worden alvorens een beschikking wordt gegeven. In bepaalde gevallen kan het horen echter achterwege worden gelaten. Het kabinet meent dat bij boetebeschikkingen in het kader van de onderhavige wet om redenen van zorgvuldigheid in beginsel voorzien dient te worden in een hoorplicht voordat de boete wordt opgelegd. Het gaat immers om punitieve sancties. Aldus de hoofdregel vervat in het tweede lid. Deze hoofdregel kan evenwel uitzondering lijden wanneer bij eerdere contacten met de belanghebbende de facto volledig is voldaan aan de hoorplicht (artikel 4:11, onderdeel b, van de Awb). Dit is in het derde lid bepaald.
Op grond van artikel 6, derde lid, onder e, EVRM heeft een ieder tegen wie vervolging is ingesteld het recht zich kosteloos te doen bijstaan door een tolk, indien hij de taal die ter terechtzitting wordt gebezigd onvoldoende beheerst. Hoewel dit recht zich strikt genomen niet uitstrekt tot de bestuurlijke fase van de voorbereiding van een boetebeschikking is het niet onredelijk dit recht ook reeds in die fase toe te kennen. Dit is geschied in het vierde lid.

Artikel I, onderdeel C (artikel 64c AWBZ); Artikel III, onderdeel G (artikel 83g Zfw)
Doordat uitdrukkelijk is vastgelegd dat de oplegging van de sanctie bij beschikking geschiedt, wordt buiten twijfel gesteld dat de regels van de Awb ter zake van de beschikking van toepassing zijn. Uit de Awb (artikel 3:45) volgt onder meer de verplichting te vermelden dat tegen de beschikking binnen zes weken bezwaar kan worden gemaakt bij het uitvoeringsorgaan/ het ziekenfonds.

Artikel I, onderdeel C (artikel 64d AWBZ); Artikel III, onderdeel G (artikel 83h Zfw)
De beschikking zal niet ten uitvoer worden gelegd dan nadat de beroepstermijn is verstreken, dan wel op een ingediend beroep is beslist. Het bezwaar dat daaraan zou kunnen kleven, namelijk dat men bezwaar en beroep aantekent uitsluitend en alleen om betalingsuitstel te verkrijgen, wordt beperkt door de voorziening opgenomen in artikel 64g, eerste lid, AWBZ c.q. artikel 83k, eerste lid, Zfw.

Artikel I, onderdeel C (artikel 64e AWBZ); Artikel III, onderdeel G (artikel 83i Zfw)
Met deze bepaling wordt bewerkstelligd dat niet uitsluitend beroep wordt ingesteld onder het motto "niet geschoten is altijd mis". Degene die beroep instelt loopt het risico dat de rechter een hogere boete oplegt. Een dergelijke bepaling wordt ook in de sociale zekerheidswetten gehanteerd.

Artikel I, onderdeel C (artikel 64f AWBZ); Artikel III, onderdeel G (artikel 83j Zfw)
Dit artikel bepaalt dat de bevoegdheid tot het opleggen van een boete vervalt twee jaar nadat de overtreding is begaan. Omwille van de rechtszekerheid behoort de periode waarover de bevoegdheid tot oplegging van een boete bestaat, duidelijk te worden begrensd. In het tweede lid is vastgelegd, dat de termijn van twee jaar betrekking heeft op het tijdvak tussen de overtreding en de boetebeschikking van de minister. De tijd die nodig is voor de afwikkeling van

1910805 02563

een eventuele bezwaar- of beroepsprocedure en voor de tenuitvoerlegging van de boetebeschikking wordt buiten beschouwing gelaten bij de beantwoording van de vraag of de boetebevoegdheid in een concreet geval is komen te vervallen.".

42. Het laatste onderdeel van de toelichting bij artikel I luidde:
"*Artikel I, onderdeel C (artikel 64g AWBZ); Artikel III, onderdeel G (artikel 83k Zfw)*
Om te voorkomen dat bezwaar wordt gemaakt of beroep wordt ingesteld louter om uitstel van betaling en daarmee rentevoordeel te verkrijgen, is in het eerste lid bepaald dat de boete wordt vermeerderd met de wettelijke rente, te rekenen vanaf de dag waarop sedert de bekendmaking van de beschikking zes weken zijn verstreken.
Voorts is geregeld dat het niet betalen van de boete leidt tot een dwangbevel, hetgeen op grond van het Tweede Boek van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering een executoriale titel oplevert. Dit betekent dat een uitvoeringsorgaan/ziekenfonds op relatief eenvoudige wijze de boete kan invorderen.".

43. In het eerste tekstblok van de toelichting bij artikel II, onderdeel F, ontbraken de laatste twee zinnen. In plaats daarvan luidde de tekst: "Het belang van deze gegevens is voor de ziektekostenverzekeraar zodanig dat hij door het uitvoeringsorgaan in de gelegenheid wordt gesteld om aanwezig te zijn bij het verstrekken van inlichtingen door de accountant.".

44. In de toelichting bij artikel II, onderdeel G, ontbrak de laatste zin.

45. De toelichting bij artikel III, onderdeel A, ontbrak. Als gevolg van de vernummering in de tekst van het wetsvoorstel heeft ook in de artikelsgewijze toelichting bij de onderdelen van artikel III vernummering plaatsgevonden.

46. In de toelichting bij artikel IV stond "artikelen I, onderdeel B en III, onderdeel E" in plaats van "artikelen I, onderdeel B en III, onderdeel F".

47. De toelichting bij artikel V luidde: "Het streven is er op gericht het wetsvoorstel op 1 juni 2004 in werking te laten treden. Om ziekenhuizen voldoende voorbereidingstijd te geven zullen Artikel I, onderdeel A en Artikel III, onderdeel B, zes maanden na publicatie in het Staatsblad in werking treden. Artikel II, onderdeel A, treedt in werking met ingang van 1 januari 2005. Artikel III, onderdeel B, werkt terug tot en met 1 januari 2001.".

Wet van

houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, invoering van het Sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten)

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:
Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is bepalingen vast te stellen met betrekking tot de doelmatige uitvoering en de bestrijding en het tegengaan van fraude in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet, alsmede enige wijzigingen in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en in de Ziekenfondswet aan te brengen;
Zo is het dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

Artikel I
De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt gewijzigd als volgt:

A
Na artikel 10 wordt een artikel ingevoegd, luidende:
Artikel 10a

1. Degene die als verzekerde zijn aanspraak op een bij ministeriële regeling aangewezen vorm van zorg geldend wil maken, verstrekt aan de persoon of instelling tot wie onderscheidenlijk welke hij zich wendt voor het ontvangen van de desbetreffende zorg, een identiteitsbewijs als bedoeld in artikel 1, eerste lid van de Wet op de identificatieplicht of een ander bij ministeriële regeling aan te wijzen document ter inzage waarmee zijn identiteit kan worden vastgesteld. Indien het identiteitsbewijs niet onmiddellijk ter inzage kan worden verstrekt, kan de persoon of instelling bepalen dat uiterlijk binnen een termijn van veertien dagen aan deze verplichting wordt voldaan.
2. De persoon of instelling die de in het eerste lid bedoelde zorg verleent, stelt de identiteit van degene aan wie deze zorg wordt verleend vast aan de hand van het ter inzage verstrekte document.

B
In artikel 42, vierde lid, wordt na de zinsnede "dient een overeenkomst als bedoeld in het eerste lid in ieder geval in te houden" een zinsnede ingevoegd, luidende: een bepaling betreffende de verplichting als bedoeld in artikel 10a, tweede lid,.

C
In artikel 65d wordt onder vernummering van het tweede lid tot derde lid een lid ingevoegd, luidende:
2. Het besluit tot terugvordering levert een executoriale titel op in de zin van het Tweede Boek van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.

Artikel II
De Wet op de toegang ziektekostenverzekeringen 1998 wordt gewijzigd als volgt:

A
Na artikel 4 worden twee artikelen ingevoegd, luidende:
Artikel 4a
1. In de administratie van de ziektekostenverzekeraars en het uitvoeringsorgaan ter zake van de uitvoering van deze wet wordt van de personen met wie een overeenkomst van standaardverzekering is gesloten, het sociaal-fiscaalnummer, bedoeld in artikel 2, derde lid, onderdeel j, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen, opgenomen, tenzij aan de betrokken persoon geen sociaal-fiscaalnummer is bekendgemaakt.
2. Bij de verstrekking van gegevens ter uitvoering van deze wet met betrekking tot personen met wie een overeenkomst van standaardverzekering is gesloten, wordt door de ziektekostenverzekeraars, het uitvoeringsorgaan en de in artikel 4b genoemde instanties gebruik gemaakt van het sociaal-fiscaalnummer.

Artikel 4b
De Rijksbelastingdienst, het gemeentebestuur, de Informatie Beheer Groep, genoemd in de Wet verzelfstandiging informatiseringsbank, de ziekenfondsen, toegelaten overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet, de ziektekostenverzekeraars en het uitvoeringsorgaan, zijn bevoegd uit eigen beweging en verplicht op verzoek uit de onder hun verantwoordelijkheid gevoerde administratie, aan elkaar of aan een daartoe door of vanwege een van deze instanties aangewezen persoon de gegevens te verstrekken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van deze wet. De verstrekking van de gegevens geschiedt kosteloos, tenzij bij of krachtens wet anders is bepaald.

B
In artikel 8 wordt in de eerste volzin na "schadebedragen" toegevoegd: waarvan aan het uitvoeringsorgaan opgave is gedaan.

C
In artikel 10, vijfde lid, wordt "kan zijn beslissing herroepen" vervangen door: kan binnen 5 jaar na de in het vierde lid bedoelde mededeling zijn beslissing herroepen.

1910805 02563

D
Voor artikel 24 wordt een artikel ingevoegd, luidende:
Artikel 23a
Onze Minister kan beleidsregels vaststellen met betrekking tot de werkwijze en de uitoefening van de taken van het uitvoeringsorgaan.

E
Aan artikel 24, tweede lid, wordt na "Het uitvoeringsorgaan kan, gehoord de Pensioen- & Verzekeringskamer, regels stellen voor de inrichting van de administratie van de ziektekostenverzekeraars voor zover het betreft de uitvoering van de omslagregeling" toegevoegd: , voor het door de accountant uit te voeren controleonderzoek van de opgaven, bedoeld in artikel 15, tweede lid, alsmede voor de door de accountant af te geven verklaringen of mededelingen.

F
Aan artikel 24 worden twee leden toegevoegd, luidende:
4. De ziektekostenverzekeraar machtigt bij de opdracht tot het doen van een controleonderzoek, bedoeld in artikel 15, tweede lid, de accountant schriftelijk, aan het uitvoeringsorgaan alle inlichtingen te verstrekken, die redelijkerwijze geacht kunnen worden nodig te zijn voor de uitvoering van de haar bij of krachtens deze wet opgelegde taak en legt hem bij die opdracht tevens de verplichting op volledige medewerking te verlenen aan onderzoeken van het uitvoeringsorgaan en hem inzage te geven in de zakelijke bescheiden betrekking hebbende op gedane opgaven. Het uitvoeringsorgaan stelt de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid aanwezig te zijn bij het verstrekken van inlichtingen door de accountant.
5. Indien de accountant naar het oordeel van het uitvoeringsorgaan niet of niet meer de nodige waarborgen biedt dat deze de toevertrouwde taak met betrekking tot de ziektekostenverzekeraar naar behoren zal vervullen, kan het uitvoeringsorgaan, gehoord de Pensioen- & Verzekeringskamer, bepalen dat hij niet bevoegd is een verklaring als bedoeld in het tweede lid van artikel 15 met betrekking tot die ziektekostenverzekeraar af te leggen.

G
In artikel 27, derde lid, wordt "een verklaring omtrent de getrouwheid" gewijzigd in: een verklaring omtrent de getrouwheid en rechtmatigheid.

Artikel III
De Ziekenfondswet wordt gewijzigd als volgt:

A
In artikel 3, vierde lid, onderdeel d, wordt "artikel 1, onderdeel i, van de Werkloosheidswet" vervangen door: artikel 1, onderdeel g, van de Werkloosheidswet.

B
Aan artikel 3d wordt een lid toegevoegd, luidende:
10. Voor de toepassing van het eerste lid, geschiedt de toerekening van de gemeenschappelijke inkomensbestanddelen en bestanddelen van de rendementsgrondslag van de verzekerde en zijn partner

1910805 02563

overeenkomstig artikel 2.17 van de Wet inkomstenbelasting 2001. Onder partner wordt verstaan degene die partner is in de zin van artikel 1.2, van de Wet inkomstenbelasting 2001 en degene die geen keuze voor behandeling als binnenlandse belastingplichtige als bedoeld in artikel 1.2, derde lid, onderdeel b, van de Wet inkomstenbelasting 2001 heeft gedaan of heeft kunnen doen. In geval de verzekerde en zijn partner beiden belastingplichtig zijn, geldt de gemaakte keuze, bedoeld in de artikelen 1.2, eerste lid, onderdeel b, en 2.17, tweede lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001 ook voor de toepassing van het eerste lid.

C

Na artikel 9 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 9a

1. Degene die als verzekerde zijn aanspraak op een bij ministeriële regeling aangewezen verstrekking geldend wil maken, verstrekt aan de persoon of instelling tot wie onderscheidenlijk welke hij zich voor het ontvangen van de desbetreffende verstrekking wendt, een identiteitsbewijs als bedoeld in artikel 1, eerste lid van de Wet op de identificatieplicht of een ander bij ministeriële regeling aan te wijzen document ter inzage waarmee zijn identiteit kan worden vastgesteld. Indien het identiteitsbewijs niet onmiddellijk ter inzage kan worden verstrekt, kan de persoon of instelling bepalen dat uiterlijk binnen een termijn van veertien dagen aan deze verplichting wordt voldaan.
2. De persoon of instelling die in de in het eerste lid bedoelde verstrekking verleent, stelt de identiteit van degene aan wie deze zorg wordt verleend vast aan de hand van het ter inzage verstrekte document.

D

Artikel 34 wordt gewijzigd als volgt:

1. Onderdeel e van het derde lid wordt vervangen door:

e. waarvan het beleid wordt bepaald door natuurlijke personen van wie de deskundigheid naar het oordeel van het College zorgverzekeringen voldoende is voor de uitoefening van de taken van een ziekenfonds,.

2. In het derde lid wordt onder verlettering van de onderdelen f, g en h tot g, h en i een onderdeel ingevoegd, luidende:

f. waarvan het beleid wordt bepaald of mede bepaald door natuurlijke personen wier voornemens, handelingen of antecedenten het College zorgverzekeringen geen aanleiding geven tot het oordeel dat de betrouwbaarheid van deze personen, met het oog op de belangen van de verzekerden die ingevolge deze wet moeten worden gediend, niet buiten twijfel staat,.

3. In het vijfde lid wordt "is het derde lid, onderdeel e," vervangen door: zijn de onderdelen e en f van het derde lid.

E

Na artikel 38c wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 39

1. Een ziekenfonds maakt voor de uitwisseling van gegevens ten behoeve van de uitvoering van deze wet gebruik van een elektronische infrastructuur.
2. Het College zorgverzekeringen kan regels stellen met betrekking tot de in het eerste lid bedoelde gegevensuitwisseling. De regels kunnen betrekking hebben op:

a. de wijze waarop het gebruik van de infrastructuur wordt georganiseerd en beheerd, waaronder begrepen de inrichting en instandhouding van een gemeenschappelijke database;
b. de wijze waarop de uitwisseling van gegevens plaatsvindt, waaronder begrepen de aansluiting van ziekenfondsen op deze infrastructuur;
c. de aard en omvang van de gegevensuitwisseling en de voorschriften waaraan de gegevensuitwisseling ten minste moet voldoen;
d. de financiering van het gebruik van de infrastructuur en de wijze waarop de kosten ervan worden verdeeld.

F
In artikel 44, derde lid, wordt na de zinsnede "dient een overeenkomst als bedoeld in het eerste lid in ieder geval in te houden" een zinsnede ingevoegd, luidende: een bepaling betreffende de verplichting als bedoeld in artikel 9a, tweede lid,.

G
In artikel 83d wordt onder vernummering van het tweede lid tot derde lid een lid ingevoegd, luidende:
2. Het besluit tot terugvordering levert een executoriale titel op in de zin van het Tweede Boek van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.

Artikel IV
Indien het bij koninklijke boodschap van 17 juli 2003 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekosten-verzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg)(Kamerstukken II, 2002/03, 28994) tot wet is verheven en vóór deze wet in werking is getreden, wordt deze wet gewijzigd als volgt:

A
Artikel I, onderdeel B komt te luiden:
B
Artikel 43, eerste lid, onderdeel f, komt te luiden: f. de administratieve voorwaarden die partijen bij de uitvoering van de overeenkomst in acht zullen nemen, waaronder in elk geval de in artikel 10a, tweede lid, genoemde verplichting.

B
Artikel III, onderdeel F, komt te luiden:
F
Artikel 45, eerste lid, onderdeel f, komt te luiden: f. de administratieve voorwaarden die partijen bij de uitvoering van de overeenkomst in acht zullen nemen, waaronder in elk geval de in artikel 9a, tweede lid, genoemde verplichting.

Artikel V
De artikelen van deze wet treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld met dien verstande dat Artikel III, onderdeel B, terugwerkt tot en met 1 januari 2001.

1910805 02563

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst, en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Memorie van toelichting

Inleiding

In het Hoofdlijnenakkoord "Meedoen, meer werk, minder regels" van 16 mei 2003 is aangegeven dat fraude met harde hand dient te worden tegengegaan en bestreden. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer komt een ieder toe, maar mag worden doorbroken indien wetshandhaving en bestrijding van criminaliteit dat vereisen (Kamerstukken II, 2002/03, 28637, nr. 19, p.10). In dat verband kondigt het kabinet onder meer aan dat belemmeringen in de informatie-uitwisseling die een effectieve aanpak van misbruik van de sociale zekerheid -waaronder de Zfw- verhinderen, zullen worden weggenomen. De beoogde maatregelen die in dit wetsvoorstel zijn opgenomen liggen in het verlengde van deze doelstellingen.

Met het wetsvoorstel beoogt de regering maatregelen te treffen die dienen ter voorkoming van fraude bij de uitvoering van de socialeziektekostenverzekeringen. Fraude is een ruim begrip. In deze toelichting wordt het begrip fraude gehanteerd, zoals dat is gedefinieerd in het Rapport van de Universiteit Twente, "Frauderisico-analyse gezondheidszorg" van 28 maart 2003 (Kamerstukken II 2002/03, 28 828, nr. 1, bijlage): "het bewust handelen of nalaten in strijd met wet- en regelgeving en/of het opzettelijk niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens, met het doel hierbij ten onrechte uitgaven voor verstrekkingen (daaronder begrepen verstrekkingen in natura) en/of uitgaven voor beheer ten laste van de voor zorg bestemde (particuliere en publieke) middelen te brengen, minder te betalen ten bate van die middelen, of er extra inkomsten uit te ontvangen."
Het voorkomen, tegengaan en bestraffen van misbruik van de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) moet worden gezien als een zwaarwegend maatschappelijk belang. Het gaat immers om uitgaven in de publieke sector. Zorgaanbieders, de instellingen die zorg leveren, zorgverzekeraars, maar ook burgers zelf, hebben bij het voorkomen en tegengaan van fraude een eigen verantwoordelijkheid. Zorgverzekeraars hebben zelf ook al activiteiten ondernomen op dit terrein, zoals het uitwisselen van informatie en het inventariseren van oplossingen in het kader van het fraude-platform van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om zorgaanbieders en zorgverzekeraars beter in staat te stellen die eigen verantwoordelijkheid bij de uitvoering van de Zfw en de AWBZ ook waar te maken, moeten zij adequate instrumenten ter beschikking hebben. Gebleken is dat de huidige wettelijke mogelijkheden in de praktijk ondersteuning behoeven om fraude effectief te bestrijden. Naast de bestaande mogelijkheid van terugvordering of strafrechtelijk optreden, gaat het om versterking van preventieve en repressieve maatregelen die de kans op fraude verkleinen.

Met de invoering van maatregelen om fraude door verzekerden of in de zorg tegen te gaan beoogt de regering zorgaanbieders en zorgverzekeraars middelen in handen te geven die hen in staat stellen om de eigen verantwoordelijkheid bij de uitvoering van de Zfw en de AWBZ waar te maken.
De regering beoogt een drietal maatregelen in te voeren, te weten: een identificatieplicht in de Zfw en de AWBZ, maatregelen ter ondersteuning van de administratieve processen bij de uitvoering van de Zfw die de opsporing en het tegengaan van fraude vergemakkelijken en de invoering van het sociaal-fiscaalnummer (sofi-nummer) in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz).
Tevens wordt met dit wetsvoorstel een aantal andere wijzigingen in de Zfw aangebracht en wordt de Wtz aangepast aan bevindingen die bij de evaluatie naar voren zijn gekomen. Met betrekking tot het tegengaan van fraude gepleegd door zorgverleners worden separate maatregelen getroffen in de Wet tarieven gezondheidszorg.

Deze memorie van toelichting is als volgt ingedeeld.
Onderdeel 1 betreft de wijzigingen in de Zfw en AWBZ in verband met fraude met zorgpassen. In onderdeel 2 wordt de invoering van het sofi-nummer in de Wtz toegelicht. Onderdeel 3 betreft de elektronische uitwisseling van gegevens in de Zfw. In de onderdelen 4 en 5 worden de andere wijzigingen in de Wtz respectievelijk de Zfw toegelicht. In onderdeel 6 wordt ingegaan op de financiële gevolgen van het wetsvoorstel. In de onderdelen 7 en 8 wordt de advisering van respectievelijk het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP)en het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) besproken. In onderdeel 9 ten slotte volgt de artikelsgewijze toelichting.

1. Fraude met zorgpassen door verzekerden

"Ik moet naar de dokter, mag ik even je zorgpas lenen?" is een kreet die een respondent die in het rapport "Zorg om Zorgfraude" aan het woord komt, regelmatig hoort (Rapport van de Fraude Unit Oost van het Openbaar Ministerie van september 2001, Kamerstukken II 2002/03, 28 600, nr. 103, bijlage 1, blz. 14). "Een vrouw die volgens haar medisch dossier twee keer in korte tijd is bevallen; een man die plots geen litteken meer heeft van een forse operatie." Berichten zoals deze, uit de Haagsche Courant van 1 juli 2002, verschijnen steeds vaker in de media. Ook signalen van zorgverzekeraars wijzen er op dat de mogelijkheden tot het plegen van fraude in de zorg ook worden benut. Het rapport "Zorg om Zorgfraude" geeft de (on)mogelijkheden van het plegen van fraude in de zorgsector weer. Ook het rapport "Reden tot Zorg" dat Compliance Methodology Consultants (CMC) in opdracht van ZN in augustus 2001 uitbracht, gaat in op de fraudegevoeligheid van zorgverzekeringen.

Zorgaanbieders komen met ziekenfondsen overeen om de verzekerden van dat ziekenfonds zorg te verlenen op kosten van dat ziekenfonds. Op grond van die overeenkomst dient een zorgaanbieder zich ervan te vergewissen dat aan een verzekerde van dat ziekenfonds zorg wordt verleend, en niet aan een willekeurige ander. Veel ziekenhuizen volstaan er mee om degene die zich aan de balie meldt, te vragen naar een verzekeringsbewijs of zorgpas. Zij laten daarbij na te controleren of degene die dit document presenteert daadwerkelijk degene is op wiens naam het verzekeringsbewijs staat. Terwijl het ziekenhuis dus niet zeker weet of degene aan wie zorg wordt gegeven inderdaad de ziekenfondsverzekerde is waarvoor hij zich uitgeeft, stuurt het ziekenhuis wel de rekening van de geleverde zorg naar het ziekenfonds. De maatregel schrijft daarom aan verzekerden voor zich te legitimeren, maar schrijft evenzeer voor dat een ziekenhuis de identiteit van de ziekenfondsverzekerde controleert. Als dat niet gebeurt, is het niet toegestaan de rekening van de aan die persoon verleende zorg aan een ziekenfonds te sturen.

Het niet-controleren van de identiteit van de zorgvrager werkt fraude in de hand. Niet-ziekenfondsverzekerden kunnen dan immers bij een ziekenhuis een verstrekking ten laste van de ziekenfondsverzekering vragen op vertoon van een gestolen, gehuurde of geleende zorgpas of verzekeringsbewijs van iemand die wel ziekenfondsverzekerd is.

Met "verzekeringsbewijs" of "zorgpas" wordt het bewijs van inschrijving aangeduid dat een ziekenfonds verstrekt aan een bij dat ziekenfonds ingeschreven verzekerde. Meestal wordt daarvoor een plastic kaart op creditcard-formaat gebruikt waarop een aantal gegevens vermeld staat, maar het kan ook in een andere vorm voorkomen. Bijna alle ziekenfondsen verstrekken tegenwoordig het verzekeringsbewijs in de vorm van een plastic kaart. Hierna wordt uit oogpunt van leesbaarheid gekozen voor het woord "zorgpas" wanneer het bewijs van inschrijving wordt bedoeld.

In het rapport "Reden tot Zorg" is hierover aangegeven dat aan de zorgpas niet is te zien of de persoon die zich laat behandelen ook werkelijk de persoon is aan wie de zorgpas is afgegeven. Meerdere onverzekerde of minder goed verzekerde personen kunnen dus één en dezelfde zorgpas gebruiken. Het rapport vervolgt met de opmerking dat het zeker is dat dit soort fraude bestaat, maar dat de omvang ervan onbekend is.

Indien een niet-ziekenfondsverzekerde met de zorgpas van een ander zorg vraagt ten laste van de ziekenfondsverzekering heeft dat twee gevolgen. Ten eerste is er sprake van misbruik van de Zfw. Door misbruik van de zorgpas van een ander kan een niet-verzekerde voor ziekenfondsrekening gebruik maken van medische hulp zonder dat daar, in de vorm van premiebetaling of eigen betalingen, een vergoeding van zijn kant tegenover staat. Ten tweede ontstaat er een risico op medische fouten, omdat de betrokken patiënt wordt aangezien voor iemand anders met een ander medisch dossier.

Naar aanleiding van bovenstaande problemen heb ik in mijn brief van 3 februari 2003 (Z/VV-2354354, Kamerstukken II 2002/03, 28 600, nr. 103, bijlage 2) het CVZ verzocht om een uitvoeringstoets over het tegengaan van zorgpasfraude. CVZ heeft op 27 maart 2003 hierover geadviseerd en het rapport "Fraude met zorgpassen en declaraties in de zorgverzekering" (kenmerk VERZ/23020431) aan mij aangeboden.

Advisering door CVZ inzake zorgpasfraude

In het advies van 27 maart 2003 gaat CVZ in op de in de brief van 3 februari 2003 voorgestelde maatregel waarbij sociaal verzekerden zich dienen te identificeren bij opname in een instelling.

1910805 02563

CVZ merkt op dat de technisch meest superieure oplossing voor het identificatievraagstuk bestaat uit de invoering van een chipkaart met een biometrisch kenmerk, omdat daarmee zekerheid zou kunnen worden verkregen over de vraag of de kaart en degene die de kaart in zijn bezit heeft bij elkaar horen. Bovendien zou een chipkaart het voordeel bieden van reductie van de kans op fouten in administratieve verwerkingsprocessen. CVZ voegt hieraan onmiddellijk toe dat het een dergelijke oplossing niet op korte termijn realiseerbaar acht. Daarbij wijst het op verschillende initiatieven, waarbij men er tot op heden niet in is geslaagd een landelijke chipkaart-infrastructuur tot stand te brengen. Een andere technische oplossing zou het opnemen van een pasfoto op de bestaande zorgpas zijn. CVZ noemt dit een "tamelijk dure technisch inferieure oplossing". Evenals voor een chipkaart zou voor een verzekeringsbewijs met pasfoto bij de aanmelding bij een ziekenfonds persoonlijk contact nodig zijn om een dergelijk systeem sluitend te maken. Dat heeft grote consequenties voor de ziekenfondsen en voor de verzekerden. Zou het gebruik van een pasfoto niet gekoppeld worden aan persoonlijke aanmelding, dan zou de waarde van de zorgpas in het kader van fraudebestrijding slechts betrekkelijk zijn, aldus CVZ. Vervolgens concludeert CVZ dat de mogelijkheden om op korte termijn te voorzien in een adequate technische oplossing voor het identificatievraagstuk, klein lijken. Daarom is CVZ van mening dat de door de regering overwogen maatregel, namelijk identificatie door middel van een combinatie van verzekeringsbewijs en geldig identiteitsbewijs, in beginsel een redelijk effectief middel kan zijn om zorgpasfraude tegen te gaan.

De kans op zorgfraude acht CVZ het grootst wanneer er sprake is van curatieve zorg bij massale en anonieme processen. Volgens CVZ zal de reikwijdte van de maatregel niet beperkt moeten blijven tot de situatie van opname in een instelling maar ook moeten zien op andere situaties waarin CVZ de kans op zorgfraude vrij groot acht, zoals huisartsenposten, poliklinieken en eerstehulp-afdelingen. Teneinde ervaring op te doen met de identificatieplicht geeft CVZ een stapsgewijze invoering in overweging en stelt voor te beginnen met een identificatieplicht bij opname in een instelling.
Vanuit praktische overwegingen ligt het volgens CVZ in de rede dat de identiteitscontrole plaatsvindt tijdens de administratieve procedure voor inschrijving in het ziekenhuis ("intake").
CVZ wijst er op dat zekerheid over de vraag wie er uiteindelijk bij de zorgverlener in de spreekkamer komt, alleen kan worden verkregen als de zorgverlener zelf de identiteitscontrole verricht.

CVZ geeft aan dat aan degene die zorg ten laste van de ziekenfondsverzekering of AWBZ-verzekering inroept een identificatieplicht moet worden opgelegd. Daarnaast dient de zorgverlener of de instelling waar hij werkt betrokkene om het identiteitsbewijs te vragen om zo vast te stellen of de zorgvrager ook de verzekerde is voor wie hij zich uitgeeft. Deze verplichting kan eventueel worden geregeld in de overeenkomst tussen zorgverlener of instelling en het ziekenfonds. Daarvoor, zo stelt CVZ, is evenwel medewerking van de zorgverlener of instelling vereist. Als die medewerking niet te verwachten valt, dan is een wettelijke regeling van deze verplichting nodig. CVZ merkt op dat gelet op de reactie van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), bijlage bij het advies van 27 maart 2003, niet op voorhand van deze medewerking kan worden uitgegaan.
De consequenties van niet-naleving van de verplichtingen moeten volgens CVZ duidelijk zijn. Voor de zorgvrager zou moeten gelden dat het niet (kunnen of willen) overleggen van een identiteitsbewijs als consequentie heeft dat er geen aanspraak op (vergoeding van) zorg ten laste van de ziekenfonds- of AWBZ-verzekering bestaat. Betrokkene zal dan de kosten van behandeling zelf moeten betalen.
De zorgverlener of instelling die nalaat de identiteit van de zorgvrager ten laste van Zfw of AWBZ te controleren, zou de kosten van de verleende zorg niet bij het ziekenfonds moeten kunnen declareren. Daarom moet de zorgverlener of instelling die controle ook aantoonbaar uitvoeren. Zorgverleners hebben ook een belang bij die controle omdat het risico op medische fouten wordt verkleind. Bovendien benadrukt het CVZ dat zorgverleners en instellingen medewerker zijn van de ziekenfondsverzekering en dat zij daarom ook medeverantwoordelijk zijn voor de controle op het rechtmatige gebruik van die verzekering.

Het standpunt van de regering
De burger die in het dagelijkse leven diensten inroept, zal zich in het algemeen niet verbazen als hem om een identiteitsbewijs gevraagd wordt. Als iemand geld van zijn bankrekening wil opnemen, als iemand lid wil worden van een bibliotheek, als iemand zich inschrijft bij een videotheek: in al deze gevallen

1910805 02563

wordt aan de burger gevraagd zich te identificeren. En in het algemeen identificeert die burger zich ook: identificatie bij het inroepen van diensten is een maatschappelijk aanvaard verschijnsel.
In de nota "Persoonsnummerbeleid in het kader van identiteitsmanagement" (Kamerstukken II, 2002/03, 28600 VII, nr. 21) heeft de regering aangegeven dat burger en overheid een gemeenschappelijk belang hebben bij het vaststellen van de identiteit. De burger dient zich in relatie tot de overheid te kwalificeren als een gerechtigde tot het afnemen van bepaalde diensten of als een burger die aan bepaalde verplichtingen voldoet. Er moet een geldige reden bestaan om van een burger identificatie te verlangen. De regering is van mening dat het inroepen van zorg ten laste van de sociale ziektekostenverzekeringswetten een toereikende grondslag is voor de identificatieplicht in Zfw of AWBZ. In de socialezekerheidswetten is de identificatieplicht overigens niet nieuw. In de sociale zekerheid bestaat reeds jaren een identificatieplicht, bijvoorbeeld bij het aangaan van dienstverbanden, bij de inschrijving als werkzoekende en bij de aanvraag van uitkeringen of voorzieningen.

Tot nu toe is het niet gebruikelijk dat de verzekerde die zorg ten laste van de Zfw of de AWBZ vraagt, zich identificeert. Wel is in de regelgeving al opgenomen dat het verzekeringsbewijs moet worden overgelegd en dat zorgaanbieders dienen vast te stellen of iemand verzekerd is.
Een zorgverlener is medeverantwoordelijk voor de controle op het rechtmatige gebruik van die verzekering. Een zorgverlener komt met ziekenfondsen overeen om de verzekerden van dat ziekenfonds zorg te verlenen op kosten van dat ziekenfonds. Op grond van die overeenkomst dient de zorgverlener zich ervan te vergewissen dat aan een verzekerde van dat ziekenfonds zorg wordt verleend, en niet aan een willekeurige ander. Zorgverleners volstaan er thans mee om degene die zich als patiënt meldt, te vragen naar een zorgpas. Zij laten na te controleren of degene die de pas presenteert daadwerkelijk degene is wiens naam op de pas staat vermeld. Terwijl de zorgverlener dus niet zeker weet of degene aan wie zorg wordt gegeven inderdaad de ziekenfondsverzekerde is waarvoor hij zich uitgeeft, stuurt hij wel de rekening van de geleverde zorg naar het ziekenfonds. Door aan degene die zorg inroept ten laste van de Zfw of AWBZ een verplichting op te leggen zich te identificeren én door de zorgverlener te verplichten de identiteit van die persoon te controleren, kan zorgpasfraude worden tegengegaan. Dat dit daarnaast kan leiden tot verbetering van de kwaliteit van de zorg is een gunstig neveneffect van deze maatregel. Het CVZ heeft geconstateerd dat als gevolg van zorgpasfraude risico bestaat op (ernstige) medische fouten door onduidelijkheid over de identiteit van de patiënt. Een dergelijke persoonsverwisseling heeft zich bij een van de academische ziekenhuizen al daadwerkelijk voorgedaan. Het risico als zodanig is evenwel in elk ziekenhuis aanwezig. Zorgverleners en instellingen hebben vanwege dit risico op medische fouten een nadrukkelijk eigen belang bij het tegengaan van zorgpasfraude.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) hebben aangegeven dat de verbetering van de kwaliteit van de zorg voor ziekenhuizen een belangrijke factor is voor de mogelijke invoering van een identificatieplicht. Voor de ziekenhuizen die hun patiënten nu al verzoeken om het verzekerings- en identiteitsbewijs mee te nemen is, zo is gebleken, dit kwaliteitsaspect een belangrijk argument geweest om hun patiënten te vragen zich te identificeren.

Uit gesprekken die gevoerd zijn met het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, het Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem en het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft, blijkt dat patiënten in het algemeen begrip hebben voor dergelijke maatregelen. Het meenemen en tonen van verzekeringsbewijs of legitimatie blijkt vooral gebaseerd op begrip voor de maatregel, bekendheid met de maatregel en een kwestie van gewenning. De ziekenhuizen die al vragen om een identiteitsbewijs hebben in voorbereiding hierop hun patiënten uitgebreid voorgelicht over het waarom van de genomen maatregel en wijzen er ook vooraf op dat verzekeringspapieren en identiteitsbewijs moeten worden meegenomen.

Bij de invulling van de maatregel is een afweging gemaakt tussen het doel van de maatregel en de praktische uitvoerbaarheid ervan.
Er is gekozen voor een stapsgewijze invoering van de identificatieplicht. In eerste instantie wordt de maatregel ingevoerd bij ziekenhuizen en poliklinieken, omdat daar het risico van fraude het grootst lijkt. Dit wordt ook aangegeven in het eerdergenoemde advies van CVZ van 27 maart 2003, het rapport van de Universiteit Twente van 28 maart 2003 en het Rapport "Risico's op misbruik in Ziekenfondswet en AWBZ van het College van toezicht op de zorgverzekeringen van maart 2003. Stapsgewijze invoering

1910805 02563

maakt het mogelijk ervaring op te doen met de organisatie van de identificatieplicht en de administratieve procedures die dit met zich brengt en deze ervaring mee te nemen bij de invoering in andere sectoren. Het kabinet onderkent dat sommige onderdelen van de zorg minder gevoelig zijn voor zorgpasfraude en dat het om die reden niet noodzakelijk is om een integrale identificatieplicht in te voeren. Zo zal bijvoorbeeld een huisarts zijn patiënten meestal kennen en is de kans op persoonsverwisseling kleiner. In de AWBZ ligt zorgpasfraude, als gevolg van de geldende procedures en de eigenbijdrage-regeling niet zo voor de hand, hoewel die ook daar niet geheel is uit te sluiten. Deze verschillen zijn de reden dat de identificatieplicht gefaseerd wordt ingevoerd. Ik stel mij voor dat de effecten van de maatregel in deze eerste fase na de invoering ervan worden geëvalueerd. Bij die evaluatie kan ook het bedrijfseffect van de uitvoering van deze maatregel bij ziekenhuizen in beeld worden gebracht. Op basis van deze evaluatie kan worden bezien of en op welke wijze de maatregel wordt uitgebreid naar andere vormen van zorg. Voor welke vormen van zorg de identificatieplicht zal gelden wordt bij ministeriële regeling geregeld. Dit maakt de uitbreiding van de identificatieplicht in een later stadium mogelijk zonder dat daartoe een wetswijziging nodig is.

CVZ heeft aangegeven dat een identificerende zorgpas voorlopig technisch niet haalbaar is. Ook ZN heeft bij brief van 20 maart 2003 (Kamerstukken II 2002/03, 28 828, nr. 1, bijlage) de invoering van een identificerende zorgpas bezwaarlijk genoemd, omdat het ombouwen van de huidige zorgpas tot een technisch hoogstaand identiteitsbewijs/verzekeringsbewijs een buitengewoon kostbare en omslachtige weg is. Voor identificatie zou een echt identiteitsbewijs gebruikt moeten worden.
De regering stelt zich voor dat identificatie plaatsvindt aan de hand van een document als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht (paspoort, Nederlandse identiteitskaart of vreemdelingendocument) of een ander door de Minister van VWS aan te wijzen document. Documenten als bedoeld in de Wet op de identificatieplicht zijn in het algemeen goed beveiligd tegen vervalsing en worden bovendien onder gecontroleerde omstandigheden uitgegeven.
Deze keuze voor aansluiting bij reeds bestaande identificerende documenten ligt geheel in de lijn van de kabinetsvoornemens in het kader van het Actieprogramma Andere Overheid. De gedachte dat burgers niet overladen moeten worden met allerlei verschillende pasjes voor de zorg, voor het voetbalstadion, voor het openbaar vervoer, voor identificatie enz. wordt in de Tweede Kamer breed ondersteund. Het streven van het kabinet is er in elk geval op gericht een zo eenvoudig mogelijke voorziening voor burgers te realiseren (Kamerstukken II, 2003/04, 29362, nr. 14). Voor wat betreft de zorgsector is medio 2003 aansluiting gezocht bij de plannen van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid om in het kader van identiteitsverificatie in de socialezekerheidssector zoveel mogelijk aan te sluiten bij al bestaande infrastructuur en identiteitsdocumenten (Kamerstukken II, 2002/03, 28600 XV, nr. 116). Voor zover bij het inroepen van zorg een identificatieplicht is opgelegd zal iedereen die zorg wil inroepen ten laste van Zfw of AWBZ in het bezit moeten zijn van een voor identificatie geschikt document. Na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel van de Wet op de uitgebreide identificatieplicht (Kamerstukken I, 2003/04, 29218, nr. A), zal iedereen vanaf veertien jaar in beginsel een legitimatiebewijs bij zich moeten hebben. De huidige praktijk is dat (jonge) kinderen in de regel niet beschikken over een eigen identiteitsbewijs. Zij zijn meestal bijgeschreven op het paspoort van een van hun ouders. In die gevallen zal identificatie moeten geschieden aan de hand van het paspoort van de ouders. Als een kind een eigen identiteitsbewijs heeft zal identificatie plaatsvinden aan de hand van een eigen Nederlandse identiteitskaart of paspoort.

Het ziekenhuis zal de identiteit van betrokkene moeten controleren en aan de hand van een identificerend document moeten vaststellen of betrokkene degene is die hij zegt te zijn en of de naam van betrokkene overeenkomt met de tenaamstelling van het verzekeringsbewijs of de zorgpas.
Als niet blijkt dat het ziekenhuis de identiteit van de betrokkene die stelt verzekerd te zijn controleert, mag het de kosten van de verleende zorg niet ten laste brengen van de Zfw.
Het ziekenhuis zal dan de kosten moeten verhalen op degene die de zorg heeft ontvangen. Het ziekenhuis krijgt daarmee een rechtstreeks financieel belang bij het controleren van de identiteit van betrokkene. Om te bewerkstelligen dat de kosten van behandeling niet ten onrechte bij de ziekenfondsverzekering worden neergelegd, zullen hierover in de overeenkomst tussen verzekeraar en zorgaanbieder en/of zorginstelling afspraken dienen te worden gemaakt. In de wet wordt expliciet opgenomen dat de genoemde administratieve verplichtingen onderdeel van deze overeenkomsten dienen uit te maken. Als ziekenhuizen, ondanks hun inspanningen de kosten te verhalen op onverzekerde zorg-

1910805 02563

consumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten kunnen zij een beroep doen op de Beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Deze regeling stelt ziekenhuizen in staat om in overleg met de ziektekostenverzekeraars in hun budget een post voor oninbare vorderingen op te nemen.

De voorgestelde maatregel staat niet in de weg aan het gegeven dat in Nederland zorgaanbieders gehouden zijn medisch noodzakelijke hulp te verlenen, ongeacht de vraag of iemand verzekerd is. De identificatieplicht is immers geen voorwaarde voor zorgverlening, maar een voorwaarde voor betaling vanuit de ziekenfondsverzekering.
Er zijn omstandigheden denkbaar dat iemand geen legitimatiebewijs bij zich heeft. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen in de situatie dat iemand na een ongelukje thuis of na een ongeval bij de Eerste Hulp belandt. In dat geval zal het ziekenhuis na behandeling alsnog moeten vaststellen of degene die de zorg heeft gekregen ook de verzekerde was die hij stelt te zijn. In het wetsvoorstel is geregeld dat de persoon of instelling die de zorg verleent iemand een termijn van uiterlijk veertien dagen kan geven om zich alsnog te legitimeren.

Door NVZ en ziekenhuizen is naar voren gebracht dat het voorkomt dat patiënten niet bereid zijn mee te werken aan een identificatieplicht. In dit verband is aan de orde geweest of ziekenhuizen en zorgaanbieders in zo'n geval medische hulp kunnen weigeren.
In Boek 7, Titel 7, Afdeling 5, van het Burgerlijk Wetboek is de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling geregeld. In artikel 7:452 is voorgeschreven dat de patiënt de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft, dient te verstrekken. Dit is -naast de verplichting tot betaling- de belangrijkste verplichting van de patiënt. Van belang is daarbij dat de hulpverlener bij de weigering van de patiënt om mee te werken daaraan zonodig consequenties kan verbinden. Ook kan dit gevolgen hebben voor de mate waarin de patiënt de hulpverlener kan aanspreken wegens tekortkomingen in de nakoming van de overeenkomst. Niet elke tekortkoming, aldus de wetsgeschiedenis, zal ertoe mogen leiden dat de patiënt de hulpverlener niet meer volledig kan aanspreken wegens tekortkomingen in de nakoming van de overeenkomst. Dit hangt af van de omstandigheden van het geval en de mate waarin het niet-verstrekken van inlichtingen mede hebben geleid tot de tekortkoming.
Een arts die patiënt A. in behandeling neemt, zal zich willen vergewissen dat de persoon die bij hem komt voor een behandeling ook inderdaad patiënt A. is. De patiëntgegevens in het dossier hebben dan alleen betrekking op patiënt A. Op die manier wordt voorkomen dat degene die zich voor patiënt A. uitgeeft in plaats van bloedgroep O-positief ineens bloedgroep AB blijkt te hebben. De kwaliteit van de zorg is hiermee gediend. Immers, zo kan voorkomen worden dat iemand behandeld wordt op basis van patiëntgegevens van een ander. De hulpverlener kan de identiteit van die persoon in beginsel alleen vaststellen aan de hand van een identiteitsbewijs. Zowel het nalaten van het vaststellen van de identiteit door de hulpverlener, als ook de weigering van de patiënt hieraan mee te werken, kunnen gevolgen hebben voor een goede uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Dit impliceert dat de hulpverlener van de patiënt mag verlangen dat hij diens identiteit kan vaststellen en dat hij, als de patiënt weigert aan zo'n verzoek te voldoen, de behandelingsovereenkomst kan opschorten. Deze opschortingbevoegdheid is geregeld in artikel 6:262 van het Burgerlijk Wetboek. Dit is een regeling die geldt voor alle overeenkomsten, en dus ook voor de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De opschorting van de behandelingsovereenkomst moet wel gerechtvaardigd zijn. Als het gaat om iemand die een hartaanval heeft gehad en per ambulance wordt binnengereden, bij spoedeisende of levens-bedreigende situaties derhalve, leidt het niet kunnen overleggen van een identiteitsbewijs bezwaarlijk tot rechtvaardiging van de opschorting van de behandeling. In andere situaties -en dan gaat het over het merendeel van de ziekenhuisbezoeken- ligt het belang dat een ziekenhuis of een hulpverlener heeft om zich er van te vergewissen dat de juiste persoon behandeld wordt, voor de hand. In het geval dat iemand zich niet kan legitimeren kan in beginsel medische hulp (tijdelijk) worden opgeschort. Deze mogelijkheid ligt thans reeds besloten in de wettelijke bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst.
Naast de bevoegdheid om een behandelingsovereenkomst op te schorten, is ten aanzien van kwaliteitsnormen ook specifiek een en ander geregeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wet biedt ziekenhuizen en zorgverleners de mogelijkheid om voorwaarden te stellen aan de wijze waarop de zorg geleverd wordt, teneinde goede kwaliteit te kunnen garanderen. Om verantwoorde zorg te kunnen leveren dient een ziekenhuis bepaalde organisatorische maatregelen te treffen. Indien het dus gaat om

1910805 02563

zorg die wordt aangeboden in een ziekenhuis kan het vaststellen van de identiteit van degene die zorg inroept, zodanig georganiseerd worden, dat reeds bij de "intake" die verantwoorde zorg gewaarborgd wordt. Ook aan de balie van het ziekenhuis mag iemand dus teruggestuurd worden zolang die persoon weigert om zijn medewerking te verlenen bij het vaststellen van diens identiteit.

ZN heeft aangegeven dat de maatregel wellicht zal leiden tot een andere administratieve procedure van inschrijving (opname of behandeling) in het ziekenhuis c.q. de polikliniek. Degene die zich aan de balie meldt voor een behandeling wordt nu al gevraagd waar hij verzekerd is. Deze informatie legt het ziekenhuis vast in de administratie om te bepalen waar de rekening van de behandeling naar toe gestuurd moet worden. Na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel zal degene die zich presenteert als ziekenfondsverzekerde zich ook moeten identificeren. Op die manier kan de ziekenhuismedewerker controleren of degene die zich als ziekenfondsverzekerde presenteert ook daadwerkelijk degene is die hij zegt te zijn.

Met de NVZ, de VAZ, en met de hiervoorgenoemde ziekenhuizen die nu al om een identiteitsbewijs vragen, is overleg geweest over de wijze waarop de maatregel kan worden ingevoerd. Vooropgesteld is dat grote aantallen personen jaarlijks een ziekenhuis bezoeken voor opname of poliklinische behandeling. In 2002 ging het in totaal om bijna 8,3 miljoen eerste polikliniekbezoeken en ruim 1,6 miljoen opnames (bron: CTG, juni 2003) in de circa 112 algemene-, categorale- en academische ziekenhuizen. Waar het om zulke grote aantallen gaat is een eenvoudige procedure aangewezen. In de genoemde ziekenhuizen blijkt de uitvoering van de procedures te verschillen. Eén ziekenhuis controleert wel de identiteit van betrokkene maar legt deze niet vast. In één ziekenhuis wordt altijd het identiteitsbewijs geregistreerd, in het andere ziekenhuis alleen als de verzekeringsgegevens niet meteen verifieerbaar zijn. De identificatie vindt centraal of decentraal plaats.
De wijze waarop ziekenhuizen de onderhavige maatregel uitvoeren kan door de ziekenhuizen zelf worden bepaald, mits de doelstelling van de maatregel wordt gerealiseerd: indien zorg wordt ingeroepen ten laste van de Ziekenfondswet, moet de identiteit van degene die de zorg inroept worden gecontroleerd. Of dit eenmalig of bij elk bezoek gebeurt, op welke plaats dit gebeurt, met welke waarborgen ziekenhuizen de controle omringen en dergelijke, is afhankelijk van de situatie, de administratieve procedures in het ziekenhuis en eventueel andere overwegingen die het ziekenhuis daarbij mocht hebben, en volledig ter beoordeling van het ziekenhuis.
Er is vooralsnog van afgezien ziekenhuizen te verplichten te registreren welk document ter identificatie is gebruikt. Een dergelijke registratieplicht zou door de grote aantallen ziekenhuis- en polikliniekbezoeken extra administratieve lasten met zich brengen. Ziekenfondsen kunnen op verschillende, door hen zelf te bepalen, manieren controleren of identiteitscontrole in ziekenhuizen plaatsvindt, bijvoorbeeld door ziekenhuizen te vragen naar de administratieve procedures die voor de inschrijving voor opname of behandeling gehanteerd worden of door feitelijke waarneming van dit proces. De wijze waarop ziekenfondsen de wet uitvoeren wordt gecontroleerd door het College toezicht zorgverzekeringen.
Ik heb de verwachting dat ziekenhuizen ook zonder een registratieverplichting het wettelijke voorschrift om de identiteit van degene aan wie ten laste van de ziekenfondsverzekering zorg wordt verleend, zullen uitvoeren. Indien mocht blijken dat de identificatieplicht in de praktijk onvoldoende wordt uitgevoerd, zal de regeling alsnog aangescherpt kunnen worden.

Het beeld van de administratieve belasting die met de maatregel gepaard gaat blijkt divers. Het is evident dat het vragen naar een identiteitsbewijs, de visuele controle van betrokkene en van het identiteitsbewijs en het vergelijken met het verzekeringsbewijs tijd kost. Mogelijk zullen ziekenhuizen hun administratieve procedures moeten aanpassen. Evenwel is daarmee niet bij voorbaat onmiskenbaar vast te stellen dat deze handelingen in het totaal van de administratieve procedures extra lasten met zich brengen. Zo werd door een van de genoemde ziekenhuizen aangegeven dat als gevolg van het kunnen inzien van het identiteitsbewijs de kans op foutieve spelling en daarmee verkeerde registratie van gegevens van de patiënt was afgenomen. Ook kan in voorkomende gevallen doelmatiger facturering (aan de juiste persoon aan het juiste adres) plaatsvinden als iemand niet verzekerd blijkt te zijn. Deze administratieve belasting kan volgens de Minister van Financiën worden gekwalificeerd als een inhoudelijke verplichting en vormt geen administratieve last.

1910805 02563

De regering erkent dat het invoeren van een identificatieplicht voor verzekerden en een daaraan gekoppelde verplichting tot vaststelling van de identiteit door de zorgaanbieder of de instelling waar deze werkzaam is, de mogelijkheid van zorgpasfraude niet volledig uitsluiten. Beoogd wordt een effectieve barrière op te werpen die de kans op zorgpasfraude aanzienlijk verkleint. Mensen moeten doordrongen worden van het besef dat het belangrijk is dat zij zich, om zowel financiële redenen als om het waarborgen van de kwaliteit van de zorg, identificeren. Dat ziekenhuizen deze controle uitvoeren kan iedere burger die voor een knieoperatie naar het ziekenhuis moet, zijn pols heeft gebroken of een afspraak in een polikliniek heeft, zelf vaststellen. Ook ZN heeft aangegeven dat het belang van de maatregel vooral moet worden gezien in de preventieve werking die deze met zich zal brengen. Hoewel elk geval van fraude er een te veel is, moeten nieuwe beheersingsmaatregelen en de kosten daarvan in een redelijke verhouding staan tot het risico en de omvang van de fraude.
Daarnaast moet de maatregel praktisch uitvoerbaar zijn. Maatregelen die erop gericht zijn zorgpasfraude (vrijwel) volledig uit te sluiten zouden niet alleen een zeer grote administratieve belasting vergen, maar ook een andere keuze van middelen en procedures, bijv. een kaart met biometrische kenmerken of, bij wijze van spreken, identiteitscontrole van een patiënt in de operatiekamer door de chirurg zelf.

Inwerkingtreding en voorlichting
Hierboven is gewezen op het belang van goede voorlichting van het publiek en bekendmaking met de administratieve procedures in ziekenhuizen. Om ziekenhuizen voldoende voorbereidingstijd te geven en het publiek een gewenningsperiode te gunnen, zullen Artikel I, onderdelen A en B en Artikel III, onderdelen C en F, van het wetsvoorstel zes maanden na publicatie in het Staatsblad in werking treden.

2. Invoering van het sofi-nummer in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998
Het sofi-nummer wordt om twee redenen in de Wtz opgenomen. Ten eerste voor het bestrijden van fraude en oneigenlijk gebruik van de Wtz. Ten tweede voor een doelmatiger uitvoering van de Wtz en administratieve lastenverlichting.

De Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector (Commissie De Beer) constateert in haar rapport "Minder regels, meer zorg" van 29 januari 2002 (op blz. 26) dat zich bewerkelijke mutaties voordoen bij de in- en uitschrijving van Zfw naar Wtz en omgekeerd. Daarover meldt de Commissie De Beer het volgende. "Mutaties veroorzaken administratieve lasten door zowel het mutatieproces als vanwege het grote aantal complexe mutaties op jaarbasis. Problemen in het mutatieproces worden met name veroorzaakt door de betrokkenheid van verschillende partijen binnen en buiten de sector en het feit dat voor het doorvoeren van een mutatie veel stappen moeten worden doorlopen. Het grote aantal complexe c.q. bewerkelijke mutaties wordt op jaarbasis met name veroorzaakt door studenten en flexwerkers." De aanbeveling van de Commissie De Beer ter oplossing van deze problematiek is het aantal complexe mutaties te verminderen door de mobiliteit van bepaalde groepen verzekerden "aan banden te leggen" (blz. 61).
In het rapport van de Commissie De Beer is geconstateerd dat voor studenten het doorvoeren van de mutaties bij de in- en uitschrijving van Zfw naar Wtz en omgekeerd veel administratieve lasten oplevert. De commissie geeft verder onder meer aan dat het aantal complexe mutaties voor flexwerkers bij wijzigingen in de verzekeringssituatie administratieve lasten opleveren. Het betreft dan onder meer de controle en vordering bij flexwerkers bij wisseling van verzekering in geval een periode niet is gewerkt en er geen recht op ziekenfondsverzekering bestaat.
Zoals ik in mijn bij brief van 28 november 2002 aan de Tweede Kamer toegezonden implementatieplan "Minder regels, meer zorg" (Kamerstukken II 2002/03, 24 036, nr. 272, blz. 8) heb aangegeven, vormt de mobiliteit van de groep studenten en het feit dat er te weinig is geregeld rondom digitale gegevensuitwisseling een probleem. Daarbij is aangegeven te zullen bezien op welke wijze dit laatste aspect kan worden gefaciliteerd. De Stichting uitvoering omslagregelingen (Suo) heeft met betrekking tot de oplossing van dit probleem gewezen op de mogelijkheid van het gebruik van het sofi-nummer.
Als voorbeeld noemt het Suo met betrekking daartoe het overgaan van een collectiviteit van de ene particuliere ziektekostenverzekeraar naar een andere en de af- en aanmelding van de verzekerden met standaardpakketverzekering voor de omslagregeling ingevolge de Wtz. De controle van de gegevens gebeurt thans handmatig en neemt daardoor veel tijd in beslag. De mogelijkheid de gegevens van het afgemelde verzekerdenbestand en het aangemelde verzekerdenbestand te controleren met gebruik-

1910805 02563

making van het sofi-nummer zou deze procedure vereenvoudigen, en minder foutgevoelig en daardoor minder fraudegevoelig maken. Deze problemen doen zich niet alleen voor bij de in- en uitschrijving van studenten van ziekenfondsverzekering naar de Wtz-verzekering, maar ook bij wisseling van verzekering van flexwerkers (uitzend- en oproepkrachten), en bij andere mutaties waarbij iemand vanuit een andere verzekering in de Wtz-verzekering komt of weer uit de Wtz-verzekering gaat. Het is derhalve wenselijk voor Wtz-verzekerden het sofi-nummer op te nemen en gegevensverkeer aan de hand van dit nummer te doen plaatsvinden.

Mutaties bij in- en uitschrijving van Zfw naar Wtz en omgekeerd
In artikel 3 van de Wtz is voor ziektekostenverzekeraars de verplichting neergelegd om aan bepaalde bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen categorieën van personen een overeenkomst van standaardverzekering aan te bieden. Dit is onder voorwaarden onder meer geregeld voor flexwerkers die bij einde van de dienstbetrekking niet langer ziekenfondsverzekerd zijn. In die situatie moet een ziektekostenverzekeraar die flexwerker accepteren voor de standaardpakketverzekering. Verder is dit geregeld voor studerenden met eventuele partner en kinderen, indien zij recht hebben op studiefinanciering ingevolge de Wet studiefinanciering 2000 (Wsf). Studenten die recht hebben op studiefinanciering krijgen tegen een beperkte premie recht op een zogenoemde studentenstandaard-pakketverzekering (sspp). Exclusief wettelijke bijdragen voor de Wet medefinanciering over-vertegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) en voor de Wtz is een student (in 2003) tot 20 jaar € 217,80 per jaar kwijt aan premie voor de sspp en een student van 20 jaar of ouder een bedrag van € 9,48. Het recht op de beperkte premie vervalt zodra geen recht op studiefinanciering meer bestaat. De standaardpakketverzekering kan dan voor het normale premietarief (in 2003 € 1417 per jaar, exclusief wettelijke bijdragen) worden voortgezet, tenzij die verzekering door de verzekerde wordt beëindigd. Deze acceptatieplicht geldt niet voor Wsf-gerechtigden die ziekenfondsverzekerd zijn en ook niet voor studenten die deelnemer zijn aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren.

Veel studenten hebben naast hun studie een baantje om bij te verdienen. Indien de student als werknemer een inkomen heeft onder de loongrens is hij over het algemeen ziekenfondsverzekerd. Als de student (tijdelijk) stopt met werken (bijvoorbeeld voor tentamens), vervalt de grond voor ziekenfondsverzekering. De student die zich als ziekenfondsverzekerde heeft ingeschreven bij een ziekenfonds zal zich dan als zodanig dienen uit te schrijven. Hij zal vervolgens contact moeten opnemen met een particuliere ziektekostenverzekeraar om een sspp af te sluiten. Als hij weer aan het werk gaat zal hij zich als ziekenfondsverzekerde weer in moeten schrijven bij een ziekenfonds als hij aanspraak op zorg wil hebben.
De administratieve handelingen samenhangende met de controle op de verzekeringsgerechtigdheid zijn, als van het sofi-nummer gebruik kan worden gemaakt, makkelijker uit te voeren. Indien daarnaast de gegevensuitwisseling elektronisch plaatsvindt, biedt de koppeling met het sofi-nummer de mogelijkheid gegevens te verifiëren en te controleren. Daarmee wordt de afhankelijkheid van informatie die van de student zelf afkomstig is teruggedrongen en de kans op ontdekking van eventueel misbruik groter. Gedacht kan daarbij worden aan controle door de Informatie Beheer Groep (IBG) voor het recht op studiefinanciering ingevolge de Wsf.

Het gebruik van het sofi-nummer
Het sofi-nummer is het nummer waaronder een natuurlijke persoon is geregistreerd bij de Rijksbelastingdienst. Artikel 2, derde lid, onderdeel j, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen bepaalt dat het sofi-nummer het nummer is waaronder een natuurlijke persoon is geregistreerd bij de Rijksbelastingdienst. Verder is in dat artikel vastgelegd dat het nummer tevens dient als registratienummer voor de verzekerde en de uitkeringsgerechtigde bij de uitvoering van de wettelijke voorschriften inzake de sociale zekerheid. Het sofi-nummer wordt toegekend aan alle personen die volgens de Gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens (GBA) in Nederland verblijven (bij geboorte of vestiging in Nederland) alsmede aan alle personen die onder de Nederlandse belastingwetgeving of de Nederlandse wetgeving inzake sociale zekerheid vallen. Indien het nummer is bekendgemaakt aan iemand die een standaardpakketverzekering heeft gesloten, kan het nummer in de administratie van de verzekeraar worden opgenomen.

1910805 02563

In artikel 24 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) is bepaald dat een nummer dat ter identificatie van een persoon wettelijk is voorgeschreven, in een persoonsregistratie of bij verstrekken van gegevens daaruit slechts wordt gebruikt ter uitvoering van de betrokken wettelijke regeling dan wel voor doeleinden die bij de wet zijn bepaald. Algemene randvoorwaarde daarbij is dat persoonsgegevens niet worden verwerkt op een wijze die onverenigbaar is met de doeleinden waarvoor ze zijn verkregen. Ook het sofi-nummer is een wettelijk voorgeschreven nummer als bedoeld in artikel 24 van de Wbp. Aan organisaties en personen die ingevolge enige wettelijke regeling met de uitvoering van een publieke taak zijn belast, kan het gebruik van het sofi-nummer worden toegestaan indien dit noodzakelijk is met het oog op de bestrijding en het tegengaan van fraude. Voorts kan het gebruik worden toegestaan met het oog op de structurele gegevensuitwisseling van persoonsgegevens met andere (particuliere) instanties en personen die gerechtigd zijn het nummer te gebruiken voor zover de uitwisseling van gegevens met die instanties bij of krachtens wet is voorzien. Het gebruik ten behoeve van de controle op het recht op bij voorbeeld een sspp-verzekering voldoet aan zowel de voorwaarde voor de gegevens-uitwisseling als aan die voor de fraudebestrijding. Indien een student die een sspp heeft gesloten, niet meldt dat hij niet langer Wsf-gerechtigd is kan hij onterecht de beperkte premie voor die verzekering blijven betalen. De premie voor een sspp voor een 21-jarige bedraagt in 2003 €9,48 per jaar, terwijl een 21-jarige die een "gewone" standaardpakketverzekering heeft gesloten in 2003 €1417 per jaar betaalt (exclusief de wettelijke bijdragen). De mogelijkheid van controle op recht op een sspp is derhalve vanuit fraudeoogpunt van groot belang. De controle met gebruikmaking van het sofi-nummer vergemakkelijkt het proces. Het doel van de invoering van het sofi-nummer in de Wtz is immers het verlichten van de administratieve lasten bij gegevensuitwisseling en fraudebestrijding.
Om ongewenste consequenties voor de persoonlijke levenssfeer van de standaardpakketpolis-verzekerden te voorkomen, blijft het gebruik van het sofi-nummer in de Wtz-verzekering strikt beperkt tot de uitvoering van die wet.

Het gebruik van het sofi-nummer in de Wtz
De ziektekostenverzekeraars die de Wtz uitvoeren zullen worden verplicht tot gebruik van het sofi-nummer in de verzekerdenadministratie met betrekking tot de Wtz, behalve in die gevallen waarin aan Wtz-verzekerden geen sofi-nummer is bekendgemaakt. Verder zal de Suo het sofi-nummer gebruiken ten behoeve van de uitvoering van de Wtz-omslagregeling. Na acceptatie van een persoon voor de standaardpakketverzekering beoordeelt de verzekeraar of het risico van de verzekerde zodanig is dat onderbrengen van dat risico in de omslagregeling gewenst is. De Suo controleert of de verzekerde behoort tot de categorieën van personen voor wie de toegang tot het standaardpakket is geregeld. De Suo stelt vervolgens de verzekeraar van zijn beslissing op de hoogte. Voor het berichtenverkeer met betrekking tot deze taken mag het sofi-nummer gebruikt worden. Verder is de mogelijkheid opgenomen dat bij voorbeeld bij het berichtenverkeer met de IBG gecommuniceerd wordt met behulp van het sofi-nummer.

Inwerkingtreding
Zorgverzekeraars zullen in de uitwisseling van de gegevens op basis van het sofi-nummer het berichtenverkeer met de SUO moeten wijzigen. De SUO zal zijn systeem ook hierop moeten aanpassen. Om deze reden is het voornemen dit onderdeel eerst met ingang van 1 januari 2005 in werking te doen treden.

3. De elektronische uitwisseling van gegevens in de Ziekenfondswet
Voor de uitvoering van de Zfw vindt een aanzienlijke informatieoverdracht plaats tussen ziekenfondsen enerzijds en onder meer werkgevers, verzekerden, uitvoeringsinstellingen van de werknemersverzekeringen, Rijksbelastingdienst, pensioenfondsen en tal van andere instellingen en personen anderzijds. Het merendeel van deze informatie wordt op papier uitgewisseld.
Met het verwerken van deze papieren informatiestromen in de geautomatiseerde administraties van de diverse instanties gaan veel tijd en navenante kosten gepaard.
De ziekenfondsen, ZN en CVZ hebben zich daarom beraden op mogelijkheden om bepaalde gegevens-uitwisselingen efficiënter te doen plaatsvinden. Daarbij is bezien of veel voorkomende papieren informatiestromen ook elektronisch zouden kunnen plaatsvinden en of voor de uitvoering van de Zfw gebruik kan worden gemaakt van gegevens die elektronisch voor een ander doel dan die voor de

1910805 02563

uitvoering van de Zfw bij een instantie zijn aangeleverd. Het op elektronische wijze aanleveren en verwerken van zulk berichtenverkeer zou kunnen leiden tot een efficiencyverbetering in de administratieve procesvoering van de ziekenfondsen en de andere betrokken instanties.

Het regeringsbeleid met betrekking tot elektronische uitwisseling van gegevens
De uitwisseling die thans tussen de zorgsector en de socialeverzekeringssector plaatsvindt, staat niet op zichzelf maar vindt plaats in een groter geheel van ontwikkelingen op het gebied van automatisering binnen de publieke sector. Het "Programma voor de ontwikkeling van het RINIS-concept in de zorgverzekeringssector" dat in november 2001 is gestart, werd ter stimulering mede gefinancierd door het inmiddels afgesloten Programma Stroomlijning Basisgegevens. Dit Programma was onderdeel van het Actieprogramma Elektronische Overheid (Kamerstukken II 2001/02, 26 387, nr. 1) en viel onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. In het Programma Stroomlijning Basisgegevens participeerden verder de Ministeries van Economische Zaken, van Financiën, van Justitie, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu, van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, van Verkeer en Waterstaat, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en het CBP.

Het Programma Stroomlijning Basisgegevens had tot doel om een impuls te geven aan de totstandkoming van een stelsel van authentieke registraties, die door verschillende overheidsorganisaties worden opgezet. Uitgangspunt daarbij is dat de betrokken gegevens slechts eenmaal door de overheid worden verzameld en vervolgens verplicht door alle andere overheidsorganisaties worden gebruikt. Voorwaarde voor iedere authentieke registratie is onder andere dat deze bij wet de enig officieel erkende registratie is voor de gegevens die erin voorkomen. Zo zijn in de GBA alle persoonsgegevens verzameld. Het GBA voldoet aan de gestelde definitie voor een authentieke registratie.
Bij de uitwisseling die plaatsvindt tussen de zorgverzekeringssector en de socialeverzekeringssector neemt de ontwikkeling van de uniforme Verzekerdenadministratie (VZA) tot polisadministratie een belangrijke plaats in. In het Voorstel van wet inzake de administratieve lastenverlichting en vereenvoudiging in socialeverzekeringswetten (WALVIS I; Kamerstukken II 2001/02, 28 219, nr. 2), welk voorstel valt onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, wordt ter vervanging van de VZA de polisadministratie geïntroduceerd met de ambitie om haar op termijn aan te merken als authentieke registratie van lonen, arbeids- en uitkeringsverhoudingen (dienstverbandgegevens). Dat wetsvoorstel voorziet onder meer in een vereenvoudiging in de vaststelling van premieloon.
De polisadministratie registreert dienstverbandgegevens die ter beschikking staat aan instanties binnen én buiten het domein voor werk en inkomen, zoals in casu de zorgsector gebruik zal maken van de dienstverbandgegevens van het UWV. Het uiteindelijke doel dat voor ogen staat is dat de polisadministratie de authentieke bron wordt voor verzekeringsgerechtigdheid ingevolge de Zfw. Over de stand van zaken van het (interdepartementale) Programma Stroomlijning Basisgegevens is in september 2001 een voortgangsrapportage aan de Kamer gestuurd (Kamerstukken II 2001/02, 26 387, nr. 11).

Voorts is in de Eindrapportage van de in onderdeel 3 al genoemde Commissie De Beer van 29 januari 2002 de aanbeveling opgenomen de drempel voor zorgverzekeraars om deel te nemen aan het RINIS-netwerk te verlagen door bij deelname hieraan te garanderen dat het papieren berichtenverkeer wordt afgeschaft. Deze aanbeveling is in lijn met de doelstellingen die de regering met het Programma Stroomlijning Basisgegevens voor ogen staat, en is ook in lijn met de voortgang van de ontwikkeling van het RINIS-concept in de zorgverzekeringssector zoals het CVZ dat in zijn rapport "RINIS in de zorgverzekeringen; een jaar verder" heeft aangegeven.
In het implementatieplan van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar aanleiding van deze voorstellen van 28 november 2002 (Kamerstukken II, 2002/03, 24036, nr. 272) is aangegeven dat het voornoemde voorstel van de Commissie De Beer van harte ondersteund wordt en dat het streven van het "Programma voor de ontwikkeling van het RINIS-concept in de zorgverzekeringssector" er op gericht is dat alle ziekenfondsen aan de gegevensuitwisseling zullen deelnemen en dat het papieren bericht zal komen te vervallen.

1910805 02563

De werking van het RINIS-netwerk

In de periode april tot en met augustus 1999 heeft een proef plaatsgevonden met elektronische gegevensuitwisseling tussen ziekenfondsen en uitvoeringsinstellingen (uvi's) van de werknemersverzekeringen (thans: het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen; UWV) over de aan- en afmelding van werknemers voor de ziekenfondsverzekering. Daarbij werd gebruik gemaakt van het netwerk van het RouteringsInstituut (inter)Nationale Informatie Stromen (RINIS-netwerk). Dit is een netwerk voor intersectorale gegevensuitwisseling dat reeds gedurende een aantal jaren in de socialeverzekeringssector in gebruik is.

De aan- en afmelding van werknemers gaat thans als volgt: bij indiensttreding van een werknemer stuurt de werkgever een Meldingsformulier sociale verzekering (MSV) aan de uitvoeringsinstelling van de werknemersverzekeringen. Als het inkomen van een werknemer in de zin van de Ziektewet onder de loongrens van de Zfw valt, en hij derhalve ziekenfondsverzekerd is, stuurt de werkgever aan het ziekenfonds tevens een zogenaamde Verzekeringsverklaring werkgever (VVW). Een aantal van de gegevens die in de MSV staan vermeld, komen terug in de VVW. Het UWV verwerkt de gegevens van de MSV in zijn administratie, en het ziekenfonds verwerkt de gegevens van de VVW in zijn administratie.

Tijdens de genoemde proef is onderzocht of de ziekenfondsen de gegevens die zij nodig hebben voor de aan- en afmelding van werknemers, in elektronische vorm uit de administraties van de uitvoeringsinstellingen konden krijgen. De doelstelling van de proef was tweeledig. Ten eerste ging het er om ervaring op te doen met de technische realisatie van een gegevensuitwisseling en ten tweede om de vraag of deze gegevensuitwisseling tussen het UWV en de ziekenfondsen zou kunnen bijdragen aan een efficiënter aan- en afmeldingsproces. De einddoelstelling van de proef was om te bezien of het mogelijk zou zijn de verplichting voor werkgevers om aanvang en einde van de ziekenfondsverzekering rechtstreeks aan het ziekenfonds te melden, te doen vervallen. In plaats van het bestaande papieren bericht zou het ziekenfonds dan via het RINIS-netwerk een elektronische melding van het UWV ontvangen, welk bericht is afgeleid uit de gegevens die de werkgever aan het UWV heeft gemeld.

Een cruciaal punt bij de elektronische gegevensuitwisseling is dat de gegevens die worden aangeleverd, voor verschillende ziekenfondsen bestemd zijn. Als het UWV van een werkgever een melding ontvangt over de indiensttreding van een werknemer die tevens ziekenfondsverzekerd is, is bij het UWV niet bekend bij welk ziekenfonds deze werknemer is of wordt ingeschreven. Er is derhalve evenmin bekend naar welk ziekenfonds het bericht over het ontstaan van ziekenfondsverzekering moet worden gestuurd. Zoals hiervoor is vermeld is bij de proef gebruik gemaakt van het zogenaamde RINIS-netwerk. Dit netwerk is opgezet door het (toenmalige) Landelijk instituut sociale verzekeringen, Arbeidsvoorziening Nederland en de Sociale Verzekeringsbank (SVB), en is sinds 1996 ondergebracht in de Stichting RINIS. Het RINIS-netwerk wordt thans gebruikt voor gegevensuitwisseling tussen onder meer het UWV, de gemeentelijke sociale diensten, de Rijksbelastingdienst, de IBG en de SVB.

Basisvoorwaarde voor de gegevensuitwisseling in het RINIS-netwerk is dat zowel de afzender als de ontvanger van de gegevens bevoegd zijn het sofi-nummer in hun administratie te voeren en dat er een wettelijke basis moet zijn voor de concrete gegevensuitwisseling. De ziekenfondsen voldoen aan deze basisvoorwaarde. In artikel 40 van de Zfw is bepaald dat een ziekenfonds in zijn administratie het sofi-nummer opneemt en dat bij de gegevensverstrekking van dit nummer gebruik wordt gemaakt.

In het RINIS-netwerk kunnen meerdere partijen in verschillende (publieke) sectoren waarin het sofi-nummer gebruikt wordt, met elkaar communiceren. Dit gaat in grote lijnen als volgt. Per sector is er een centrale "brievenbus" ingericht, het sectoraal aanspreekpunt. Het berichtenverkeer van de ziekenfondsen naar het sectoraal aanspreekpunt van de zorgverzekeringssector (hierna te noemen: SAP-Zorgverzekeringen (SAP-Z)) gaat via het voor dit doel aangelegde elektronische netwerk van de ziekenfondsen. Het SAP-Z is aangesloten op het RINIS-netwerk. De gegevens van een bij een ziekenfonds ingeschreven verzekerde kunnen worden uitgewisseld met de gegevens die in een andere sector van die persoon bekend zijn. Dit wordt gedaan aan de hand van een gegevensbestand (verwijsindex) dat berust bij het SAP-Z. In dit gegevensbestand fungeert het sofi-nummer als sleutel voor de aan deze persoon hangende gegevens. In de verwijsindex is te vinden over welke persoon en bij welke organisatie uit die sector gegevens zijn vastgelegd. Op die manier kunnen sectoren onderling gegevens uitwisselen, zonder dat bekend is van welke organisatie die gegevens komen of waar ze naar toe moeten.

1910805 02563

Toegepast op het voorbeeld van de aan- en afmelding van ziekenfondsverzekerden loopt de gegevensuitwisseling in grote lijnen als volgt.
Het UWV (op dit moment zijn de bij de voormalige uvi's gebruikte geautomatiseerde systemen nog niet geheel geïntegreerd, zodat nog door verschillende onderdelen van het UWV gegevens worden aangeleverd) ontvangt een melding over indiensttreding en (onder meer) verzekering ingevolge de Zfw van de werkgever. Nadat het UWV de melding in zijn administratie heeft verwerkt worden de gegevens ten behoeve van de ziekenfondsverzekering hieruit afgesplitst en met vermelding van het sofi-nummer van de betrokken werknemer doorgezonden naar het sectoraal aanspreekpunt van de socialezekerheidssector (hierna te noemen: SAP-SV). Zowel het SAP-SV als het SAP-Z zijn aangesloten op het RINIS-netwerk. Via dit netwerk wordt aan de hand van het sofi-nummer dat in de verwijsindex van het SAP-SV bekend is, nagegaan of deze persoon ook in de door de ziekenfondsen van gegevens voorziene verwijsindex van het SAP-Z bekend is. Als dat het geval is wordt het bericht van het SAP-SV naar het SAP-Z gestuurd, en vandaar naar het ziekenfonds waar die persoon in de administratie is ingeschreven.
Door deze vorm van uitwisseling kan de werkgever waar het oorspronkelijke gegeven dat iemand in dienst is getreden en ziekenfondsverzekerd is, volstaan met één (papieren of elektronische) melding aan het UWV. Op deze wijze kunnen de noodzakelijke gegevens volautomatisch naar het juiste ziekenfonds worden geleid.

Het standpunt van de regering
De regering onderschrijft de gedachte om te komen tot elektronische uitwisseling van gegevens ten volle. Wel wordt nadere regelgeving met betrekking tot de deelname van ziekenfondsen aan het RINIS-netwerk en de toepassing van elektronische gegevensuitwisseling, in aanvulling op de wetgeving die al geldt voor het gebruik van het sofi-nummer en voor de bescherming van persoonsgegevens, noodzakelijk geacht. De brede toepassingsmogelijkheden van het RINIS-concept en de omstandigheid dat daarmee een methode van communiceren wordt geïntroduceerd die binnen de wettelijke ziektekostenverzekeringen geheel nieuw is, betekent immers dat ziekenfondsen voor de uitvoering van de Zfw in de toekomst sterk afhankelijk worden van andere gegevens.

Het is evident dat voor elektronische gegevensuitwisseling, waarbij een grote afhankelijkheid van ziekenfondsen aan deze uitwisseling bestaat, zodanige eisen dienen te gelden dat de continuïteit en de kwaliteit van de gegevensuitwisseling gewaarborgd zijn. Dit spreekt te meer als de afhankelijkheid van ziekenfondsen van de elektronische infrastructuur in de toekomst aanzienlijk groter zal zijn.

In het voorstel van wet is bepaald dat de ziekenfondsen ten behoeve van de uitwisseling van gegevens in het kader van de uitvoering van de Zfw gebruik maken van een elektronische infrastructuur. In ambtelijk overleg zijn het CVZ, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport tot overeenstemming gekomen dat enkele onderwerpen van wezenlijk belang zijn voor het goed functioneren van die gegevensuitwisseling. Het in potentie grootschalige en structurele karakter van de gegevensuitwisseling, de afhankelijkheid die daarmee voor de ziekenfondsen wordt gecreëerd en het belang voor het waarborgen van continuïteit, kwaliteit en tijdigheid van de gegevensuitwisseling, vergen dat ten aanzien van een aantal wezenlijke onderwerpen regels worden gesteld.
Het betreft onderwerpen als de wijze waarop de uitwisseling plaatsvindt, de (verplichte) aansluiting van een ziekenfonds op de infrastructuur die bij de gegevensuitwisseling gebruikt zal worden, de organisatie en het beheer van de infrastructuur (op welke wijze zorgt een ziekenfonds ervoor dat de gegevens-uitwisseling tot stand komt en in stand kan blijven en op welke wijze worden de verantwoordelijkheden vastgelegd), regels omtrent de aard en omvang van de gegevensuitwisseling (met betrekking tot welk doel wordt de uitwisseling gerealiseerd), waarbij de uitwisseling in het kader van de VVW er één is, de kwaliteit, tijdigheid en juistheid van de aangeleverde gegevens en de wijze waarop wordt omgegaan met foutmeldingen. Ook moeten zonodig regels kunnen worden gesteld omtrent de financiering van het gebruik van de infrastructuur en de toedeling van kosten.

De verantwoordelijkheid voor de inrichting, instandhouding en toepassing van de systematische gegevensuitwisseling ligt bij de ziekenfondsen. Het voorstel van wet sluit daarmee aan op de algemeen geldende verantwoordelijkheid van elk afzonderlijk ziekenfonds voor de adequate uitvoering van de

1910805 02563

ziekenfondsverzekering. Toegepast op het onderhavige voorstel betekent dit dat elk ziekenfonds zijn administratiesystemen geschikt maakt voor gegevensuitwisseling binnen het RINIS-netwerk. Bovendien is van belang dat -in een structuur waarin de zorgverzekeringssector als geheel gegevens met een andere sector uitwisselt maar waarin de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Zfw bij elk van de ziekenfondsen afzonderlijk ligt- tussen de afzonderlijke ziekenfondsen afstemming en coördinatie plaatsvindt. Ziekenfondsen nemen hierin overigens zelf het voortouw blijkens de inmiddels door de ziekenfondsen gezamenlijk opgerichte Stichting Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen (Stichting SAPZ).

Het voorgaande maakt duidelijk dat ziekenfondsen hun infrastructuur zodanig dienen in te richten dat van het RINIS-netwerk gebruik kan worden gemaakt én dat de deelname van alle ziekenfondsen aan de gegevensuitwisseling noodzakelijk is. Om dit te bereiken zou kunnen worden volstaan met het CVZ op basis van artikel 1x7 van de Zfw regels te laten stellen, zonodig afdwingbaar door gebruik te maken van de in artikel 1x8 tot en met 1x10 gegeven mogelijkheden. Vooruitlopend op de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel zal dat ook daadwerkelijk geschieden.
Inmiddels is een wijziging van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering gepubliceerd (Stb. 2003, nr. 357), die het mogelijk maakt voor werkgevers om bepaalde gegevens elektronisch rechtstreeks aan het UWV aan te leveren en niet langer aan de ziekenfondsen. Het UWV geeft dan door middel van het RINIS-concept bepaalde gegevens aan de ziekenfondsen door.
Ik acht het echter noodzakelijk dat ter onderstreping van het belang van de totstandkoming van de elektronische gegevensuitwisseling er een formeelwettelijke basis onder wordt gelegd; daartoe dient dit wetsvoorstel. Het verplicht de ziekenfondsen van de elektronische infrastructuur gebruik te maken voor door het CVZ aan te wijzen gegevens, waarbij voorzien is in de bevoegdheid voor het CVZ tot nadere regelgeving om daarmee rechtstreeks de individuele ziekenfondsen te kunnen aansturen. Zo kan het CVZ in dit verband regels vaststellen over de vormgeving van de elektronische gegevensuitwisseling en de voorwaarden waaraan deze moet voldoen, over de aard van de gegevensuitwisseling en over de organisatie en het beheer van de infrastructuur en de financiering daarvan. Door dit op hoofdlijnen aan te geven wordt eveneens de mogelijkheid van toekomstige uitwisselingstrajecten, waarvan er in het Eindrapport van 28 januari 2003 van het Programma 2002 "Van brievenbus tot inbox" in §5.5 een aantal worden genoemd, alvast ingebouwd. De regering acht het niet noodzakelijk dat op wettelijk of ministerieel niveau verdergaande voorschriften worden gegeven over de wijze waarop de uitvoeringsorganisatie van de ziekenfondsverzekering vorm dient te geven aan de elektronische gegevensuitwisseling, dan die welke thans in het wetsvoorstel zijn opgenomen. Het wettelijk voorschrift geeft aan dát met betrekking tot bepaalde onderwerpen het een en ander geregeld kan worden, maar niet hóe een en ander geregeld dient te worden. Het CVZ krijgt daarmee regelstellende bevoegdheden voor de uitwisseling van gegevens door de ziekenfondsen en de wijze waarop ziekenfondsen ten behoeve daarvan een gemeenschappelijke infrastructuur (database) beheren en uitvoeren. Welke regels door het CVZ uiteindelijk gesteld worden, is enerzijds afhankelijk van hetgeen voor een goede uitvoering van de Zfw in een situatie waarin een structurele en afhankelijke gegevensuitwisseling bestaat noodzakelijk wordt geacht. Anderzijds hangt dit af van de mate waarin op uitvoerend niveau door de ziekenfondsen afspraken worden gemaakt of overeenkomsten worden gesloten die deze goede uitvoering garanderen.

Bij de bovengenoemde wijziging van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering is nadrukkelijk rekening gehouden met een fasegewijze overgang naar de elektronische gegevensuitwisseling. Afhankelijk van de wijze waarop die uitwisseling vorm krijgt kan besloten worden dat in termen van continuïteit, kwaliteit en tijdigheid, de uitwisseling zodanig is dat het elektronische bericht het papieren bericht kan vervangen. In de overgangssituatie kan per sector (werkgeversbranche of UWV-branche) bezien worden of de elektronische uitwisseling voldoet aan de gestelde normen. Als een sector gegevens op elektronische wijze mag aanleveren, dan kan de VVW vervallen. CVZ kan aangeven onder welke voorwaarden een dergelijke elektronische uitwisseling kan plaatsvinden. Inmiddels is voor de uitzendbranche het papieren bericht afgeschaft.
Zodra zicht bestaat op een uitsluitend elektronische uitwisseling van gegevens waarbij de continuïteit, kwaliteit en tijdigheid van de gegevensstroom structureel voldoende gewaarborgd is,

1910805 02563

dit ter beoordeling van het CVZ, zal de papieren uitwisseling naast uitwisseling van dezelfde gegevens in elektronische vorm integraal tot het verleden gaan behoren. Het streven is er op gericht in het voorjaar van 2004 de elektronische uitwisseling integraal te doen plaatsvinden.

4. Overige wijzigingen in de Wtz

In de Wtz zijn nog enkele wijzigingen opgenomen waarvan de noodzaak naar voren is gekomen bij de uitvoering van de evaluatie van de Wtz die eind 2001 plaatsvond. Het resultaat van deze evaluatie is aan de Tweede Kamer bij brief van 11 februari 2002 (kenmerk Z/F-2254772) ter kennis gebracht. De wijzigingen betreffen de verplichting van de ziektekostenverzekeraar om de accountant te machtigen om alle benodigde inlichtingen te verstrekken aan het uitvoeringsorgaan en inzage in zijn dossier te verlenen. Daarnaast bevat het wetsvoorstel de mogelijkheid voor de minister om beleidsregels inzake de taakuitoefening door het uitvoeringsorgaan vast te stellen, alsmede enkele meer technische aanpassingen.
Geen gevolg is gegeven aan de aanbeveling om een boetebepaling in de wet op te nemen ter zake van het niet (tijdig) aanleveren van informatie door de ziektekostenverzekeraars. Gelet op de aard van de overtreding waarop die boete betrekking zou moeten hebben, is een boete geen geschikt middel. Om die aanlevering van de benodigde informatie af te dwingen, kan bij het niet tijdig nakoming van deze verplichting, reeds een dwangsom worden ingezet. Dat is voor dit soort verplichtingen het meest passende middel.

5. Overige wijzigingen in de Zfw

Het partnerbegrip in de Wet Inkomstenbelasting 2001

Op 1 januari 2000 is de Wet van 28 oktober 1999, houdende uitbreiding van de kring van verzekerden ingevolge de Ziekenfondswet met zelfstandigen voor wie, gelet op hun inkomen, toegang tot de sociale ziektekostenverzekering is aangewezen en tijdelijke wijziging van de indexering van de loongrens alsmede wijziging van de Wet op de inkomstenbelasting 1964 (Zelfstandigen in Zfw) (Stb. 1999, 461) in werking getreden. Daarmee werd de kring van verzekerden Ziekenfondswet uitgebreid met zelfstandigen met winst uit onderneming die een belastbaar inkomen genieten dat niet meer bedraagt dan het in de Zfw genoemde bedrag.

Met ingang van 1 januari 2001 is de belastingwetgeving gewijzigd en is in artikel 3d van de Zfw geregeld dat het inkomen wordt bepaald volgens de regels van de hoofdstukken 3, 4 en 5 van de Wet inkomstenbelasting 2001 (Wet IB 2001). Er is echter geen bepaling opgenomen op welke wijze bepaalde inkomsten en aftrekposten (gemeenschappelijke inkomensbestanddelen) en bestanddelen van de rendementsgrondslag van de verzekerde en zijn partner bij het bepalen van het vorenbedoelde inkomen in aanmerking moeten worden genomen. Voor de inkomstenbelasting is de wijze waarop de toerekening van de vorenbedoelde inkomensbestanddelen en bestanddelen van de rendementsgrondslag moet plaatsvinden, opgenomen in artikel 2.17 van de Wet IB 2001. Deze toerekening beïnvloedt de hoogte van het belastbaar inkomen voor de inkomstenbelasting van de belastingplichtige en zijn partner. In verband hiermede dient voor vaststelling van het inkomen voor de ziekenfondsverzekering de toerekening van de gemeenschappelijke inkomensbestanddelen en bestanddelen van de rendementsgrondslag van de zelfstandige en zijn partner te geschieden overeenkomstig die bepaling. Met de voorgestelde wijziging wordt daarin voorzien. Bij de invoering van de Wet IB 2001 is niet onderkend een dergelijke bepaling op te nemen in de Zfw, nu deze bepalingen geen onderdeel uitmaken van de hoofdstukken 3, 4 en 5 Wet IB 2001, maar van de hoofstukken 1 en 2. In de Aanpassingswet Wet IB 2001 is dit dan ook niet meegenomen.
Voor de inkomstenbelasting is in artikel 1.2 van de Wet IB 2001 bepaald wat onder een partner wordt verstaan. Voor niet-inwoners is voor de toepassing van artikel 3d van de Ziekenfondswet, in verband met de vrije toerekening van gemeenschappelijke inkomensbestanddelen en de bestanddelen van de rendementsgrondslag een apart partnerbegrip nodig, als zij niet belastingplichtig zijn of als zij niet hebben gekozen voor behandeling als binnenlands belastingplichtige als bedoeld in artikel 2.5 van de Wet IB 2001. De voorgestelde wijziging voorziet mede hierin.
Met de voorgestelde wijziging wordt verder bereikt dat de keuze die huisgenoten maken voor het al dan niet partner zijn voor de Wet IB 2001, en de keuze die partners voor de Wet IB 2001 maken voor de

1910805 02563

toerekening van de gemeenschappelijke inkomensbestanddelen en bestanddelen van de rendementsgrondslag, ook van toepassing zijn voor artikel 3d van de Zfw.
Aan de wijziging zal terugwerkende kracht worden gegeven tot 1 januari 2001, opdat de vaststelling van het inkomen voor de ziekenfondsverzekering vanaf de inwerkingtredingdatum van de Wet IB 2001 op dezelfde wijze kan geschieden als de vaststelling van het inkomen ingevolge die wet. Tot op heden vindt de inkomensvaststelling in de uitvoeringspraktijk plaats als ware deze bepaling steeds onderdeel geweest van de wet- en regelgeving inzake de ziekenfondsverzekering voor zelfstandigen. Dit omdat het van meet af aan de bedoeling is geweest om voor de toepassing van artikel 3d Zfw ook op dit punt aan te sluiten bij het in de Wet IB 2001 bedoelde inkomensbegrip. Deze handelwijze heeft in de uitvoeringspraktijk tot op heden geen problemen meegebracht.
Opgemerkt wordt dat deze gelijkstelling van het partnerbegrip en de keuzemogelijkheid voor partners sinds 16 juni 2003 is opgenomen in artikel 4a van de Regeling tijdvak en inkomen ziekenfondsverzekering zelfstandigen. Na inwerkingtreding van deze wetswijziging verliest voornoemde bepaling van de ministeriële regeling zijn belang.

Integriteit van bestuurders
Daarnaast worden enkele wijzigingen aangebracht die zien op de integriteit van bestuurders. Ingevolge de huidige redactie van artikel 34, derde lid, onderdeel e, van de Zfw mogen de handelingen en antecedenten van (mede)beleidsbepalers van het ziekenfonds het CVZ geen aanleiding geven tot de veronderstelling dat de belangen van de verzekerden gevaar lopen. Deze eis is ontleend aan artikel 29, tweede lid, van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (WTV 1993); vergelijk ook artikel 9, eerste lid, aanhef en onder c, van de Wet toezicht kredietwezen 1992, artikel 5, derde lid, van de Pensioen- en spaarfondsenwet, artikel 68, tweede lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek en artikel 179, tweede lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. De bepaling in de Zfw wijkt op twee punten af van de tekst in vorengenoemde artikelen. Zo ontbreekt in artikel 34, derde lid, onderdeel e, de mogelijkheid de 'voornemens' van de (mede)beleidsbepalers te toetsen en kan het CVZ pas optreden tegen een ziekenfonds, indien het van oordeel is dat 'de handelingen en antecedenten van de (mede)beleidsbepalers van het ziekenfonds, aanleiding geven tot het oordeel dat de belangen van de verzekerden bij de uitoefening van de taken van een ziekenfonds (...), in gevaar zouden kunnen komen'. Voorgesteld wordt om de redactie van artikel 34, derde lid, onderdeel e, van de Zfw op deze twee punten aan te scherpen.
In de eerste plaats betreft dit de toevoeging van het begrip 'voornemens' aan 'handelingen en antecedenten'. Dat betekent dat ook de intenties van de betrokken personen van belang worden voor hun betrouwbaarheid. Naast het verleden en het heden worden dus ook de verwachtingen van de te toetsen personen in de toekomst in het toetsingsproces betrokken.
In de tweede plaats wordt bepaald dat het CVZ kan optreden tegen een ziekenfonds, indien het van oordeel is dat 'met het oog op de belangen van de verzekerden (...), de betrouwbaarheid van deze personen niet buiten twijfel staat'. Ten opzichte van de huidige tekst is de voorgestelde formulering aangescherpt en laat zij er geen misverstand over bestaan dat, in die gevallen dat de betrouwbaarheid van bestuurders niet geheel buiten twijfel staat, het CVZ, bijvoorbeeld door het weigeren van een toelating, zijn bezwaren tegen de betrokken persoon kenbaar kan maken. Hiermee wordt de mogelijkheid voor een effectief optreden van het CVZ vergroot.
Door het laten aansluiten van de onderhavige bepaling aan artikel 29, tweede lid, van de WTV 1993 kan voldaan worden aan de in de brief van het CVZ van 20 december 2001 geuite wens dezelfde beleidsregels te mogen hanteren als de beleidsregels die de Pensioen- & Verzekeringskamer (PVK), de Nederlandsche Bank N.V., de Stichting Toezicht Effectenverkeer en de Minister van Financiën gezamenlijk hebben geformuleerd voor de betrouwbaarheidstoetsing.

In artikel 75, derde lid, van de WTV 1993 is voorts geregeld dat de verzekeraar de PVK onverwijld schriftelijk in kennis stelt van wijzigingen in de antecedenten van beleidsbepalers en medebeleidsbepalers. In de Regeling regelmatige verstrekking gegevens en inlichtingen van het CVZ van 26 april 2001 (Stcrt. 2001, nr. 86), laatstelijk gewijzigd bij besluit van 19 december 2002 (Stcrt. 2002, nr. 248), is bepaald dat een ziekenfonds besluiten tot benoeming van bestuurders, commissarissen en andere functionarissen die het beleid van het ziekenfonds bepalen of mede bepalen, ten minste een maand voor inwerkingtreding aan het CVZ overlegt. Het CVZ acht het noodzakelijk om tijdig kennis te (blijven) nemen van deze gegevens welke tussentijdse toetsing aan de in artikel 34 van de Zfw

1910805 02563

neergelegde toelatingsvoorwaarden en artikel 33 van de AWBZ mogelijk maken. Het ligt in de rede dat het CVZ (overeenkomstig de WTV 1993) in genoemde regeling tevens bepaalt dat het ziekenfonds het CVZ schriftelijk in kennis stelt van wijzigingen van de antecedenten van de (mede)beleidsbepalers van het ziekenfonds.

Executoriale titel bij beslissing tot terugvordering
In artikel 65d AWBZ en 83d van de Zfw is thans geregeld dat het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan van degene die opzettelijk aanspraken als verzekerde doet gelden, de kosten van de verleende zorg terug kan vorderen. Deze bepalingen zien op alle vormen van misbruik. De kosten kunnen ook verhaald worden als iemand daaraan opzettelijk medewerking heeft verleend.
Blijkens de wetsgeschiedenis (Kamerstukken II, 1967/68, 8457, nr. 3-4) is deze bepaling in de AWBZ opgenomen om bij opzettelijk misbruik geëigende maatregelen te kunnen treffen. Bij de Wet invoering en versterking regresrecht in de AWBZ en Zfw (Kamerstukken II, 1998/99, 26238) is deze bepaling om dezelfde reden ook in de Zfw opgenomen.
Indien iemand zonder daartoe gerechtigd te zijn aanspraken als verzekerde doet gelden, ofwel, zoals de wetgever bedoelde, misbruik heeft gemaakt van de Zfw of AWBZ, kan het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan de gemaakte kosten dus terugvorderen. Ter ondersteuning van de administratieve processen en om in zo'n situatie de verhaalsmogelijkheid te ondersteunen, is in het wetsvoorstel geregeld dat het besluit tot terugvordering een executoriale titel oplevert. In de socialezekerheids-wetgeving (onder meer de artikelen 24a van de Algemene Ouderdomswet, 54 van de Algemene nabestaandenwet, 24a van de Algemene kinderbijslagwet, 57a van de Wet op de arbeids-ongeschiktheidsverzekering en 36a van de Werkloosheidswet) is dit reeds gangbaar.

6. Financiële gevolgen van het wetsvoorstel

Invoering van de identificatieplicht
Als gevolg van de invoering van de identificatieplicht bij het inroepen van zorg ingevolge de Zfw of de AWBZ ontstaan er uitvoeringskosten in verband met het nakomen van deze wettelijke verplichting. Ziekenhuizen zullen de identiteit van een zorgvrager moeten controleren. Deze kosten zijn relatief gering omdat er toch al een inschrijving van de patiënt plaatsvindt om medische gegevens en verzekeringsgegevens vast te leggen of te controleren. Nieuw is dat de identiteit moet worden gecontroleerd. Daartegenover staan minder kosten ten laste van Zfw of AWBZ als direct resultaat van het terugdringen van misbruik en fraude.
In beginsel worden de kosten voor verleende medische zorg aan een niet-verzekerde in rekening gebracht bij de patiënt. Als die geen verhaal biedt, kan een ziekenhuis dergelijke kosten onder de bestaande Beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren brengen. Kosten van medische behandeling van onverzekerden zullen als gevolg van de maatregel minder vaak (ten onrechte) ten laste van de Zfw worden gebracht, maar zullen -doordat de post dubieuze debiteuren in het tarief verwerkt is- vaker ten laste komen van zowel de ziekenfondsverzekering als de particuliere verzekering.

Het is evident dat meer controle als gevolg van de identificatieplicht voor ziekenhuizen en instellingen extra kosten met zich brengt. In hoeverre kosten worden uitgespaard als gevolg van de terugdringing van de fraude is moeilijk in cijfers uit te drukken. Uiteindelijk is de zorgsector er in zijn totaal mee gediend dat de kosten voor de zorg verminderen doordat misbruik en fraude worden teruggedrongen. Het uiteindelijke saldo is niet alleen een kwestie van een cijfermatige benadering van hoeveel het oplevert en hoeveel het kost, maar dient daarnaast ook een maatschappelijk zwaarwegend belang.

Invoering van het sofi-nummer
Met betrekking tot de invoering van het sofi-nummer in de Wtz zijn verschillende ontwikkelingen in gang gezet die maken dat een besparing op de uitvoeringskosten mag worden verwacht als gevolg van de invoering van het sofi-nummer. Te denken valt met name aan zaken als elektronisch declaratieverkeer tussen zorgverleners en ziektekostenverzekeraars.
Verder is elektronische uitwisseling van persoonsgegevens via het RINIS-concept in ontwikkeling. Door het sofi-nummer bij dergelijke uitwisseling van gegevens te hanteren, wordt veel tijdwinst geboekt en kunnen fouten door handmatige invoering worden voorkomen. Door invoering van het sofi-nummer in de Wtz zal de gegevensuitwisseling doelmatiger kunnen plaatsvinden. Daarnaast zal het opsporen van

1910805 02563

fraude verbeteren. Een kwantificering van deze opbrengsten is niet mogelijk. Verwacht wordt wel dat de efficiencywinst zodanig zal zijn dat invoeringskosten hierdoor worden gecompenseerd.

Elektronische uitwisseling van gegevens
Met betrekking tot de elektronische gegevensuitwisseling tussen ziekenfondsen en het UWV over de aan- en afmelding van werknemers voor de ziekenfondsverzekering is een inschatting gemaakt van de verwachte kostenbesparingen als het papieren bericht verdwijnt en ziekenfondsen via het RINIS-netwerk een elektronische melding van het UWV ontvangen.
Als de situatie met papieren berichtenverkeer wordt vergeleken met de situatie met elektronisch berichtenverkeer dan is de inschatting dat hiermee bij werkgevers een kostenbesparing optreedt van circa €20 miljoen en bij ziekenfondsen van circa €10 miljoen. Deze kostenbesparing is pas mogelijk als de elektronische berichten alle papieren verzekeringsverklaringen hebben vervangen. Dat is het geval als de elektronische uitwisseling voldoet aan de eisen van continuïteit, kwaliteit en tijdigheid. De berekening is gebaseerd op 10,5 miljoen berichten en de tijdwinst die bij elektronische verwerking respectievelijk bij werkgevers en ziekenfondsen wordt gemaakt. In onderstaand overzicht worden de berekeningen nader gespecificeerd.

	Aantal berichten	Tijdsbesparing	Kosten per minuut	Kostenbesparing
Ziekenfondsen (21)	10,500 mln.	3 minuten	€0,32	ca. €10,0 mln
Werkgevers met werknemers (360.000)	10,500 mln.	5 minuten	€0,42	ca. €20,0 mln
Bron: VWS op basis van informatie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het EIM				

Het gebruik maken van een elektronische infrastructuur voor uitwisseling van gegevens draagt bij tot per saldo lagere uitvoeringskosten. Kostenvoordelen treden op bij de verzender en de ontvanger van het bericht. Het aanmaken en het verwerken van een elektronisch bericht is aanzienlijk goedkoper dan het aanmaken en het verwerken van een papieren bericht. Als vuistregel wordt een reductie in de kosten van wel 90% aangehouden.
Daartegenover staan wel extra kosten. Bij veel van deze kosten gaat het om eenmalige kosten. Onder eenmalige kosten moet onder meer begrepen worden kosten voor het testen, beschrijven en inrichten van administratieve processen, de aanschaf, installatie en aanpassing van de nodige hard- en software voor de systemen en eindgebruikers en de aansluiting op het SAP-Z. Voorts wordt bij het intersectorale berichtenverkeer gebruik gemaakt van tussenstations zoals het SAP-SV en het SAP-Z. Ook voor deze stations geldt dat voor het nieuw berichtenverkeer bepaalde aanpassingen noodzakelijk zijn. Voorts zullen voor deze stations zekere structurele exploitatielasten gemaakt worden. Berekend is dat aan eenmalige en initiële kosten globaal een bedrag van zo'n €100 000 per ziekenfonds is gemoeid en dat de kosten voor grote en kleine ziekenfondsen min of meer gelijk zijn.

De ziekenfondsen hebben incidenteel een bedrag ontvangen van €100 000 per ziekenfonds als bijdrage voor de kosten in verband met inspanningen om te komen tot een verdere elektronische berichtenuitwisseling. Dit is geregeld in de Regeling beschikbare middelen beheerskosten Zfw 2003. De bijdrage had in het bijzonder tot doel dat ultimo 2003 alle ziekenfondsen een volwaardige aansluiting op het RINIS-netwerk hebben. Volwaardig in dit verband betekent dat er sprake moet zijn van het hebben van een elektronische postbus bij het SAP-Z, dat het ziekenfonds het nodige doet om de verwijsindex actueel en volledig te houden en dat hij zijn administratie en systemen inricht op het verweken van elektronische meldingen inzake (mutaties in) dienstbetrekkingen. Tot slot kan worden opgemerkt dat het overstappen van het papieren bericht op het elektronisch bericht noodzaakt dat alle onderdelen in de informatieketen goed op elkaar zijn en blijven afgestemd. Dit zal afstemmingskosten met zich brengen. Voor de meeste berichten zal overigens gelden dat de kostenvoordelen een veelvoud bedragen van de noodzakelijke extra kosten.

7. Advisering door het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP)
Het CBP heeft op 25 augustus 2003 zijn advies uitgebracht (kenmerk Z2003-0788).
Met betrekking tot de invoering van de identificatieplicht geeft het CBP aan het met de regering eens te

1910805 02563

zijn dat er een toereikende grondslag is voor een identificatieplicht in de Zfw en AWBZ. Het CBP neemt aan dat misbruik van de voorzieningen uit de Zfw en AWBZ op die wijze kan worden beperkt. Wel heeft het CBP er nadrukkelijk op gewezen dat de invoering van een identificatieverplichting binnen de context van de zorgverlening onaanvaardbare consequenties kan hebben, wanneer het niet kunnen tonen van een identiteitsbewijs leidt tot ontoegankelijkheid van noodzakelijke –zij het mogelijk niet steeds spoedeisende- gezondheidszorg. Het CBP onderkent dat deze gedachte in de toelichting van het wetsvoorstel wordt onderschreven, maar vraagt zich af of de maatregel om noodzakelijke medische hulp te regelen in de praktijk voldoende is om de noodzakelijke toegang tot de zorg te garanderen.

Met betrekking tot de invoering van het sofi-nummer in de Wtz komt het CBP tot de conclusie dat de invoering van het sofi-nummer in de Wtz voldoende is onderbouwd, niet onverenigbaar is met de doeleinden waarvoor het nummer is ingericht en aansluit bij het bestaande wettelijk stelsel met betrekking tot dat nummer. Wel acht het CBP voorwaarde voor een juist gebruik door de Suo en de ziektekostenverzekeraars, dat het nummer uitsluitend wordt vastgelegd, gebruikt en bewaard, voor zover en zo lang dat in het kader van de uitvoering van de Wtz noodzakelijk is.

Met betrekking tot het gebruik van een elektronische infrastructuur merkt het CBP op dat de Wet bescherming persoonsgegevens, alsook bijzondere regelgeving ten aanzien van de aspecten van gegevensuitwisseling, dwingendrechtelijke regels stelt. Het gebruik daarvan kan alleen verplicht worden als dit ook kan geschieden conform de reeds bestaande regelgeving omtrent het verkeer van persoonsgegevens. Het CVZ is derhalve slechts bevoegd nadere regels vast te stellen, voor zover die niet in strijd komen met bestaande wetgeving. Een zelfde bevoegdheid zou overigens kunnen worden ontleend aan de geldende Zfw, aldus het CBP.

8. Advisering door het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal)

Het Adviescollege toetsing administratieve lasten heeft op 19 juni 2003 positief geadviseerd over de hiervoor genoemde wijziging van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering, waarmee feitelijk de mogelijkheid van elektronisch berichtenverkeer en afschaffing van het papieren VVW-bericht is gerealiseerd.
Op 18 september 2003 heeft Actal advies uitgebracht over het wetsvoorstel. Actal heeft aangegeven dat met het totaalpakket aan maatregelen een reductie van de administratieve lasten wordt bewerkstelligd. Dit wordt geheel toegeschreven aan de invoering van het sofi-nummer en de elektronische gegevensuitwisseling via het RINIS-netwerk. Actal heeft geadviseerd er voor te zorgen dat deze reductiepotentie niet teniet wordt gedaan door een stijging van de administratieve lasten als gevolg van de invoering van de identificatieplicht en de daaraan verbonden controle door de ziekenhuizen.
De regering is van mening dat een stijging van de administratieve lasten als gevolg van de invoering van de identificatieplicht op de voorgestelde wijze niet aan de orde is. Welbewust is gekozen voor een vorm die naast de controle geen verdere informatieverplichting oplegt aan de ziekenhuizen. De Minister van Financiën heeft op 30 september 2003 bevestigd dat uitsluitend de controle van identiteit door een ziekenhuis geen administratieve last maar een inhoudelijke verplichting betreft, en dit aan Actal medegedeeld.

9. Artikelsgewijze toelichting

Artikel I, onderdeel A (artikel 10a AWBZ)

In het eerste lid wordt bepaald dat degene die aanspraak maakt op zorg ten laste van de AWBZ waarvoor een identificatieplicht geldt, zich aan de hand van een met name genoemd document moet identificeren. In het tweede lid wordt bepaald dat een instelling die zorg levert, de identiteit van de persoon die een beroep doet op zorg ten laste van de AWBZ moet controleren.

Artikel I, onderdeel C (artikel 65d AWBZ)

Geregeld is dat een beslissing om over te gaan tot het terugvorderen van een onverschuldigde betaling op grond van het Tweede Boek van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering een executoriale titel oplevert. Dit betekent dat een ziekenfonds of uitvoeringsorgaan op relatief eenvoudige wijze deze onverschuldigde betaling kan invorderen.

1910805 02563

Artikel II, onderdeel A (artikel 4a en 4b Wtz)
Met het nieuwe artikel 4a van de Wtz worden de ziektekostenverzekeraars die de Wtz uitvoeren verplicht het sofi-nummer in de verzekerdenadministratie op te nemen. Voorts wordt het Suo verplicht bij de gegevensverstrekking ten behoeve van de uitvoering van de Wtz het sofi-nummer als persoons-identificatienummer te gebruiken. Dit indien de organen en personen die de gegevens verstrekken en de organen en personen die de gegevens ontvangen, daartoe bevoegd zijn. Het betreft de gegevens-verstrekking aan het Suo, de Informatie Beheer Groep, de rijksbelastingdienst, het gemeentebestuur, ziekenfondsen en andere ziektekostenverzekeraars.
In artikel 4b is de mogelijkheid van berichtenverkeer geregeld voor zover noodzakelijk voor de uitvoering van de Wtz met gebruikmaking van het sofi-nummer van de ziektekostenverzekeraars die de Wtz uitvoeren en het Suo met de rijksbelastingdienst, het gemeentebestuur, de Informatie Beheer Groep, ziekenfondsen en andere ziektekostenverzekeraars. Voor zover het gegevensverstrekking door de rijksbelastingdienst betreft gaat het uitsluitend om de verificatie van sofi-nummers.

Artikel II, onderdeel B (artikel 8 Wtz)
Een verzekeraar kan verlies lijden op een overeenkomst van standaardverzekering. Indien deze overeenkomst door het uitvoeringsorgaan is geaccepteerd voor deelname aan de omslagregeling, kan dit verlies worden vergoed door het uitvoeringsorgaan. Hiertoe dient de verzekeraar op grond van artikel 15, eerste lid, onder b, van het schadebedrag dat hij uitkeert op basis van de overeenkomst van standaardverzekering opgave te doen aan het uitvoeringsorgaan. Alleen schades waarvan opgave is gedaan, kunnen worden meegenomen bij de bepaling van het saldo van de schadebedragen en premies.

Artikel II, onderdeel C (artikel 10 Wtz)
Tot nu toe kan het uitvoeringsorgaan te allen tijde een beslissing herroepen indien de ziektekostenverzekeraar bij de aanmelding onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van de juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing zou hebben geleid. Dat is een risico voor de ziektekostenverzekeraar vooral als een portefeuille van een andere ziektekostenverzekeraar wordt overgenomen. Vanuit bedrijfseconomisch oogpunt heeft de ziektekostenverzekeraar baat bij zekerheid omtrent de aanvaarding van zijn bij het uitvoeringsorgaan aangemelde ziektekostenverzekeringen. Daarom wordt thans de mogelijkheid om de beslissing om een aangemelde ziektekostenverzekering te aanvaarden, alsnog te herroepen, ingeperkt tot een termijn van 5 jaar. Hiermee wordt voorkomen dat de ziektekostenverzekeraar na 5 jaar nog kan worden geconfronteerd met de negatieve financiële gevolgen van herroeping van een eerdere aanvaarding van de aangemelde ziektekostenverzekering.

Artikel II, onderdeel D (artikel 23a Wtz)
De overheid is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de beschikbaarheid van de zorg en afgeleid daarvan voor een rechtmatige, doelmatige en doeltreffende uitvoering. De uitvoering heeft onder andere uitwerking gekregen in de Wtz 1998.
Het uitvoeringsorgaan is een zelfstandig bestuursorgaan en niet hiërarchisch ondergeschikt aan de minister. De minister draagt echter de politieke verantwoordelijkheid voor het functioneren van de zorgsectoren en de organen die daarin hun wettelijk gereguleerde taken, waaronder het uitvoeringsorgaan, vervullen. Het uitvoeringsorgaan voert de Wtz-omslagregeling uit. De omslagbijdrage, bedoeld in artikel 13, behoort tot de publieke middelen. Het betreft de opbrengst van een bij de Wtz 1998 ingestelde heffing. Alle particulier verzekerden jonger dan 65 jaar zijn verplicht de heffing te betalen.
De hoofdlijnen van het beleid worden uitgezet door en onder rechtstreekse verantwoordelijkheid van de minister, de vertaling van die hoofdlijnen naar individuele gevallen komt voor rekening van het uitvoeringsorgaan. Sturing op hoofdlijnen door de minister is aangewezen, binnen die hoofdlijnen is onafhankelijke oordeelvorming bij de nadere uitwerking onontbeerlijk. De minister beschikt over een aantal instrumenten waarmee hij het uitvoeringsorgaan kan aansturen en waarmee hij toezicht kan houden op het functioneren. Deze instrumenten zijn nodig om de minister in staat te stellen de politieke verantwoordelijkheid voor het functioneren van het uitvoeringsorgaan te dragen. Deze verantwoordelijkheid maakt het nodig om de minister ook de mogelijkheid te geven beleidsregels voor het uitvoeringsorgaan vast te stellen. Met deze beleidsregels kan de minister de kaders waarbinnen het

1910805 02563

uitvoeringsorgaan de wettelijk opgedragen taken moet uitvoeren, nader preciseren. De kaders kunnen inhoudelijk, financieel en procedureel van aard zijn. Een zodanige beleidsregel betreft geen individuele gevallen.
Een zelfde bevoegdheid om beleidsregels te stellen heeft de minister ook aan ten aanzien van andere zelfstandige bestuursorganen die opereren in de zorgsector. De bepaling is vergelijkbaar met artikel 1k van de Ziekenfondswet.

Artikel II, onderdeel E (artikel 24, tweede lid, Wtz)
De Pensioen- & Verzekeringskamer heeft na controle geconstateerd dat de kwaliteit van de ingediende opgaven door de ziektekostenverzekeraars en de ingediende accountantsverklaringen en mededelingen van accountants nog niet van dien aard is dat hierop in alle gevallen voldoende kan worden gesteund. Vanwege de grote financiële belangen die met de uitvoering van de standaardverzekeringen zijn gemoeid, moet de kwaliteit hiervan verbeteren. Teneinde dit te realiseren kan het uitvoeringsorgaan, na de Pensioen- & Verzekeringskamer hierover te hebben gehoord, hiervoor regels stellen.

Artikel II, onderdeel F (artikel 24, vierde en vijfde lid, Wtz)
In het derde lid wordt de ziektekostenverzekeraar verplicht om het uitvoeringsorgaan gegevens te verstrekken die betrekking hebben op de uitvoering van de omslagregeling. Daarnaast heeft het uitvoeringsorgaan ook behoefte aan gegevens van de accountant die het controleonderzoek uitvoert naar de door de ziektekostenverzekeraar gedane opgaven. In het vierde lid is geregeld dat de ziektekostenverzekeraar de accountant machtigt om alle inlichtingen aan het uitvoeringsorgaan te verstrekken die redelijkerwijze geacht kunnen worden nodig te zijn voor de invulling van diens bij of krachtens deze wet opgelegde taak. Bovendien heeft de accountant de verplichting om volledige medewerking te verlenen aan onderzoeken van het uitvoeringsorgaan en hem inzage te geven in de zakelijke bescheiden betrekking hebbende op de gedane opgaven. In het periodiek overleg dat in het kader van het toezicht op het Wtz-uitvoeringsorgaan met de Pensioen- & Verzekeringskamer wordt gehouden is van die zijde aangedrongen op het treffen van voorgestelde maatregelen. De redenen hiervoor zijn dezelfde als die er destijds toe hebben geleid dat vergelijkbare bepalingen in artikel 27, zevende en achtste lid, van de Wtz 1998 en in artikel 72a, eerste en vijfde lid, van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 zijn opgenomen.
Vanwege de omvang van de financiële middelen die met de uitvoering van de standaardverzekeringen zijn gemoeid, is het voor het uitvoeringsorgaan van groot belang dat de accountant de hem toevertrouwde taak naar behoren vervult. In het vijfde lid is geregeld dat indien de accountant hiervoor niet of niet meer de benodigde waarborgen kan bieden, het uitvoeringsorgaan, gehoord de Pensioen- & Verzekeringskamer, kan bepalen dat hij niet bevoegd is een verklaring als bedoeld in het tweede lid tot die ziektekostenverzekeraar af te leggen. Indien het uitvoeringsorgaan bezwaar maakt tegen een accountant is de ziektekostenverzekeraar verplicht een andere accountant in de arm te nemen. De ziektekostenverzekeraar tegen wiens accountant het uitvoeringsorgaan bezwaar maakt en de accountant zelf hebben op grond van artikel 34 de mogelijkheid een bezwaarschrift in te dienen bij het uitvoeringsorgaan en vervolgens beroep in te stellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven. Deze twee leden zijn ontleend aan het vergelijkbare artikel 100a van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993.

Artikel II, onderdeel G (artikel 27 Wtz)
Er zijn grote financiële belangen gemoeid met de uitvoering van de Wtz-omslagregeling. De minister is politiek verantwoordelijk voor de rechtmatigheid van deze uitvoering. Het is daarom niet voldoende dat de accountant zich in zijn verklaring alleen uitlaat over de getrouwheid van de jaarrekening van het uitvoeringsorgaan. Het is nodig dat hij de jaarrekening van het uitvoeringsorgaan ook controleert op rechtmatigheid en hierover een verklaring afgeeft. Met de wijziging wordt aangesloten bij de formulering van de in artikel 15, tweede lid, van de Wtz 1998 genoemde verklaring.

Artikel III, onderdeel A (artikel 3 Zfw)
Deze wijziging betreft een correctie van verwijzing naar relevante regelgeving.

Artikel III, onderdeel C (artikel 9a Zfw)

1910805 02563

In het eerste lid wordt bepaald dat degene die aanspraak maakt op een verstrekking ten laste van de Zfw waarvoor een identificatieplicht geldt, zich aan de hand van een met name genoemd document moet identificeren. In het tweede lid wordt bepaald dat een zorgverlener of instelling die deze verstrekking levert, de identiteit van de persoon die een beroep doet op zorg ten laste van de Zfw moet vaststellen.

Artikel III, onderdeel E (artikel 39 Zfw)
In het eerste lid wordt de wettelijke basis gelegd voor de elektronische uitwisseling van gegevens. In het tweede lid wordt aan CVZ de mogelijkheid gedelegeerd om ter zake van die elektronische uitwisseling regels te stellen omtrent bepaalde in de verschillende onderdelen aangeduide onderwerpen.

Artikel III, onderdeel G (artikel 83d Zfw)
Zie onder Artikel I, onderdeel C.

Artikel IV
Het voorstel van wet houdende wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg) zal naar alle waarschijnlijkheid in werking treden op 1 januari 2004, derhalve vóórdat deze wet in werking treedt. Artikel IV zorgt ervoor dat in dat geval de in de artikelen I, onderdeel B en III, onderdeel F, van het onderhavige wetsvoorstel opgenomen wijzigingen van de Zfw en de AWBZ aan de gewijzigde situatie worden aangepast.

Artikel V (inwerkingtreding)
Het streven is er op gericht het wetsvoorstel op 1 oktober 2004 in werking te laten treden.
Om ziekenhuizen voldoende voorbereidingstijd te geven en in verband met voorlichting aan het publiek zullen Artikel I, onderdelen A en B en Artikel III, onderdelen C en F, zes maanden na publicatie in het Staatsblad in werking treden.
De beoogde datum van inwerkingtreding van Artikel II, onderdeel A, is 1 januari 2005.
Artikel III, onderdeel B, werkt terug tot en met 1 januari 2001.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

1910805 02563