MEMORIE VAN TOELICHTING (Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen; BAZ)

I. Algemeen deel van de toelichting

I. Algemeen deel 5
1. Inleiding 5
1.1 Introductie 5
1.1 Opzet 5
1.2 Aanleiding voor dit wetsvoorstel ... 6
1.2.1 Directe aanleiding 6
1.2.2 Brede maatschappelijke discussie 7
2. Probleemanalyse 9
2.1 Inleiding 9
2.2 Te weinig zelfstandigen hebben een voorziening die het risico op arbeidsongeschiktheid afdekt 9
2.3 Waarom zelfstandigen niet altijd een verzekering willen en kunnen afsluiten 12
2.3.1 Zelfstandigen zien af van het sluiten van een verzekering 12
2.3.2 Sommige zelfstandigen kunnen zich niet goed laten verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid 14
2.4 Ongelijk speelveld tussen werknemers en zelfstandigen door uiteenlopende verplichtingen rondom het arbeidsongeschiktheidsrisico 16
2.5 Zelfstandigen vallen terug op algemene voorzieningen als zij bij arbeidsongeschiktheid terugvallen op de bijstand 18
3. Doelen en aard van de maatregel 19
3.1 Inleiding 19
3.2 Doelen van de maatregel 19
3.3 Randvoorwaarden bij de uitwerking 19
3.4 Gekozen vormgeving op hoofdlijnen 21
3.5 Overwogen alternatieven 24
3.5.1 Geen verplichting, maar lichtere maatregelen 26
3.5.2 Een volksverzekering 26
3.5.3 Een uniform stelsel voor alle werkenden 29
3.5.4 Een stelsel voor zelfstandigen, met alleen publieke uitvoering 32
3.5.5 Een stelsel voor zelfstandigen, maar uitsluitend private uitvoering 32
3.6 De gekozen maatregel in historisch perspectief 33
3.6.1 Voorgeschiedenis 33
3.6.2 Verschillen met de WAZ 34
3.7 Samenhang 35
3.7.1 Samenhang met het andere beleid rondom werken met zelfstandigen en als zelfstandige 35
3.7.2 Samenhang met het bredere arbeidsmarktbeleid 35
3.7.3 Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel 35
4. Kring van verzekerden 36
4.1 Inleiding 36
4.2 De verzekerden 37
4.2.1 IB-ondernemer 37
4.2.2 De zelfstandig ondernemer met personeel, de agrarische sector 38
4.2.3 Eén verzekering op grond van dit voorstel 39
4.3 Niet verzekerd zijn 39
4.3.1 Meewerkend partner 39
4.3.2 Resultaatgenieters 41
4.3.3 DGA's 43
4.3.4 Gemoedsbezwaarden 44
4.3.5 Winst als medegerechtigde 44
4.3.6 Privaat verzekerden 45
4.3.7 Overig 45
4.4 Consequenties van het willen aansluiten bij de aan de fiscaliteit ontleende begrippen 46
5. Het recht op uitkering 48
5.1 Inleiding 48
5.2 Arbeidsongeschiktheidscriterium 48
5.3 Wachttijd 50
5.3.1 Keuze voor een wachttijd van een jaar 50
5.3.2 Vaststellen eerste ziektedag 51
5.3.3 Samentellingsregeling 52
5.4 Uitsluitingsgronden 52
5.5 Zelfstandigen die zowel voor deze wet als voor de WIA verzekerd zijn 53

CONCEPT

5.6 Eindigen van het recht op uitkering 54
5.7 Het later ontstaan van het recht op uitkering en het herleven van het recht op uitkering 55
6. De hoogte van de uitkering 57
6.1 Uitkeringsgrondslag 57
6.1.1 Uitkeringsgrondslag van de IB-ondernemer 57
6.1.2 Maximale uitkeringsgrondslag..57
6.1.3 Middelingsregeling.....57
6.2 Uitkeringshoogte 58
6.2.1 Uitkeringspercentage.....58
6.2.2 Geen onderscheid naar duurzaamheid.....58
6.2.3 Geen onderscheid naar uitkeringsfase.....59
6.2.4 Verrekening van inkomsten en werkhervattingsprikkel 59
6.2.5 Inkomsten vrijgelaten van verrekening.....60
6.2.6 Geen correctie voor inkomens boven de gemaximeerde grondslag.....60
6.3 Samenloop van uitkeringen.....61
6.4 Overige onderwerpen gelieerd aan de uitkering 61
6.4.1 Verhoging bij hulpbehoevendheid, arbeidsongeschiktheidstegemoetkoming en Toeslagenwet.....61
6.4.2 Overlijdensuitkering 63
6.4.3 Verjaring.....63
6.4.4 Indexatie.....63
6.4.5 Vakantiebijslag 63
6.4.6 Kruimeluitkeringen 63
6.4.7 Nawerking 64
7. Claimbeoordeling 65
7.1 Voorafgaand aan de beoordeling .65
7.2 Beoordeling van de uitkeringsclaim 65
7.3 Herbeoordeling.....66
7.4 Uitvoerbaarheid sociaal-medische beoordelingen 67
8. Activering.....67
8.1 Inleiding 67
8.2 Re-integratie 67
8.2.1 Preventie en begeleiding van verzuim 67
8.2.2 Re-integratie tijdens de wachttijd 68
8.2.3 Re-integratie na de wachttijd...69
8.3 Voorzieningen 71
9. Premieheffing- en inning 72
9.1 Premieplichtig 72
9.2 Maatstaf voor premie 72
9.3 (Maximum) premie-inkomen.....73
9.4 Geen franchise 73
9.5 Premiepercentage.....74
9.6 Fiscale aftrekbaarheid premie en belastbaarheid uitkeringen.....74
9.7 Uitvoering van de premieheffing- en inning 74
9.7.1 Uitvoerder en wijze van premieheffing en -inning.....74
9.7.2 Consequenties van een bij definitieve aanslag gewijzigde premie- en uitkeringsgrondslag.....75
10. Opt-out 75
10.1 Wenselijkheid van de opt-out.....75
10.2 Selectie-effecten en risicoverevening 76
10.3 Stabiliteitsbijdrage 77
10.4 Start van de opt-out 78
10.4.1 Aanvraag van de opt-out.....78
10.4.2 Startdatum van de opt-out.....79
10.5 Verplichtingen verbonden aan de opt-out 80
10.5.1 Toetsingskader voor verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is 80
10.5.2 Informatieplicht en zorgplicht ..83
10.5.3 Betaling van de stabiliteitsbijdrage.....84
10.5.4 Tijdige melding van de beëindiging van de verzekering 85
10.6 Einde van de opt-out.....85
10.7 Bijzondere situaties.....86
10.7.1 Overstapmomenten en proratering van de premie 86
10.7.2 Overgang van een lopende verzekering naar een andere verzekeraar 87
10.7.3 Beëindiging van de verzekering door de private verzekeraar 87
10.7.4 Beëindiging van de opt-out door UWV 88

CONCEPT

11. Informatie- en medewerkingsverplichting, terugvordering, toezicht en handhaving 89
11.1 Plichten van de verzekerde 89
11.1.1 Plichten tijdens de uitkeringsfase 89
11.1.2 Plichten tijdens en voor de wachttijd 90
11.2 Wettelijk vertegenwoordiger 90
11.3 Terugvordering en schuldregeling UWV 90
11.3.1 Terugvordering 90
11.3.2 Preferentie 91
11.4 Schuldregeling 91
11.4.1 Van een schuldregeling uitgesloten vorderingen 92
11.4.2 Finale kwijting 92
11.5 Toezicht en handhaving 93
11.5.1 Handhavings- en sanctie-instrumentarium 93
11.5.2 Bevoegdheid tot het opleggen van sancties door UWV 94
11.6 Toezicht en handhaving opt-out .95
11.6.1 (Geen) toezicht door UWV en Belastingdienst 95
11.6.2 DNB 95
11.6.3 AFM 95
11.6.4 Toezicht op buitenlandse producten 95
12. Overgangsrecht 95
12.1 Wenselijkheid van overgangsrecht 96
12.1.1 Beoordelingstraject 96
12.1.2 Gedragseffect 97
12.1.3 Vast tarief of combitarief 97
12.1.4 Argumenten tegen het opnemen van overgangsrecht en conclusie om overgangsrecht op te nemen 97
12.2 Vormgeving van het overgangsrecht 97
12.2.1 Welke verzekeringsproducten vallen onder het overgangsrecht 97
12.2.2 Stabiliteitsbijdrage 98
12.2.3 Reeds zieke en arbeidsongeschikte zelfstandigen 98
12.2.4 Uitvoering van het overgangsrecht 99
13. Verwerking van persoonsgegevens .99
13.1 Inleiding 99
13.2 Gegevensverwerking door UWV .100
13.2.1 Zelfstandigenadministratie 100
13.2.2 Gegevensverwerking bij vaststellen recht op en hoogte uitkering 102
13.3 Gegevensverwerking door de Belastingdienst 102
13.4 Gegevensverwerking door SVB .103
13.5 Gegevensverwerking door private verzekeraars 103
13.5.1 Gegevensdeling tussen verzekeraars en UWV 103
13.5.2 Gegevensdeling door buitenlandse verzekeraar aan UWV 104
13.6 Informatieverplichtingen zelfstandigen 104
13.6.1 Informatieverstrekking aan de Belastingdienst en UWV 104
13.6.2 Informatieverstrekking gemoedsbezwaarden 105
13.7 Gegevensdeling bij detentie in binnen- of buitenland 105
13.8 Gegevens ten aanzien van uitreiziger 105
14. Ministeriele verantwoordelijkheid .106
15. Overig 106
15.1 Regres 106
15.2 Vrijwillige verzekeringen bij het UWV 106
15.2.1 Nieuwe instroom vrijwillige verzekeringen 107
15.2.2 Reeds vrijwillig verzekerden .107
15.3 Bijzondere bepalingen in de Algemene wet bestuursrecht 109
15.3.1 (Bijzondere) beslistermijnen .109
15.3.2 Verlaagd griffierecht 111
15.3.3 Rechtsbescherming 111
15.4 Cliëntenparticipatie 111
15.5 Menselijke maat en eenvoud 112
15.5.1 Eenvoud 112
15.5.2 Menselijke maat 113
15.5.3 Hardheidsclausule 113
15.6 Schadevergoeding 114
15.7 Aanvullende keuzemogelijkheden bovenop de publieke verzekering 114

CONCEPT

15.7.1 Aanvullende publieke mogelijkheden....114
15.7.2 Schenkkringen....115
15.7.3 Aanvullende private verzekeringen....115
15.7.4 Onderling Waarborgfonds....115
15.8 Sekswerkers....116
15.9 MKB-toets....116
16. Internationaalrechtelijke aspecten....117
16.1 De toepasselijkheid van Vo. 883/04 (inclusief bilaterale socialezekerheidsverdragen)....117
16.2 Woonlandbeginsel....118
16.3 Richtlijn meewerkend partner....118
16.4 In het buitenland gevestigde verzekeraars....118
16.4.1 Kring van private verzekeraars....118
16.4.2 Verplichtingen voor zover opt-out beoogd....118
16.4.3 Toezicht op buitenlandse verzekeraars....119
16.5 Caribisch Nederland....119
16.6 VN-Verdrag Handicap....119
16.7 Recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (privacy)....120
16.7.1 EVRM....120
16.7.2 AVG en UAVG....121
17. Financiële gevolgen....122
17.1 Raming....122
17.1.1 Uitgaven aan de regeling....122
17.1.2 Premiepercentage....124
17.1.3 Effecten op andere regelingen....124
17.1.4 Stabiliteitsbijdrage....125
17.2 Arbeidsmarkteffecten....125
17.2.1 Mogelijke reacties en effecten als gevolg van de maatregelen....126
17.2.2 Zelfstandigen gaan minder werken....127
17.2.3 Zelfstandigen gaan meer werken....127
17.2.4 Zelfstandigen passen hun arbeidsaanbod niet aan....127
17.2.5 Verschuivingen naar andere typen arbeidsrelaties of rechtsvormen 127
17.3 Effecten regeldruk....129
17.3.1 Gevolgen regeldruk burgers/zelfstandigen....129
17.3.2 Gevolgen regeldruk verzekeraars....134
17.4 Inkomenseffecten....136
17.5 Rentehobbel....139
17.6 Herstel- en Veerkrachtplan....140
17.7 Overhevelen gelden ZEZ....140
17.8 Artikel 3.1 Comptabiliteitswet 2016....140
18. Evaluatie....142
19. Ontvangen inbreng....143
19.1 Internetconsultatie....143
19.2 UWV....143
19.3 Belastingdienst....143
19.4 Verbond van Verzekeraars....143
19.5 SVB....143
19.6 Raad voor de Rechtspraak....143
19.7 Autoriteit Persoonsgegevens....143
19.8 Adviescollege toetsing regeldruk....143
19.9 AFM....143
II. Artikelsgewijze toelichting....144

II. Artikelsgewijze toelichting

CONCEPT

I. Algemeen deel

1. Inleiding

1.1 Introductie

Zelfstandigen leveren een belangrijke bijdrage aan de Nederlandse economie en aan de welvaart in Nederland. Zij kunnen zelf hun werk vormgeven en zelf de voorwaarden waaronder zij dat werk doen bepalen, waardoor ze snel kansen kunnen grijpen. Bovendien is deze vrijheid op zich een reden voor veel zelfstandigen om als ondernemer hun werk in te richten.[1] Zelfstandigen zijn daarbij in grote mate tevreden met het werken als zelfstandige, het ondernemerschap draagt daardoor ook bij aan werkplezier.[2]

De regering hecht belang aan de in Nederland werkende zelfstandigen en aan hun welzijn. Dat betekent ook dat zij adequaat beschermd moeten zijn tegen het risico van arbeidsongeschiktheid. Arbeidsongeschiktheid is een risico dat zich gelukkig bij veel mensen nooit voordoet, maar dat, in het geval dat het toch zover komt, grote gevolgen kan hebben, zowel qua het verlies aan inkomen als de bredere impact op het leven. De afgelopen periode zijn zelfstandigen vrijgelaten in hun keuze om zich te verzekeren tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid. De overgrote meerderheid heeft zich niet verzekerd – deels omdat de beschikbare verzekeringen in de ogen van veel zelfstandigen te duur zijn, deels omdat sommige zelfstandigen zich niet kunnen laten verzekeren op de private markt, vanwege een lage risicoperceptie of om andere redenen. Daarom vindt de regering het noodzakelijk om, mede op advies van sociale partners en de Europese Commissie, in te grijpen.

Gekozen maatregel en beoogde doelen van dit voorstel
Als dit wetsvoorstel tot wet wordt verheven, wordt een verplichte verzekering tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen geïntroduceerd. Dit is wenselijk, omdat zo wordt gewaarborgd dat zelfstandigen ook in een inkomen worden voorzien als er daadwerkelijk sprake is van arbeidsongeschiktheid. Dit geldt ook voor zelfstandigen voor wie de private markt op dit moment niet toegankelijk is. Daarnaast worden werkenden zo gelijker behandeld: waar voor werknemers de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA) geldt, geldt voor zelfstandigen deze verzekeringsplicht. Dat zorgt voor een gelijker speelveld tussen werknemers en zelfstandigen, zodat de aard van het werk meer leidend wordt voor de vorm waarin dit wordt gedaan, dan institutionele verschillen. Het gelijker speelveld wordt ook tussen zelfstandigen onderling bewerkstelligd, nu zij allemaal verplicht verzekerd worden. Ten slotte is deze verplichtstelling van belang, omdat hiermee voor een groot gedeelte wordt voorkomen dat arbeidsongeschikte zelfstandigen een beroep doen op de algemeen beschikbare bijstand. Daarmee wordt afwentelen van risico's en kosten op de samenleving vermindert, en het draagvlak onder de sociale zekerheid verstevigt.

De invulling en uitvoering van deze verzekering is duaal. Van rechtswege is de zelfstandige publiek verzekerd. Indien de zelfstandige een andere verzekeringsbehoefte heeft, kan deze onder de in dit wetsvoorstel gestelde voorwaarden de verzekeringsplicht privaat invullen.

In dit hoofdstuk wordt eerst de opzet van het algemeen deel van deze toelichting uiteengezet. Vervolgens komt de aanleiding voor dit wetsvoorstel aan bod.

1.1 Opzet

Het algemeen deel van de memorie van toelichting bij dit wetsvoorstel is als volgt opgebouwd:

- Dit hoofdstuk beschrijft de aanleiding voor dit voorstel en geeft de opzet van het algemeen deel van de memorie van toelichting weer;
- Hoofdstuk 2 beschrijft de problemen die dit wetsvoorstel beoogt op te lossen;
- Hoofdstuk 3 beschrijft de doelen van, en de aard van de gekozen maatregel, inclusief afgevallen alternatieven;

[1] Kamerstukken II 2021/22, 29544, nr. 1112.
[2] WRR (2020). *Het betere werk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Paragraaf 3.2.

- Hoofdstuk 4 zet de kring van verzekerden uiteen die onder dit wetsvoorstel vallen, en beargumenteert tevens welke personen niet onder de kring van verzekerden vallen;
- Hoofdstuk 5 ziet op het recht op uitkering;
- Hoofdstuk 6 gaat in op de aspecten die de hoogte van de uitkering bepalen;
- Hoofdstuk 7 ziet op het claimbeoordelingsproces, herbeoordelingen en de mismatch tussen vraag en aanbod naar sociaal-medische beoordelingen;
- Hoofdstuk 8 ziet op de activering van zelfstandigen die ziek of arbeidsongeschikt (dreigen te) geraken;
- Hoofdstuk 9 ziet op de premieheffing en -inning door de Belastingdienst;
- Hoofdstuk 10 ziet op de mogelijkheid om door middel van het afsluiten van een private verzekering niet of niet langer publiek verzekerd te zijn en op de stabiliteitsbijdrage die wenselijk en noodzakelijk is om te komen tot een stabiel en houdbaar verzekeringsstelsel;
- Hoofdstuk 11 ziet op de informatie- en medewerkingsverplichting, terugvordering van de uitkering, het benodigde toezicht en handhaving;
- Hoofdstuk 12 ziet op de wenselijkheid en vormgeving van het overgangsrecht;
- Hoofdstuk 13 ziet op de benodigde gegevensdeling;
- Hoofdstuk 14 ziet op de ministeriële verantwoordelijkheid;
- Hoofdstuk 15 is in die zin een resthoofdstuk, waarbij verschillende onderwerpen worden behandeld;
- Hoofdstuk 16 ziet op de internationaalrechtelijke aspecten;
- Hoofdstuk 17 behandelt de financiële gevolgen van dit wetsvoorstel, inclusief arbeidsmarkteffecten en administratieve lasten;
- Hoofdstuk 18 ziet op de voorgenomen evaluatie;
- Hoofdstuk 19 behandelt de ontvangen inbreng op dit wetsvoorstel.

1.2 Aanleiding voor dit wetsvoorstel

1.2.1 Directe aanleiding

Een verplichte verzekering tegen arbeidsongeschiktheid voor alle zelfstandigen wordt voor het eerst genoemd als beleidsvoornemen door de overheid in het Pensioenakkoord.[3] Het Pensioenakkoord werd in 2019 gesloten door werkgeversorganisaties, werknemersorganisaties, het kabinet Rutte-III en enkele oppositiepartijen. Het bevat onder andere de afspraak dat er een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering komt voor zelfstandigen. In het akkoord noemen de betrokken partijen het belang van het verzekeren van zelfstandigen tegen het risico van (inkomensverlies bij) arbeidsongeschiktheid, het gelijker maken van het speelveld tussen zelfstandigen en werknemers en het verminderen van het afwentelen van risico's en kosten op de samenleving.

Naar aanleiding van deze afspraken heeft het kabinet Rutte-III sociale partners gevraagd om – in overleg met vertegenwoordigers van zelfstandigenorganisaties – een voorstel uit te werken dat betaalbaar en EMU-saldo neutraal is. In 2020 hebben de sociale partners het voorstel "Keuze voor zekerheid" uitgebracht, waarbij zij een voorstel hebben gedaan voor de vormgeving van de verplichtstelling.[4] Kern hierbij is dat zelfstandigen standaard verzekerd zijn voor langdurig inkomensverlies na ziekte of een ongeval, en dat – binnen de verplichting – zoveel mogelijk ruimte voor zelfstandigen wordt geboden om een verzekering af te sluiten die bij hen past.

Voor de regering is dit advies van groot belang geweest. De regering hecht namelijk zeer aan het overleg van en met sociale partners, in samenspraak met zelfstandigenorganisaties als het gaat om beleid dat zelfstandigen raakt, om tot nieuwe beleidsopties te komen voor de arbeidsmarkt en sociale zekerheid. In het overleg van sociale partners zit inherent een belangenafweging besloten, tussen werkenden en werkgevenden (werk- en opdrachtgevers), waardoor een gezamenlijk advies van sociale partners gedragen wordt door een belangrijk deel van de samenleving.

[3] Kamerstukken II 2019/20, 32043, nr. 457.
[4] Stichting van de Arbeid (2020). *Keuzes voor zekerheid*.

De afspraken uit het Pensioenakkoord, het advies van de Stichting van de Arbeid en de bevestiging van het advies door de Sociaal Economische Raad (SER)[5] hebben zijn weerslag gehad in afspraken in het coalitieakkoord van het kabinet Rutte-IV "Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst". Daarin is afgesproken dat er een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen komt. Daarbij moet de verzekering oneerlijke concurrentie tegengaan en moeten te grote inkomensrisico's voor individuen worden voorkomen. Ook is in het coalitieakkoord afgesproken dat de uitwerking van de arbeidsongeschiktheidsverzekering rekening houdt met de randvoorwaarden uit het Pensioenakkoord.

Het voorliggende wetsvoorstel is het gevolg van deze afspraken uit het coalitieakkoord. In de Kamerbrief hoofdlijnen arbeidsmarkt[6], Voortgangsbrief over werken met en als zelfstandige(n)[7] en de Kamerbrief voortgang uitwerking arbeidsmarktpakket[8] is de Tweede Kamer de afgelopen periode geïnformeerd over de voortgang van het voornemen te komen tot een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen, en over de keuzes die in eerdere stadia zijn gemaakt.

1.2.2 Brede maatschappelijke discussie

De aanleiding van het wetsvoorstel gaat verder terug dan het hiervoor aangehaalde Pensioenakkoord. Het is een resultante van een langdurige maatschappelijke discussie over de mate waarin zelfstandigen verzekerd zijn tegen arbeidsongeschiktheid, en de vraag of de overheid hierin zou moeten ingrijpen. Zo komt in een verkenningsstudie van de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) in 2017 de kwestie van het ontbreken van een collectieve arbeidsongeschiktheidsvoorziening voor zelfstandigen aan bod.[9] Het Centraal Planbureau (CPB) constateert in een Policy Brief in 2016 dat een kwart van de zelfstandigen onvoldoende financiële mogelijkheden heeft om in een minimuminkomen te voorzien als zij arbeidsongeschikt worden, en dat meer dan de helft van de zelfstandigen onvoldoende mogelijkheden heeft voor een vervangend inkomen op WIA-niveau. Eén op de twintig zelfstandigen heeft helemaal geen mogelijkheden om in een minimuminkomen te voorzien, waardoor zij een beroep op de bijstand zouden moeten doen als zij arbeidsongeschikt raken.[10]

Het blijft niet bij het signaleren van zorgpunten. Het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) "Zelfstandigen zonder personeel" beschrijft al in 2015 een aantal beleidsopties om de verzekeringsgraad tegen het risico van arbeidsongeschiktheid onder zelfstandigen te verhogen.[11] Zij stippen daarbij ook de kwestie aan van zelfstandigen die zich wel willen laten verzekeren, maar niet geaccepteerd worden door verzekeraars, of alleen met een beperking op de dekking. Ook het aspect dat een verzekering wordt gezien als te duur door een groot deel van de zelfstandigen wordt genoemd. Het IBO noemt twee doelen die beleidsmakers kunnen overwegen om het verschil in verzekering tussen werknemers en zelfstandigen te verkleinen: het verminderen van "institutionele verstoringen" en het vergroten van de bescherming van zelfstandigen. Als men vooral het eerste doel wil bereiken, dient gekozen te worden voor generieke, verplichte maatregelen, terwijl maatregelen die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen beter toegankelijk maken vooral bijdragen aan het tweede doel, schrijft het IBO.

Deze rapporten en adviezen vinden hun weerslag in het rapport van de Commissie Regulering van werk, dat onder voorzitterschap van Hans Borstlap in 2020 verscheen.[12] De Commissie constateert dat steeds meer zelfstandigen zich niet verzekeren tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. Volgens de Commissie is dat deels een eigen keuze, maar ligt dat ook aan de eisen die private

[5] SER (2021). *Zekerheid voor mensen, een wendbare economie en herstel van de samenleving*. Advies 21/08. Den Haag: Sociaal Economische Raad. P. 24.
[6] Kamerstukken II 2021/22, 29544 nr. 1112.
[7] Kamerstukken II 2022/23, 31311, nr. 246.
[8] Kamerstukken II 2022/23, 29544 nr. 1176.
[9] WRR (2017). *Voor de zekerheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
[10] CPB (2016). *Zelfstandigen en arbeidsongeschiktheid*. Policy Brief 2016/11. Den Haag: Centraal Planbureau.
[11] Rijksoverheid (2015). *IBO Zelfstandigen zonder personeel*.
[12] Commissie Regulering van werk (2020). *In wat voor land willen wij werken*?

verzekeraars stellen aan een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dat de zelfstandigen dan bij arbeidsongeschiktheid terugvallen op de bijstand, is volgens de Commissie niet de manier om de onvolkomenheden in de werking van de private markt te dichten. Het advies van de Commissie is daarom om een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor alle werkenden in te stellen. De overwegingen van de Commissie zijn daarbij enerzijds dat een stelsel voor alle werkenden goed aansluit bij de moderne arbeidsmarkt waarin werkenden steeds vaker, afwisselend of gelijktijdig, werknemer of zelfstandige zijn. Anderzijds levert een stelsel voor alle werkenden een bijdrage aan een gelijker speelveld. De Commissie ziet dit voor zich als een publiek uitgevoerde verzekering die basisinkomenszekerheid biedt, op het niveau van het bestaansminimum, met een wachttijd van een jaar.

Een aantal maanden na het advies van de Commissie Regulering van Werk heeft de Stichting van de Arbeid een advies uitgebracht dat gedragen wordt door werkgevers- en werknemersorganisaties, in overleg met vertegenwoordigers van zelfstandigenorganisaties. Net als de Commissie Regulering van Werk adviseert de Stichting dat er basisinkomenszekerheid voor (arbeidsongeschikte) zelfstandigen moet worden geboden. Anders dan de Commissie Regulering van Werk adviseert de Stichting een uitwerking van een specifieke arbeidsongeschiktheidsverzekering voor alleen zelfstandigen. De gegeven reden hiervoor is dat de situatie van werknemers en zelfstandigen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid volgens de sociale partners niet vergelijkbaar is, zoals de regering ook heeft onderkend.[13] Een gecombineerde verzekering zou bovendien een stelselverandering met zich meebrengen waarvan de uitwerking en implementatie te lang zou duren. Daardoor zouden zelfstandigen te lang zonder adequate mogelijkheden voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering zitten. De Stichting ziet geen reden om het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid voor werknemers aan zelfstandigen aan te passen.

Verdere belangrijke elementen in het voorstel van de Stichting van de Arbeid zijn:

- De uitvoering is in publieke handen. Het moet daarnaast mogelijk zijn om een gelijkwaardige of aanvullende verzekering op de private markt te kiezen. Omdat er risico's kleven aan het vormgeven van een opt-outmogelijkheid, adviseren de sociale partners wel om aanvullende voorwaarden te stellen aan alternatieve arrangementen die zelfstandigen zouden kunnen treffen.
- De sociale partners adviseren om zelfstandigen (eenmalig) een keuze te geven in hun eigenrisicoperiode. Zo geldt één jaar wachttijd na de eerste ziektedag voordat er recht bestaat op uitkering als standaardoptie, maar hebben zelfstandigen de mogelijkheid om deze bij te stellen naar een half jaar of twee jaar. Dit laatste heeft invloed op de te betalen premie.
- De sociale partners stellen verder dat de verzekering bedoeld is om het inkomensverlies op te vangen. Daarom adviseren zij een standaardverzekering op inkomensgerelateerd niveau met een maximumuitkering op het minimumloonniveau. Voor het arbeidsongeschiktheidscriterium zou aangesloten moeten worden bij de Wet WIA, omdat dit makkelijk in te voeren zou zijn en eenduidig is voor mensen die zowel werknemer zijn, als werken als zelfstandige.
- Het voorstel van de Stichting van de Arbeid beoogd budgetneutraal te zijn.

Zoals gezegd heeft het advies van de Stichting van de Arbeid als startpunt gefungeerd voor dit wetsvoorstel. Niet het gehele advies van de Stichting van de Arbeid is overgenomen. Dat heeft met name te maken met nadere inzichten en uitdagingen in het kader van de uitlegbaarheid, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid van dit wetsvoorstel. Deze opgedane inzichten en uitdagingen hebben ertoe geleid dat er een behoorlijke periode zit tussen het uitbrengen van het advies van de Stichting van de Arbeid, en de totstandkoming van dit wetsvoorstel.

Ten slotte is het van belang te benoemen dat het voorliggende wetsvoorstel aansluit op adviezen die vanuit de Europese Commissie over de onderverzekering van zelfstandigen tegen arbeidsongeschiktheid zijn gedaan de afgelopen jaren. Zo was één van de aanbevelingen in zowel 2019 als 2022 "*Adequate sociale bescherming voor zelfstandigen zonder personeel bevorderen,*

[13] Zie paragraaf. 3.4.

schijnzelfstandigheid aanpakken en prikkels om gebruik te maken van flexibele of tijdelijke contracten verminderen".[14] De invoering van een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen is opgenomen in de plannen van Nederland als voorwaarde voor de ontvangst van steungelden in het kader van het Herstel- en Veerkrachtplan (HVP) van de Europese Unie (maatregel 4.1H2).[15]

2. Probleemanalyse

2.1 Inleiding

In het maatschappelijk debat en literatuur spelen drie kernargumenten waarom er een rol is voor de overheid in de bescherming van zelfstandigen tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid:

- Ten eerste, dat te weinig zelfstandigen een goede en langdurige voorziening hebben die het arbeidsongeschiktheidsrisico indekt, wat veroorzaakt wordt door:
    - Het afzien van het sluiten van een verzekering door zelfstandigen;
    - dat sommige zelfstandigen zich niet goed (volledig) kunnen verzekeren op de private markt;
- Ten tweede, dat er een ongelijk speelveld bestaat tussen verzekerde zelfstandigen en onverzekerde zelfstandigen, en tussen werknemers en (onverzekerde) zelfstandigen. Onverzekerde zelfstandigen concurreren, door het ontbreken van een inkomensvoorziening bij arbeidsongeschiktheid, op een ongewenste manier op hun tarief met werknemers en verzekerde zelfstandigen;
- En tot slot, dat zelfstandigen door het ontbreken van een goede voorziening tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico vaker dan gewenst terugvallen op de algemene voorzieningen. Nu deze algemene voorzieningen een strenger en lager uitkeringsregime hanteren dan voorgestelde verzekering, worden (arbeidsongeschikt geraakte) zelfstandigen ook beter beschermd.

Hieronder gaat de regering in op de aard van deze problemen, en beschrijft de regering de mechanismes die hierachter schuilgaan.

2.2 Te weinig zelfstandigen hebben een voorziening die het risico op arbeidsongeschiktheid afdekt

Ziekte is iets dat iedereen kan overkomen. De ziekte of gebrek gaat niet alleen maar gepaard met gevolgen voor iemands gezondheid. Als gevolg van de ziekte kunnen mensen te maken krijgen met het langdurig wegvallen van inkomen. Ook voor de meeste zelfstandigen geldt dat, als zij niet hun oude werk kunnen verrichten, er (vrijwel) geen inkomsten meer binnenkomen. Het risico op arbeidsongeschiktheid is daarbij een risico dat mensen zelf niet, of in beperkte mate, in de hand hebben.

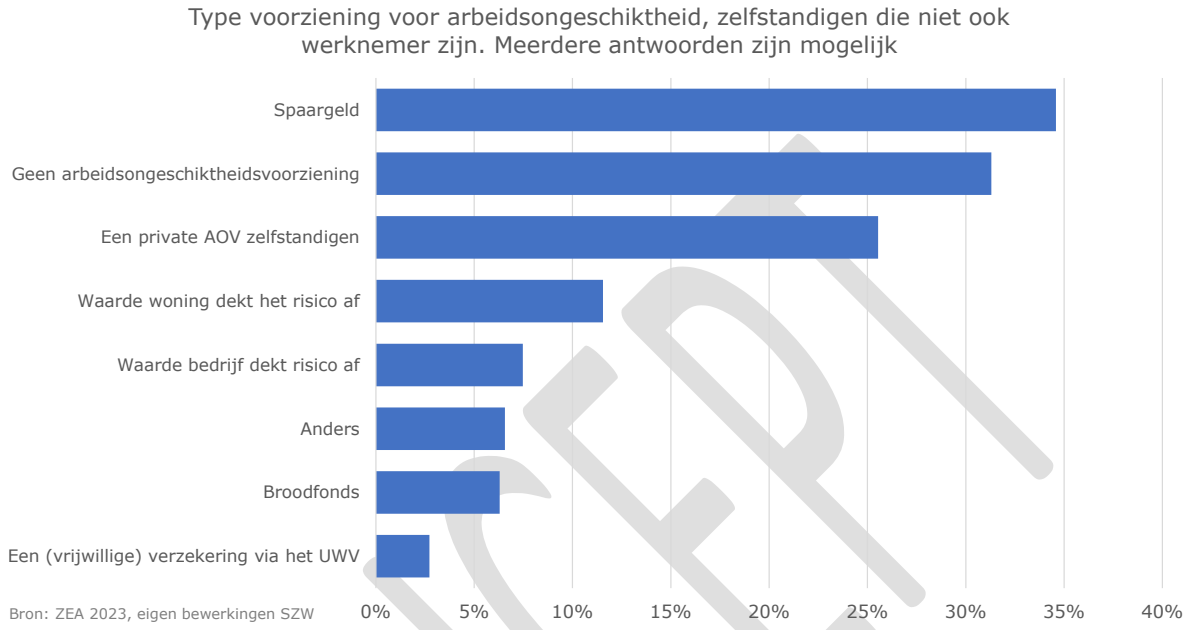
Hoewel het risico om arbeidsongeschikt te worden beperkt is, zijn de gevolgen daarvan groot. De inkomensterugval waarmee arbeidsongeschiktheid gepaard gaat, is daarbij vaak langdurig.

Omdat arbeidsongeschiktheid een risico is dat eenieder kan overkomen, ligt het in de rede dat daarop wordt geanticipeerd. Dat kan – en dat gebeurt ook – op verschillende manieren. Ten eerste kan dit door een vervangend inkomen te regelen, via een verzekering[16] of via een schenkkring. Daarbij geldt dat verzekeringen, privaat of via een vrijwillige verzekering bij het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV), vaak langdurig dekking bieden, en schenkkringen vaak maar tijdelijk. Ten tweede kan het arbeidsongeschiktheidsrisico ondervangen

[14] https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10172-2019-INIT/nl/pdf (2019), https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9766-2022-INIT/nl/pdf (2022).
[15] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/10/10/definitief-nederlands-herstel-en-veerkrachtplan.
[16] Al dan niet door naast het werken als zelfstandige ook via werk in loondienst verzekerd te zijn voor de werknemersverzekeringen.

worden door terug te vallen op een eventuele andere bron in het huishouden. Het kan hierbij gaan om opgebouwd vermogen (spaargeld, beleggingen, opgebouwd vermogen in onderneming of huis) of het inkomen van een partner.

Voorzieningen
Onderstaande figuur toont hoeveel zelfstandigen zelf aangeven een voorziening tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid te hebben, en welke voorzieningen dat zijn.



Hieruit blijkt dat ongeveer een kwart van de zelfstandigen (die niet ook als werknemer werkt) een verzekering heeft die uitkeert bij arbeidsongeschiktheid. Deze groep is, afhankelijk van de polisvoorwaarden zoals uitkeringsduur, redelijk tot goed beschermd.

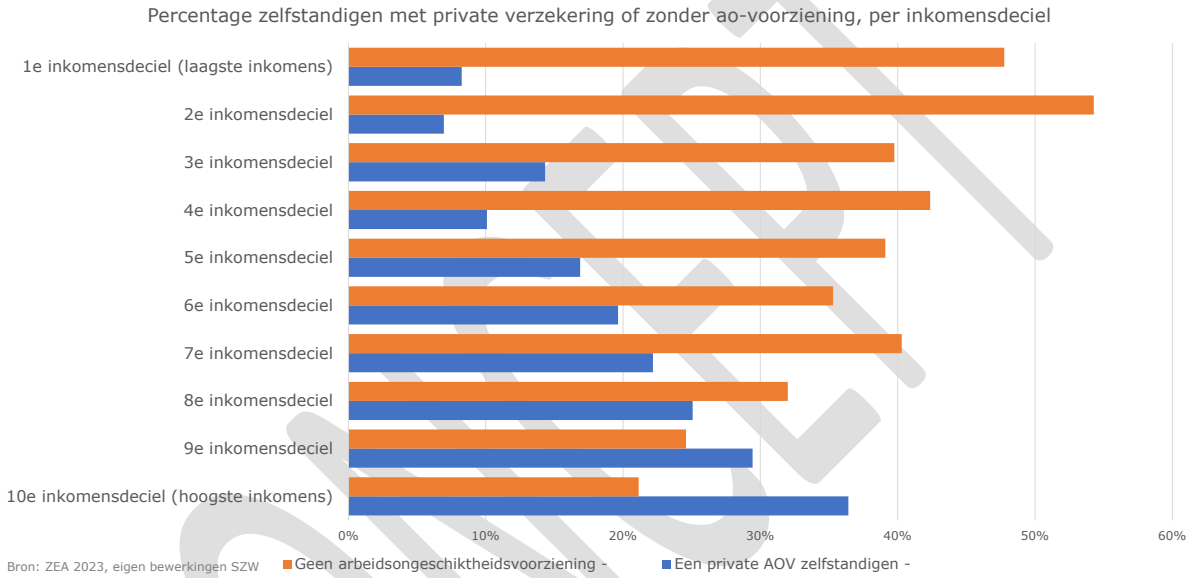
Aan de andere kant van het spectrum heeft ongeveer een derde van de zelfstandigen helemaal geen voorziening tegen arbeidsongeschiktheid. Deze groep loopt daarmee het grootste risico op een sterke inkomensterugval.
Tussen deze twee groepen in zitten zelfstandigen die wel een voorziening hebben om op terug te vallen, zoals spaargeld, ander soort vermogen of partnerinkomen. Zij hebben het risico op inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid echter alleen onder voorwaarden, of niet langdurig ingedekt. Zo kan het terugvallen op vermogen of partnerinkomen acute financiële problemen voorkomen, maar het voorkomt niet dat het huishoudinkomen lager wordt. Daarnaast kan het zijn dat het opgebouwde vermogen op een gegeven moment "op" is, of de partner van wiens inkomen de zelfstandige afhankelijk is, ook zijn bron van inkomsten verliest of de relatie met de ziek of arbeidsongeschikt geworden zelfstandige verbreekt. De regering maakt zich daarom niet alleen zorgen om zelfstandigen die helemaal geen voorziening hebben tegen arbeidsongeschiktheid. Ook als men terugvalt op spaargeld of beleggingen is namelijk vaak een grote buffer nodig om de periode tussen het arbeidsongeschikt worden en herstel (of pensionering dan wel overlijden) te overbruggen. De Stichting van de Arbeid concludeerde in 2020 al dat er €100.000 nodig is aan vermogen, om zeven jaar op bijstandsniveau rond te komen.[17]

Onderliggend zijn er flinke verschillen in de manieren waarop, en mate waarin verschillende groepen zelfstandigen zijn beschermd tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid. Zo zijn mannen (31%) vaker privaat verzekerd dan vrouwen (22%) en hebben vrouwen (39%) vaker dan

[17] Stichting van de Arbeid (2020). *Keuzes voor zekerheid*. P. 10.

mannen (31%) geen enkele voorziening. Ook heeft de leeftijdsgroep 55+ minder vaak een private verzekering (20%), ten opzichte van de leeftijdsgroep 15-44 (31%).[18]

Kwetsbare groepen
Ook per inkomensgroep zijn de verschillen groot. Onderstaande figuur toont de twee uiterste situaties van bescherming tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico, namelijk het percentage binnen de inkomensgroep dat zegt privaat verzekerd te zijn en het percentage dat zegt geen enkele inkomensvoorziening te hebben voor arbeidsongeschiktheid. Deze zijn uitgesplitst naar inkomensgroep. Bij de laagste inkomens is weliswaar de bijstand qua inkomensniveau gelijk aan het verzekerde belang voor deze verzekering, wat (ook) een reden kan zijn waarom de verzekeringsgraad beperkt is onder deze groepen, maar dat laat onverlet dat deze groep eerst het partnerinkomen en opgebouwd vermogen moet aanspreken voordat een recht op uitkering ontstaat.



Uit de Zelfstandige Enquête Arbeid is in de laatste jaren een licht stijgende lijn te ontwaren van zelfstandigen die aangeven een voorziening te treffen. De enquête constateert dat in 2019 nog 60% van de zelfstandigen het risico indekt, en in 2021 64%. Daarbij moet worden opgemerkt dat de stijging van de laatste jaren komt doordat meer zelfstandigen een alternatieve voorziening hebben, zoals spaargeld of beleggingen. De verzekeringsgraad van zelfstandigen is juist de laatste jaren niet gestegen. Uit de Zelfstandigen Enquête Arbeid blijkt dat de verzekeringsgraad zeer licht gedaald is van 25% in 2021, naar 24% in 2023.

Deze cijfers baren de regering zorgen. Buitenhuis concludeerde bovendien dat juist de zelfstandigen met het minste vermogen, ook vaak niet verzekerd zijn.[19] SEO geeft aan dat mensen met een laag inkomen minder mogelijkheden hebben om te sparen; zij hebben een groter deel van hun inkomen nodig voor consumptie.[20] Zij zijn daardoor meer aangewezen op een verzekering. Het CBS constateerde dat er een verband is tussen de financiële situatie van ondernemingen, en de mate waarin een voorziening getroffen is om het arbeidsongeschiktheidsrisico in te dekken. Bij een zeer goede financiële situatie is er in zeer grote mate een voorziening afgesloten (84%), bij een slechte financiële situatie in veel mindere mate (42%), zie onderstaande figuur.

[18] Zelfstandigen Enquête Arbeid 2023, subgroep niet-hybride ondernemers.
[19] M. Buitenhuis (2020). *Zelfstandigen met weinig vermogen ook vaak niet verzekerd*. ESB 105 (4782).
[20] SEO (2014). *Nieuw ontwerp sociaal beleid*. Amsterdam: SEO economische onderzoek. P. 13.

Ook als het niet gaat om zelfstandigen met een laag inkomen, kan de inkomensterugval bij arbeidsongeschiktheid groot zijn. Daardoor kan het voorkomen dat mensen onverwachts hun levensstandaard moeten aanpassen.

Conclusie
De regering concludeert dat een groot deel van de zelfstandigen – zo'n driekwart – niet verzekerd is tegen het risico op arbeidsongeschiktheid. Een deel van hen kan (naar eigen zeggen) acute problemen voorkomen doordat ze zijn aangesloten bij een schenkkring, kunnen terugvallen op eigen vermogen of op inkomen van een partner. Deze voorzieningen zijn vaak echter geen volwaardige alternatieven voor een verzekering op de lange termijn; ze vormen vaak een (te) kortdurende oplossing als de arbeidsongeschiktheid van lange duur is. Tot slot is er een groep zelfstandigen van aanzienlijke omvang die geen enkele voorziening heeft en die bij het arbeidsongeschikt worden, terugvalt op de bijstand. Dit gaat met name om kwetsbare zelfstandigen met minder eigen vermogen. De regering vindt dat een zeer onwenselijke situatie.

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de vraag waarom er maar beperkt een arbeidsongeschiktheidsverzekering wordt afgesloten.

2.3 Waarom zelfstandigen niet altijd een verzekering willen en kunnen afsluiten

Van 1998 tot 2004 gold de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ; zie paragraaf 3.6.2 voor een nadere duiding van die wet). De WAZ bepaalde dat alle zelfstandigen van rechtswege verzekerd waren tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. De premisse van het afsluiten van de toegang tot de WAZ in 2004 was dat zelfstandigen zelf de weg naar de private markt zouden weten te vinden. Bovendien had zo'n 46% van de zelfstandigen zonder personeel bovenop de WAZ een aanvullende private verzekering.[21]

Nu er twintig jaar is verstreken sinds de toegang tot de WAZ is gesloten, kan er geen sprake meer van zijn dat zelfstandigen en de markt zich nog moeten aanpassen aan de situatie dat er geen publieke voorziening meer is. Al lange tijd is geprobeerd om aan de ene kant te investeren in het voorkomen van uitstelgedrag en risico-onderschatting bij zelfstandigen en aan de andere kant de private verzekeringsmarkt toegankelijker te maken. De verzekeringsgraad is niet gestegen. Ook is deze ontwikkeling niet los te zien van het aantal zelfstandigen (zonder personeel) dat de afgelopen twintig jaar sterk is toegenomen.[22] Dit geldt ook in relatieve zin: een veel groter deel van de beroepsbevolking is inmiddels zelfstandige.

2.3.1 Zelfstandigen zien af van het sluiten van een verzekering

Het niet tot stand komen van een verzekering heeft enerzijds te maken met de aanbodzijde van de verzekeringsmarkt, waarop wordt ingegaan in de volgende paragraaf. Anderzijds speelt dat arbeidsongeschiktheid een risico is dat voor de meeste mensen slecht te bevatten en in te schatten is.[23] Dat komt mede doordat er sprake is van een risico met langdurige consequenties. Arbeidsongeschiktheid kan, afhankelijk van de leeftijd waarop iemand arbeidsongeschikt raakt, een inkomensterugval van tientallen jaren – van het begin van de werkzame carrière tot de AOW-gerechtigde leeftijd – veroorzaken. Mensen zijn zich er wel van bewust dat dit en soortgelijke risico's bestaan, maar zij kunnen slecht overzien hoe lang het risico mogelijk kan optreden, en ze stellen het afsluiten van een verzekering uit.[24] Bovendien geldt dat niet verzekerd zijn natuurlijk op de korte termijn – en bij uitblijven van arbeidsongeschiktheid ook op de lange termijn – financieel voordeliger is, doordat er geen premie hoeft afgedragen te worden. Opbrengsten in de toekomst – zoals een potentiële uitkering – wegen voor mensen minder zwaar dan opbrengsten in het heden – zoals het besparen van op te brengen premie. Opbrengsten in de toekomst worden teruggerekend naar het heden met een discontovoet. De mate van tijdsvoorkeur bepaalt de discontovoet: mensen met een sterke voorkeur voor huidige opbrengsten hanteren een hoge

[21] APE (2009). *Evaluatie Einde WAZ*. Den Haag: APE. P. 26.
[22] Zie onder meer de toelichting bij het Wetsvoorstel verduidelijking beoordeling arbeidsrelaties en rechtsvermoeden.
[23] Zie uitgebreid, met verwijzingen: OESO (2019). *Input to the Netherlands independent commission on the regulation of work*. Paragrafen 5.3.3 en 5.3.4.
[24] Verbond van Verzekeraars (2010). *Maximale toegang voor zelfstandigen*.

discontovoet. Bovendien wordt voor korte termijn keuzes een hogere discontovoet gebruikt dan voor lange termijn keuzes. Dit maakt dat opbrengsten vandaag veel sterker wegen dan opbrengsten morgen en goede voornemens steeds worden uitgesteld.[25] Hiermee kan een verklaring worden gevonden waarom zelfstandigen het afsluiten van een verzekering nalaten; ze vinden met name dat de gepercipieerde baten niet opwegen tegen de kosten.

Als van de daadwerkelijke kosten wordt geabstraheerd, blijkt dat het draagvlak voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen onder zelfstandig ondernemers bij een lage premie (2% als premie over het maandinkomen) erg hoog ligt – bijna 80% van de ondernemers is dan voor een verplichte verzekering – en sterk daalt naarmate de maandelijkse premie stijgt.[26]

Onderstaande figuur toont overkoepelend de redenen die zelfstandigen die zich niet verzekeren tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico, zelf aandragen.

Bron: ZEA 2021. eigen bewerkingen SZW

Een deel van de zelfstandigen vindt dat een verplichting tot verzekerd worden niet past bij het (zelfstandig) ondernemerschap. Risico nemen beschouwen zij als een integraal onderdeel daarvan. Ook geldt dat sommige zelfstandigen zich niet goed kunnen voorstellen dat zij misschien ooit mindere tijden meemaken, wat optimism bias wordt genoemd.

Daarnaast kunnen zelfstandigen last hebben van de status quo bias, waardoor zij geneigd zijn om te blijven bij de standaardsituatie – geen enkele voorziening tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico – omdat daarvan afwijken complex is of moeite kost.[27] Bij het niet goed overzien van de risico's en het uitstellen van het afsluiten van de verzekering, komt dat veel zelfstandigen het afsluiten van een verzekering ingewikkeld vinden, en mede daarom afzien van het afsluiten van een verzekering.[28] In het geval van het afsluiten van een private verzekering moet men bijvoorbeeld onderzoeken welke producten beschikbaar zijn, welke producten bovendien passend zijn en in sommige gevallen ook een aanvullend onderzoek ondergaan, voordat een

[25] Thaler R. en Sunstein, C. (2009). *Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness*. Penguin Books: London.
[26] Zie SEO (2019). *Keuzes in sociale zekerheid*. Amsterdam: SEO economisch onderzoek. P. 17.
[27] SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO economische onderzoek. P. 16-18. SEO wijst er wel op dat er aanwijzingen zijn dat zelfstandigen minder vatbaar zijn voor de status quo bias; omdat zij openstaan voor nieuwe opties.
[28] SEO (2014). *Nieuw ontwerp sociaal beleid*. Amsterdam: SEO economische onderzoek.

CONCEPT

verzekering kan worden afgesloten. Daarbij speelt eveneens dat bij het intreden van de arbeidsongeschiktheid, zelfstandigen als uiterste vangnet nog kunnen terugvallen op de bijstand.

Zelfstandigen geven tevens aan dat zij bang zijn voor de voorwaarden in de verzekeringspolis.[29] Zij sluiten niet uit dat als wel een verzekering is afgesloten, er toch na het ziek worden een uitzonderingsclausule van toepassing is, waardoor toch niet uitgekeerd wordt.

Ten slotte is waarschijnlijk dat niet alle zelfstandigen een mogelijkheid zien om de daadwerkelijke kosten van een verzekering door te berekenen aan de opdrachtgever, waardoor hun besteedbare inkomen evenredig lager wordt.[30]

Uit het voorgaande kan de conclusie worden getrokken dat als zelfstandigen "aan hun lot worden overgelaten" als het aankomt op risico's als arbeidsongeschiktheid, velen van hen niet de keuze maken die rationeel beter voor hen is: een arbeidsongeschiktheidsvoorziening regelen.

. Bij het afsluiten van de toegang tot de WAZ was de overtuiging dat zelfstandigen beter dan werknemers in staat zouden zijn om, als dat objectief gewenst zou zijn, een arbeidsongeschiktheidsvoorziening te regelen. Immers, als ondernemers zijn zij gewend om lang vooruit te kijken en risico's te wegen, was de gedachte. Op basis van het feit dat een aanzienlijk deel geen adequate voorziening heeft en dat nog sterker geldt voor kwetsbare zelfstandigen, concludeert de regering dat deze vooronderstelling niet correct is.

2.3.2 Sommige zelfstandigen kunnen zich niet goed laten verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid
Voor het grootste gedeelte van de zelfstandigen is de private markt toegankelijk.[31] Voor hen geldt dat de private markt werkt of kan werken: verzekeraar en (aspirant-)verzekerde komen met het sluiten van een verzekeringsovereenkomst tot een wederzijds voordelige economische transactie.

Dat neemt niet weg dat dat niet het geval is voor een substantieel aantal zelfstandigen. Zij kunnen of helemaal geen verzekering afsluiten, of enkel met een beperking op de dekking of met een risico-opslag. Dat kan om verschillende redenen en in verschillende situaties aan de orde zijn. Zo kan de verzekeraar een technische eindleeftijd hanteren die lager ligt dan de AOW-gerechtigde leeftijd. Bij deze leeftijd stopt de verzekering en de eventuele uitkering. Een technische eindleeftijd wordt gehanteerd bij (sommige) zware beroepen, waarbij de verzekeraar vanwege het arbeidsongeschiktheidsrisico dat gepaard gaat met de leeftijd en beroep, geen betaalbare premie meer in rekening kan brengen. Ook hebben sommige zelfstandigen te maken met medische uitsluitingen, waardoor zij voor een bepaald medisch risico dat zij persoonlijk lopen, niet verzekerd kunnen worden. Dat is ingewikkeld, omdat het eigen medisch risico voor mensen soms juist de reden is om verzekerd te willen zijn.

Voor een deel van de zelfstandigen is een technische eindleeftijd of medische uitsluiting een gegeven, zij kunnen daar geen noemenswaardige invloed op uitoefenen. Hoewel zij misschien liever een verzekering hadden afgesloten zonder deze beperking, sluiten zij toch een verzekering onder voorwaarden af. Voor sommige zelfstandigen geldt echter dat zij zich geheel niet kunnen laten verzekeren. Volgens de ZEA 2021 gaf zo'n 5,7% van de zelfstandigen aan geen verzekering te kunnen krijgen om deze redenen. Dit strookt ook met gegevens van het Verbond van Verzekeraars.[32] Bij benadering tussen de 6% en 6,5% van de zelfstandigen die een private verzekering aanvragen, zijn onverzekerbaar. Dat houdt in dat deze groep zelfstandigen ook niet

[29] WRR (2020). *Het betere werk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. P. 68.
[30] Zie ook paragraaf 17.4 en SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
[31] Als illustratie: uit de Evaluatie einde WAZ (2009) blijkt uit gegevens van een grote verzekeraar dat in 2008 circa 82% van de aanvragen zonder meer wordt geaccepteerd. Een kanttekening bij dit percentage is dat onbekend is hoeveel zelfstandigen géén aanvraag doen omdat ze zelf al verwachten dat ze moeilijk of niet verzekerbaar zijn, of een adviseur ze daarover informeert.
[32] Kamerstukken II 2022/23, 36410-XV, nr. 12, vraag en antwoord 174.

met een opslag op de premie, met een technische eindleeftijd of een beperking op de dekking (uitsluiting van bepaalde ziektebeelden) door een private verzekeraar geaccepteerd wordt.[33]

Daarnaast heeft de verzekeraar geen acceptatieplicht. Bij het afsluiten van de private verzekering is de zelfstandige gehouden om de gezondheidsverklaring naar waarheid in te vullen. Als uit de voorgeschiedenis van de zelfstandige blijkt dat er sprake is van een verhoogd risicoprofiel, kan de verzekeraar een risico-opslag in rekening brengen, voorwaarden aan de verzekering verbinden (de dekking beperken) of de betrokkene helemaal niet accepteren. Dat laatste gebeurde volgens de ZEA 2021 voor zelfstandigen in 4,4% van de gevallen.

Als een zelfstandige op medische gronden niet wordt geaccepteerd, is er de mogelijkheid van de private vangnetverzekering. Deze verzekering biedt op minimumniveau tegen een gemaximeerde premie een verzekering. Als een van de vereisten geldt dat de zelfstandige binnen vijftien maanden na de start als ondernemer, deze verzekering moet aanvragen. Mede hierdoor wordt de weg naar die verzekering beperkt gevonden en biedt deze maar beperkt soelaas.[34]

Tot slot is er voor een kleine groep zelfstandigen de mogelijkheid om een vrijwillige verzekering bij UWV af te sluiten, als de zelfstandigen niet wordt geaccepteerd door de private verzekeraar. Deze verzekering kent geen voorafgaande medische beoordeling. Wel dient de zelfstandige in het verleden verzekerd te zijn geweest vanwege werkzaamheden in loondienst, en binnen dertien weken na het einde van de verplichte verzekering zich te melden voor een vrijwillige verzekering.[35] Hiermee is de vrijwillige verzekering niet een voldoende toegankelijk alternatief voor de groep zelfstandigen als geheel.

Aan zowel het alternatief van de private vangnetverzekering, als de vrijwillige verzekeringen bij het UWV, zijn aanmeldtermijnen verbonden. Die aanmeldtermijnen verhouden zich echter slecht tot het in de vorige paragraaf gesignaleerde uitstelgedrag. Het loslaten van deze aanmeldtermijnen, lijdt echter tot averechtse selectie. Het risico van verlengen van aanmeldtermijnen is dat met name zelfstandigen die ziek zijn dan wel dreigen te worden, zich aanmelden. Bij deze selectie ontstaat het risico dat de risicosolidariteit wordt ondergraven. Dit is ook de reden waarom de overheid toentertijd – in reactie op het SER-advies "Zzp'ers in beeld: Een integrale visie op zelfstandigen zonder personeel" uit 2010 – heeft afgezien van een verlenging van de aanmeldtermijn voor de publieke vrijwillige verzekering naar een jaar.[36]

De bovenstaande beperkingen van het huidige stelsel zijn de logische gevolgen van de gekozen invulling, waarbij de verzekering tegen arbeidsongeschiktheid primair is overgelaten aan de private markt. Immers, de markt heeft als doel om tot wederzijds voordelige economische transacties te komen. Als een zelfstandige om medische redenen "te duur" is voor een verzekeraar, zal de verzekeraar proberen het risico te normaliseren via bijvoorbeeld een beperking in de dekking, of in het uiterste geval niet tot een aanbod komen. De regering vindt het echter onwenselijk dat sommige zelfstandigen zich daardoor niet kunnen laten verzekeren. Voor hen bestaat immers geen volwaardig alternatief, dan wel worden eisen gesteld waar men niet altijd aan kan voldoen (zie de aanmeldtermijnen). Des te meer omdat dit probleem, min of meer per definitie, mensen treft die een verhoogd arbeidsongeschiktheidsrisico hebben – door hun medische omstandigheden, dan wel door het werk dat zij doen. Zij hebben daardoor extra noodzaak om zich te verzekeren tegen het inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid, maar kunnen dat in het huidige stelsel maar tot op een zekere hoogte doen.

[33] Wat ouder onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen geeft het volgende beeld: *Ongeveer drie procent van de zelfstandigen die zich wil verzekeren is geweigerd, en ongeveer acht procent van de aanvragers zet de aanvraag niet door als blijkt dat de verzekeraar aanvullende eisen stelt ten aanzien van de verzekering, zoals opslagen of uitsluiting*. Rijksuniversiteit Groningen en Verbond van Verzekeraars (2014). *Werk maken van een nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. P. 9.
[34] Kamerstukken II 2018/19, 29544, nr. 854.
[35] Artikelen 18 en 19 Wet WIA.
[36] Kamerstukken II 2013/14, 29544, nr. 512.

2.4 Ongelijk speelveld tussen werknemers en zelfstandigen door uiteenlopende verplichtingen rondom het arbeidsongeschiktheidsrisico

Eén van de gevolgen van het ontbreken van een verzekeringsplicht is dat er ten aanzien van het arbeidsongeschiktheidsrisico sprake is van ongewenste concurrentie op arbeidsvoorwaarden tussen verzekerde zelfstandigen en onverzekerde zelfstandigen, en tussen werknemers en zelfstandigen. Daardoor is er sprake van een ongelijk speelveld tussen die groepen, waaruit verschillende verkeerde prikkels volgen.

Gelijk speelveld tussen zelfstandigen onderling

De huidige situatie leidt tot ongewenste concurrentie tussen zelfstandigen onderling. Immers, het is voor zelfstandigen (op korte termijn) aantrekkelijk om zich niet te verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid, omdat zij daardoor goedkoper uit zijn en dus tegen aantrekkelijkere tarieven kunnen werken dan zelfstandigen die zich wel verzekeren.

Daarnaast is het voor een gedeelte van de zelfstandigen niet mogelijk om een verzekering af te sluiten. Door de acceptatieplicht die dit wetsvoorstel ook voor de publieke verzekering behelsd, kunnen zij ook een publieke verzekering krijgen. Op beide manieren draagt een verplichtstelling bij aan een gelijker speelveld.

Gelijk speelveld tussen zelfstandigen en werknemers

Het ongelijke speelveld omvat meer dan alleen het verzekeren van inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid. Het gaat om fiscale verschillen en verschillen in arbeidsvoorwaarden in den brede.

In verschillende adviezen worden deze kostenverschillen ook gezien als problematisch. Immers, daardoor ontstaat ongewenste concurrentie tussen zelfstandigen en werknemers – niet gebaseerd op de kwaliteit-prijsverhouding van het werk dat wordt geleverd, maar op de kosten die horen bij de vorm waarin het werk wordt gedaan. Zo concludeert het IBO "Zelfstandigen zonder personeel" dat het aannemelijk is dat de snelle groei van het aantal zzp'ers in Nederland is ontstaan door verschillen in fiscale behandeling en door uitsluiting van sociale premies. Het IBO wijst erop dat deze oneerlijke concurrentie het maatschappelijk draagvlak onder het socialezekerheidsstelsel mogelijk onder druk kan zetten.[37] De Commissie Regulering van Werk beschrijft ook dat de verschillen in behandeling tussen zelfstandigen en werknemers druk genereren om de kosten en risico's rondom werk, en niet de aard van het werk, leidend te laten zijn bij het juridisch vormgeven van een arbeidsrelatie. Ook deze Commissie ziet dat als problematisch, omdat het zorgt voor druk op de kwalificatie van de arbeidsrelatie, en ertoe kan leiden dat sociale risico's rondom werk worden afgewenteld op het collectief.[38] Ook de WRR doet in het rapport "Het betere werk" de aanbeveling dat ongewenste concurrentie tussen werkenden moet worden tegengegaan. Goed werk betekent volgens de WRR namelijk onder andere dat mensen grip hebben op geld, wat zij interpreteren als het hebben van werk dat voldoende (financiële) zekerheid oplevert, ook in verhouding tot anderen. Mede daarom adviseren zij om te komen tot een eerlijker speelveld, ook voor zelfstandigen.[39]

De regering deelt de analyse uit deze rapporten. De ongelijke behandeling van zelfstandigen en werknemers zorgt voor ongewenste concurrentie. Zelfstandigen kunnen daardoor goedkoper zijn voor werkgevenden, en werken als zelfstandige levert voor de werkende qua vrij besteedbare ruimte meer op dan als hij of zij dat werk verricht in loondienst. Zo wordt het voor werkenden aantrekkelijker om werk als zelfstandige te verrichten, en voor werkgevenden om te kiezen voor

[37] Kamerstukken II 2015/16, 31311, bijlage bij nr. 154, p. 37 tot en met 39 en bijlage 4. De verschillen tussen werknemers, IB-ondernemers en directeur-grootaandeelhouders zijn indicatief, gezien het IBO in 2015 plaatsvond.
[38] Kamerstukken II 2020/21, 29544, nr. 960.
[39] WRR (2020). *Het betere werk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. P. 26.

zelfstandigen in plaats van werknemers die in dienst moeten worden genomen. Zo kan het ongelijke speelveld zorgen voor een oneigenlijke prikkel om werk te verrichten als zelfstandige.

Schijnzelfstandigheid
Daarnaast heeft de ongelijke behandeling van zelfstandigen en werknemers consequenties voor de samenleving. Het werkt namelijk het werken als zelfstandige in de hand, terwijl de werkende op basis van het arbeidsrecht een arbeidsovereenkomst zou hebben. Hoewel de eerste stap om schijnzelfstandigheid tegen te gaan ligt in handhaving, zet het verkleinen van verschillen in behandeling, de kwalificatievraag minder onder druk.

Schijnzelfstandigheid is problematisch, met name omdat schijnzelfstandigen aan de basis van de arbeidsmarkt extra kwetsbaar zijn. Als zelfstandige zijn zij niet automatisch beschermd tegen sociale risico's als werkloosheid en arbeidsongeschiktheid. Zij zijn niet verplicht daar extra voorzieningen voor te treffen en doen dat vaak ook niet zelf, of kunnen dat niet doen. Los daarvan is schijnzelfstandigheid slecht voor de solidariteit binnen het sociale en fiscale stelsel, en zorgt het voor een ongelijk speelveld tussen werknemers en zelfstandigen. Daar komt bij dat zelfstandigen zonder personeel – en vooral schijnzelfstandigen – gemiddeld minder investeren in scholing en ontwikkeling dan werknemers. Bij "echte" ondernemers staan daar de baten van innovatie en potentiële doorgroei naar zelfstandigen met personeel tegenover. Dat geldt echter niet voor schijnzelfstandigen. Het terugdringen van schijnzelfstandigheid draagt op die manier bij aan economische groei.

De afgelopen jaren hebben verschillende kabinetten daarom stappen gezet om de verschillen in behandeling tussen zelfstandigen en werknemers te verkleinen. Sinds 2020 wordt de zelfstandigenaftrek bijvoorbeeld geleidelijk verlaagd, van €7.280 in 2019 naar €900 vanaf 2027. De regering wil het ongelijke speelveld echter op meerdere vlakken verkleinen. Door het wel verzekerd zijn van werknemers tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid, en het niet verplicht verzekerd zijn van zelfstandigen, genieten zelfstandigen kostenvoordelen ten opzichte van werknemers.

De regering ziet het instellen van een voorziening voor zelfstandigen waarbij zij, net als werknemers, verzekerd worden tegen arbeidsongeschiktheid, daarom niet alleen als een belangrijke manier om hen te beschermen tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. Het vormt ook een stap om ongewenste concurrentie tussen zelfstandigen en werknemers te verkleinen, en daarmee het werken als zelfstandige om louter financiële motieven tegen te gaan.

Nastreven van een (volledig) gelijk speelveld tussen zelfstandigen en werknemers
Op dit moment bestaan er, zoals gezegd, te grote kostenverschillen tussen werknemers en zelfstandigen op het vlak van het ziekte- en arbeidsongeschiktheidsrisico. Dat de regering die wil wegnemen, wil niet zeggen dat de regering ernaar streeft om een volledig gelijk speelveld tussen werknemers en zelfstandigen te creëren. Sommige verschillen in de fiscale, sociale- en arbeidsrechtelijke behandeling van zelfstandigen en werknemers zijn gerechtvaardigd en wenselijk. Werknemerschap en ondernemerschap zijn specifieke vormen van een arbeidsrelatie, die een eigen functie en waarde hebben in de samenleving, en die de voorwaarden nodig hebben die goed werknemerschap en goed ondernemerschap mogelijk maken. Daar passen enige verschillen in behandeling bij.

De regering wenst zelfstandigen en werknemers gelijk te behandelen met betrekking tot risico's die hen op gelijke wijze treffen en waar ze op gelijke wijze (al dan niet) invloed op hebben. Zo hebben zowel werknemers als zelfstandigen recht op een inkomensvoorziening bij zwangerschap en bevalling, via de Wet arbeid en zorg. Inkomensterugval die zou resulteren in het stoppen met werken rondom de zwangerschap en bevalling, zou niet voor rekening van werkenden moeten komen, en voorkomen moet worden dat werkenden uit financiële nood gedwongen worden om laat in de zwangerschap of vlak na de bevalling door te werken – of zij nu werknemer zijn of zelfstandige.

Risico's waar zelfstandigen meer invloed op hebben dan werknemers, horen in grotere mate voor rekening en risico voor zelfstandigen te komen. Immers, de kern van het ondernemerschap is dat

ondernemers risico's dragen voor eigen rekening, terwijl hun resultaten ook voor eigen rekening zijn. Daardoor kunnen zij met grote autonomie invulling geven aan hun werk. Dit betekent dat het bijvoorbeeld niet logisch is om een voorziening tegen vraaguitval bij de onderneming (werkloosheid) verplicht te stellen. Op die mogelijke vraaguitval hebben zelfstandigen, anders dan werknemers, ook meer grip. Zij hebben immers invloed op de eigen werkvoorraad. Een dergelijk risico hoort bij het ondernemerschap.

Het risico op (inkomensuitval door) arbeidsongeschiktheid ziet de regering als een risico dat werknemers en zelfstandige in vrijwel dezelfde mate kan treffen. Ziek worden kan iedereen overkomen, en de mate waarin dat impact kan hebben op het persoonlijk inkomen, ook op de lange termijn, is voor elk mens lastig in te schatten. Daarom kiest de regering ervoor om dit risico voor zowel werknemers als zelfstandigen verplicht te verzekeren.[40]

Echter, de fundamentele verschillen tussen zelfstandig ondernemerschap en werknemerschap bieden aanleiding om het stelsel rondom arbeidsongeschiktheid anders in te richten voor zelfstandigen dan voor werknemers. De regering vindt het belangrijk dat alle zelfstandigen op een basisniveau worden verzekerd tegen inkomensterugval bij arbeidsongeschiktheid. Tegelijk wil de regering enige mate van keuzevrijheid en autonomie behouden voor zelfstandigen, zodat zij een mate van risico kunnen kiezen dat bij hen past. Via de uitstapmogelijkheid naar de private markt danwel aanvullende voorzieningen kunnen zelfstandigen in hun aanvullende verzekeringsbehoefte voorzien. Op deze manier biedt de regering binnen de kaders van de verplichtstelling zoveel mogelijk ruimte aan echte ondernemers om hun werk en de wijze waarop zij dat werk invullen, naar eigen inzicht vorm te geven.

2.5 Zelfstandigen vallen terug op algemene voorzieningen als zij bij arbeidsongeschiktheid terugvallen op de bijstand

Zo'n 75% van de zelfstandigen is niet verzekerd tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid.[41] Bij arbeidsongeschiktheid zullen zij in eerste instantie hun reserves aanspreken. Dat is ook nodig volgens de vigerende bijstandswetgeving. Pas als een zelfstandige onvoldoende inkomen en geen vermogen heeft, en zijn of haar eventuele partner ook geen inkomen of vermogen heeft, kan diegene namelijk aanspraak maken op de bijstand. Voor een groot deel van de onverzekerde zelfstandigen betekent dat dus dat zij in geval van arbeidsongeschiktheid of ziekte moeten leunen op een partner en/of het eigen vermogen moeten aanspreken, en pas in het uiterste geval kunnen rekenen op dat vangnet. Het CPB maakte in 2016 een inschatting van het aantal zelfstandigen dat in geval van arbeidsongeschiktheid niet op eigen kracht een inkomen op sociaal minimumniveau kan verdienen tot de AOW-gerechtigde leeftijd: het betrof 27% van de zelfstandigen.[42] Hoewel deze inschatting wat ouder is, heeft de regering geen reden om aan te nemen dat deze situatie substantieel is gewijzigd, en daarmee is deze inschatting indicatief voor de huidige tijd. Als het arbeidsongeschiktheidsrisico onverzekerde zelfstandigen treft, betekent dat dus dat zij een periode van onzekerheid ingaan, waarbij zij mede afhankelijk zijn van een eventuele partner. Dit maakt hen kwetsbaar en vergroot de kans op armoede.[43]

Niet alleen voor zelfstandigen zelf is het vangnet van de bijstand bij arbeidsongeschiktheid een onzeker vangnet met nadelen. Ook voor de samenleving is deze constructie nadelig. Immers, terwijl werkgevers en werknemers met elkaar de kosten dragen van arbeidsongeschiktheid, is dat niet het geval voor het gros van de zelfstandigen en hun opdrachtgevers. In plaats van zelf de kosten te betalen om het risico op arbeidsongeschiktheid af te dekken, wentelen zij de facto de risico's van arbeidsongeschiktheid af op hun eigen opgebouwde vermogen, de inkomenspositie van

[40] Met verplicht verzekeren wordt voor dit wetsvoorstel bedoeld: van rechtswege te verzekeren.
[41] Dit percentage komt uit de "Zelfstandigen enquête arbeid" van 2023 (uitgevoerd door CBS en TNO). Het gaat hier om het deel zelfstandigen dat daadwerkelijk een arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft. Let op: het begrip "zelfstandige" is binnen deze enquête op een aantal punten ruimer dan het begrip dat onderdeel is van de kring van verzekerden van dit wetsvoorstel. Zo is de directeur-grootaandeelhouder onderdeel van de definitie in de Zelfstandigen enquête arbeid.
[42] CPB (2016). *Zelfstandigen en arbeidsongeschiktheid*. Policy Brief 2016/11. Den Haag: Centraal Planbureau.
[43] Kamerstukken II 2020/21, 29544, nr. 960.

het huishouden door een beroep te doen op het inkomen van de partner, en als laatst op de algemene middelen. Daarmee ontstaat een disbalans.

Naar schatting gaat dit wetsvoorstel gepaard met een besparing op de bijstand van circa €160 miljoen structureel per jaar, zie hiervoor ook paragraaf 17.1.3.

Het IBO "Zelfstandigen zonder personeel" vermeldt in dit verband dat de sterke groei in de afgelopen decennia van het aantal zelfstandigen (zonder personeel) waarschijnlijk een negatief gevolg heeft gehad op de overheidsfinanciën.[44] Hiermee bestaat het risico dat het draagvlak onder het socialezekerheidsstelsel wordt uitgehold.

Deze regering vindt het onwenselijk dat de groep zelfstandigen risico's op het collectief afwentelt die andere werkenden wél zelf afdekken. Bovendien is de bijstand, op meer individueel niveau, tot op zekere hoogte een onzekere voorziening, omdat het alleen een vangnet is voor het uiterste geval. Zelfstandigen moeten net als iedere burger eerst hun vermogen aanspreken of afhankelijk worden van hun partner, voordat zij aanspraak kunnen maken op de bijstand. Een meer zekere voorziening voor het arbeidsongeschiktheidsrisico is daarbij wenselijk.

De regering wil hierbij benadrukken dat uiteindelijk de bijstand altijd beschikbaar moet en zal blijven voor burgers – zowel werknemers als zelfstandigen – die niet genoeg inkomen of vermogen hebben om in hun levensonderhoud te voorzien. Zelfstandigen die om wat voor reden dan ook de bijstand nodig hebben, zullen daar recht op houden. Ook arbeidsongeschikte zelfstandigen, die door een laag inkomen voor het intreden van arbeidsongeschiktheid slechts een lage uitkering krijgen, kunnen aanspraak blijven maken op bijstand.

3. Doelen en aard van de maatregel

3.1 Inleiding

In paragrafen 3.1 tot en met 3.4 wordt uiteengezet welke doelen de regering met dit wetsvoorstel nastreeft, en welke randvoorwaarden bij de uitwerking zijn gehanteerd en de gekozen maatregelen om de doelen te bereiken. In paragrafen 3.5 en 3.6 worden de alternatieven besproken, en wordt de gekozen maatregel in historisch perspectief geplaatst. In de laatste paragraaf wordt de samenhang met andere beleidsmaatregelen behandeld.

3.2 Doelen van de maatregel

Dit wetsvoorstel beoogt de in hoofdstuk 2 geconstateerde problemen geheel of in belangrijke mate op te lossen. Dat vertaalt zich naar de volgende doelen:

1. Het eerste doel van het wetsvoorstel is om zelfstandigen een adequate inkomensvoorziening in het geval van arbeidsongeschiktheid te bieden.
2. Het tweede doel van het wetsvoorstel is dat zelfstandigen zelf hun arbeidsongeschiktheidsrisico's indekken, waardoor concurrentie op arbeidsvoorwaarden en het gebruik van algemene voorzieningen wordt beperkt en kostenverschillen tussen zelfstandigen onderling en tussen werknemers en zelfstandigen worden verkleind (gelijk speelveld).

Het eerste doel strekt tot oplossing van de in paragraaf 2.2 geconstateerde problemen. Het tweede doel strekt tot oplossing van de in paragraaf 2.3 geconstateerde problemen.

3.3 Randvoorwaarden bij de uitwerking

Bovenstaande doelen kunnen op meerdere wijzen worden bereikt (zie ook de hieropvolgende paragraaf). Hierbij gelden ook de in de Kamerbrief Voortgang uitwerking arbeidsmarktpakket genoemde voorwaarden dat de verzekering (met of zonder opt-out) uitlegbaar, uitvoerbaar, en betaalbaar moet zijn, en tijdig moet kunnen worden ingevoerd.[45]

[44] Kamerstukken II 2015/16, 31311, bijlage bij nr. 154, p. 59.
[45] Kamerstukken II 2022/23, 29544, nr. 1176.

Activering
De verzekering kent niet alleen een inkomensondersteunend karakter. Tevens wordt beoogd om zelfstandigen te ondersteunen in het hervatten van het (eigen) werk, door het bieden van re-integratieondersteuning, voorzieningen en het – in de uitkeringsfase – opleggen van re-integratieverplichtingen. Deze voorwaarde is op punten anders dan in de Wet WIA (waar het als beleidsdoelstelling is vormgegeven), omdat onder andere de verhouding werkgever – werkende niet bij de zelfstandige aanwezig is. Dat zorgt ervoor dat een andere vormgeving van het activerende karakter van de verzekering op zijn plaats is. De wijze waarop in dit wetsvoorstel het activerende karakter is vormgegeven, is nader uitgewerkt in hoofdstuk 8.

Aansluiten bij verzekeringsbehoefte van zelfstandigen
Daarnaast is een voorwaarde dat de uitwerking zoveel aansluit bij de individuele verzekeringsbehoefte van individuele zelfstandigen. Maatwerk komt ook de uitlegbaarheid van de verzekering ten goede als, in overwegende mate, zelfstandigen een verzekering kunnen afsluiten die past bij zijn of haar behoeften en wensen. Dat gaat niet alleen om betaalbare verzekeringen die passen bij de financiële situatie van de zelfstandige, zoals hierna aangestipt, maar ook om verzekeringen die passen bij de wensen van de zelfstandige als het aankomt op dekking en voorwaarden. Afhankelijk van medische status, type werk en persoonlijke wensen kunnen zelfstandigen immers uiteenlopende wensen hebben voor hun verzekering. Bovendien ervaren mensen die zelf een (meer) passende optie kunnen kiezen, meer controle en autonomie.
Zie hiervoor zowel paragraaf 3.4 als hoofdstuk 10, waarbij de wijze waarop hieraan invulling is door middel van de mogelijkheid van een opt-out, nader uiteengezet is.

Betaalbaarheid
Een arbeidsongeschiktheidsverzekering is waardevol, maar kan voor zelfstandigen – zeker die met een laag inkomen – een grote kostenpost zijn. Daarom is het van belang dat er dat er een betaalbare basisverzekering beschikbaar moet zijn voor iedereen.
Daarnaast kan voor een zelfstandigen met een hoog risico op arbeidsongeschiktheid een verzekering onbetaalbaar zijn, als de zelfstandige een premie moet betalen die past bij zijn individuele risico op arbeidsongeschiktheid. Daarom is het van belang dat er een verzekering beschikbaar is, waarbij zelfstandigen onderling solidair met elkaar zijn. Op deze wijze dragen de sterkste schouders de zwaarste lasten, maar worden die lasten wel gemaximeerd. De regering vindt het belangrijk dat de inleg van elke zelfstandige, in de vorm van premiebetaling, in verhouding blijft staan met de dekking die hij of zij ervoor terugkrijgt.[46]

De verzekering moet ook betaalbaar zijn voor de samenleving. Daarom hecht de regering eraan om deze verzekering budgetneutraal in te richten.

Uitlegbaarheid
Een randvoorwaarde is dat de inrichting ervan uitlegbaar is aan zelfstandigen specifiek, en aan de samenleving in den brede. Dat betekent dat zelfstandigen moeten kunnen begrijpen hoe de verzekering werkt, wanneer zij recht hebben op een uitkering en weten wat hun plichten zijn. Dit voorkomt niet-gebruik van de uitkering (waardoor het doel van inkomensbescherming niet wordt bereikt) en helpt mensen bij het zetten van de stap naar (meer) werk vanuit ziekte of arbeidsongeschiktheid.

Het arbeidsongeschiktheidsstelsel – met de WIA in de kern daarvan – wordt veelal als complex ervaren. In dit wetsvoorstel is mede daarom gekozen voor een vereenvoudigd arbeidsongeschiktheidscriterium. Dit komt de uitlegbaarheid ten goede.

Uitvoerbaarheid
De laatste randvoorwaarde is dat de verzekering uitvoerbaar is. Wetgeving kan alleen doeltreffend zijn, als deze uitvoerbaar is. Anders krijgen zelfstandigen niet de adequate inkomensvoorziening, die dit wetsvoorstel beoogd te geven. Het is dus van belang dat uitvoeringsorganisaties de verzekering goed kunnen uitvoeren. Een eenvoudig vormgegeven publieke verzekering draagt bij

[46] Dat betekent bijvoorbeeld dat er geen franchise zal worden gehanteerd, zoals ten tijde van de WAZ.

aan de uitvoerbaarheid van deze verzekering, en zal daarmee bijdragen aan het bereiken van de beoogde doelen van de verzekering. Dit is een expliciet advies van uitvoeringsorganisaties en bovendien in lijn met de adviezen van een reeks rapporten en commissies, waaronder het IBO Vereenvoudiging sociale zekerheid en het rapport Werk aan Uitvoering.[47]

Tijdigheid
Bij uitvoerbaarheid moet ook de tijdigheid van de uitvoering in ogenschouw worden genomen. De wens is deze verzekering tijdig in te voeren, dat wil zeggen, dat de verzekering op een redelijke termijn werkelijkheid kan worden. In 2022 heeft het kabinet op basis van toenmalige inzichten aan de Tweede Kamer gemeld dat de uitvoering van de verplichtstelling op zijn vroegst kan aanvangen tussen 2027 en 2029, afhankelijk van de vormgeving. Hierbij geldt dat elke variant van een verzekering voor zelfstandigen met dermate veel complexiteit vergezeld gaat, dat uitvoering op korte termijn niet voor de hand liggend is. Hierbij geldt dat een verplichte publieke bescherming tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico in welke vorm dan ook veel vraagt van de beoogde publieke uitvoerders.

Spanningsveld randvoorwaarden
Er zit een zekere mate van spanning tussen de verschillende randvoorwaarden, en soms lopen de randvoorwaarden in elkaar over. Volledig inzetten op de ene randvoorwaarde, kan afdoen aan het bereiken van andere randvoorwaarden. Zo zorgt de wijze waarop zelfstandigen via de private markt een bij hun verzekeringsbehoefte aansluitende verzekering kunnen afsluiten en daarmee te opt-outen, ervoor dat het verzekeringsstelsel minder eenvoudig en daarmee complexer in de uitvoering is. De regering heeft bij dit soort dillema's telkens getracht om een optimum tussen de verschillende randvoorwaarden te bereiken.

3.4 Gekozen vormgeving op hoofdlijnen

De regering is ervan overtuigd dat de bovenstaande doelen, en de daarbij omschreven randvoorwaarden, het best bereikt worden door het instellen van een publieke verzekering voor zelfstandigen tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. Deze verzekering biedt een financieel vangnet voor zelfstandigen die arbeidsongeschikt raken, is toegankelijk voor zelfstandigen en betaalbaar. Zelfstandigen worden verplicht verzekerd. Dat kan via de publieke verzekering, of door uit te stappen en een private verzekering af te sluiten.

Een (afzonderlijk) stelsel voor zelfstandigen
De regering kiest ervoor om een verzekeringsplicht te introduceren en daarbij het bestaande stelsel voor ziekte en arbeidsongeschiktheid voor werknemers ongemoeid te laten.
Een specifiek stelsel voor zelfstandigen biedt de mogelijkheid om polisvoorwaarden en voorwaarden vast te stellen die afwijken van die voor werknemers. Dat hier sterke behoefte aan is bij sociale partners blijkt onder andere uit het advies van de Stichting van de Arbeid.[48] De regering is er ook van overtuigd dat zelfstandigen andere wensen en behoeften hebben dan werknemers, gezien de kenmerken van beiden groepen.

Zelfstandigen hebben veelal de wens om het werk in te richten op een wijze die past bij hun behoeftes. Ze kiezen daarbij zelf om het ondernemersrisico te dragen. Dat betekent dat zij voor eigen rekening – het eventuele profijt komt hen toe – en risico een onderneming drijven. Hieruit volgt dat ondernemers, meer dan werknemers, bereid zijn om risico's te nemen; het hoort bij de manier van werken. Ze zijn minder risico-avers.[49] Daaruit voortvloeiend geldt dat zij vaker te maken krijgen met fluctuaties in inkomen, en deze ook accepteren.[50] Zij richten hun onderneming daar, als het goed is, op in. Het ligt daarom in de rede dat zij een hogere tolerantie hebben voor kortdurende inkomensfluctuaties als gevolg van ziekte of arbeidsongeschiktheid dan werknemers, en daarom ook een andere behoefte voor een arbeidsongeschiktheidsregeling dan werknemers. De

[47] Rijksoverheid (2023). *IBO Vereenvoudiging sociale zekerheid*. ABDTOPConsult (2019). *Werk aan uitvoering. Fase 1: Probleemanalyse*.
[48] Stichting van de Arbeid (2020). Keuzes in zekerheid.
[49] Ekelund e.a. (2005). *Self-employed and risk aversion – evidence from psychological test data*. Labour Economics 12 (2005).
[50] Idem.

fluctuatie in inkomen en de invulling van een relatief beperkte verzekering - althans in hoogte van het verzekerde bedrag en daarmee de maximaal te verkrijgen uitkering - zorgt ervoor dat een van de Wet WIA afwijkend arbeidsongeschiktheidscriterium aangewezen is. Omdat deze verzekering aansluit bij het wettelijke minimumloon, ligt het voor de hand om bij het vaststellen van het recht op uitkering te kijken of de zelfstandige nog in staat is om met werk het wettelijk minimumloon (WML) per maand te verdienen. Als dat het geval is, verkrijgt de zelfstandige geen recht op een uitkering; als dat niet het geval is, dan is er wel recht op een uitkering. Dit criterium wordt beschreven in paragraaf 5.2.

Bovendien geldt dat zelfstandigen meer dan werknemers gewend zijn om voor hun bedrijf ver vooruit te kijken en strategische keuzes te maken. Hoewel voor zowel werknemers als zelfstandigen geldt dat zij het moeilijk vinden om lange termijnrisico's goed in te schatten, kan er wel verwacht worden van zelfstandigen dat zij iets beter in staat zijn, al dan niet door tussenkomst van een financieel adviseur, om zelf afwegingen te maken over hoe zij om willen gaan met lange termijnrisico's – waaronder het risico op arbeidsongeschiktheid. Uit onderzoek blijkt ook dat zij dat actiever doen dan werknemers. Zelfstandigen blijken bij het kiezen voor een verzekering minder vaak de voorkeur te geven aan de standaardoptie, en vaker een product op maat selecteren.[51] Zij zijn dus mogelijk minder vatbaar voor de status quo bias en eerder geneigd om na te denken over de lange termijn. Hierdoor ligt het in de rede om het stelsel rondom arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen zodanig in te richten dat zelfstandigen meer ruimte hebben om zelf een keuze te maken aangaande de risico's die zij willen accepteren.

Uit onderzoek blijkt dat het draagvlak van zelfstandigen voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering groter wordt als er sprake is van een relatief lage(re) premie. Zo laat onderzoek door SEO zien dat het draagvlak voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen onder zelfstandig ondernemers sterk daalt naarmate de maandelijkse premie stijgt.[52] Bovendien zorgt deze vormgeving ervoor dat er een sterke prikkel is voor zelfstandigen om weer aan het werk te gaan als dat mogelijk is. Dat is niet alleen gunstig voor de betaalbaarheid van de verzekering, maar ook voor de economie en het welzijn van de samenleving in het algemeen.

De bovenstaande motivering leidt voor het terrein van langdurige ziekte en arbeidsongeschiktheid tot een invulling van een relatief beperkte verzekering. Daarmee gaat de regering niet verder dan noodzakelijk om de nagestreefde doelen te behalen. Daarbovenop is het aan de zelfstandige om een eventuele aanvullende voorziening tegen het risico op verlies van inkomen bij arbeidsongeschiktheid aan te leggen.

Dit is anders bij werknemers. Niet alleen zijn zij in sterkere mate risico-avers, maar ze hebben ook een werkgever. Historisch is een vangnet gegroeid waarbij in de dialoog tussen werknemer en werkgever, een stelsel is opgebouwd dat zowel voor de eerste jaren van ziekte als bij langdurige arbeidsongeschiktheid bescherming biedt. Voor werknemers is het daarom wenselijk om een grotere bescherming te bieden.

Deze afzonderlijke wensen voor een invulling van het stelsel voor arbeidsongeschiktheid en ziekte voor zelfstandigen en ondernemers, botsen. Daarom ligt het in de rede dat er een apart stelsel komt voor zelfstandigen, waarbij de voorwaarden bij de verzekering wordt vormgegeven die passend is bij de aard van het zelfstandig ondernemerschap.

Daarbij blijft in een dergelijk stelsel het stelsel voor werknemers onaangeroerd. Ook worden zo de activerende (financiële) prikkels in de Wet WIA behouden, wat een gunstig effect heeft op re-integratie en daarmee op het aantal werkenden. Hier hechten werknemers- en werkgeversorganisaties veel waarde aan, zoals ook blijkt uit het advies van de Stichting van de Arbeid en SER-MLT.

[51] Zoals vastgesteld door het Nibud in onderzoek naar levensverzekeringen. Nibud. (2010). *Hoe zoekt de consument een financieel advies*? Utrecht: Nibud.
[52] Zie SEO (2019). *Keuzes in sociale zekerheid*. Amsterdam: SEO economisch onderzoek. P. 17.

Ook voor de middellange termijn is het eenvoudiger om een nieuw stelsel voor zelfstandigen in te richten, dan het huidige stelsel voor werknemers om te vormen naar een stelsel dat geschikt is voor een ruimere doelgroep, en aan te passen zodat het ook past bij die ruimere doelgroep. Omdat uitvoerbaarheid een belangrijke voorwaarde is bij de uitwerking van dit voorstel, geniet het ook daarom de voorkeur van de regering om met twee stelsels te werken.

Overigens is de kring van verzekerden vanzelfsprekend beperkter in een los stelsel voor zelfstandigen, dan in een gezamenlijk stelsel voor alle werkenden. Dit roept de vraag op of afzonderlijke stelsels voor werknemers en zelfstandigen wel genoeg verzekerden kennen, om te komen tot een stabiele verzekering. Voor sociale verzekeringen is ooit een optimale schaal becijferd van minimaal één miljoen verzekerden.[53] Daar wordt ook in een afzonderlijke verzekering, zoals in dit wetsvoorstel alleen voor IB-ondernemers en meewerkend partners, aan voldaan.[54]

Er kleven uiteraard ook nadelen aan deze keuze voor separate stelsels. Zo sluiten de twee stelsels minder goed aan op werkenden die parallel verschillende vormen van inkomen genereren of (veelvuldig) switchen tussen werknemerschap en zelfstandigheid. In een dynamische arbeidsmarkt kan dit regelmatig voorkomen, en kan het zijn dat het hanteren van separate stelsels de overstap bemoeilijkt. Dat kan een remmend effect hebben op de economie, doordat de transactiekosten van het switchen van baan stijgen en het daardoor moeilijker wordt om de beste match te vinden tussen vraag naar werk en aanbod daarvan. Hieraan verbonden is een tweede nadeel, namelijk dat bij het handhaven van twee separate stelsels voor werknemers en zelfstandigen, deze personen te maken krijgen met twee verschillende voorwaarden. Dit komt voor wanneer iemand zowel werkt als werknemer en daardoor verzekerd is voor de Wet WIA, en werkt als zelfstandige, en daardoor te maken heeft met het stelsel voor zelfstandigen. Dit kan als nadeel worden ervaren: als deze persoon uitvalt, met verschillende verplichtingen en rechten.

De voordelen van twee separate stelsels, namelijk een passend stelsel voor zelfstandigen en werknemers, en de uitvoerbaarheid en betaalbaarheid van het voorstel, zijn afgewogen tegen de nadelen daarvan, namelijk het bemoeilijken van het switchen tussen zelfstandigheid en werknemerschap, en de problematiek van dubbel verzekerd zijn. De regering weegt het kunnen inrichten van een passend stelsel voor zelfstandigen zwaarder, zonder inbreuk te maken op de geldende rechten en verplichtingen van werknemers en hun werkgevers, en kiest daarom voor een separaat arbeidsongeschiktheidsstelsel voor zelfstandigen.

Duaal stelsel: publieke verzekering én private verzekeringen
Een ander belangrijk element in dit wetsvoorstel is dat er gekozen wordt voor een duaal stelsel. Zelfstandigen hebben de keuze of zij gebruik maken van de publieke verzekering, of dat zij kiezen voor een private verzekering. In dit voorstel wordt uitgegaan van een duaal stelsel waarin zelfstandigen standaard publiek zijn verzekerd, en zich onder voorwaarden privaat kunnen verzekeren. Voor de private verzekering geldt evenwel geen acceptatieplicht, voor de publieke verzekering wel.

Het duale stelsel zorgt ervoor dat geborgd is dat alle zelfstandigen verzekerd zijn tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico,[55] maar biedt meer keuzemogelijkheden aan zelfstandigen. Het bestaan van keuzemogelijkheden binnen het stelsel acht de regering een groot goed, omdat deze inspelen op de individuele verzekeringsbehoeften van zelfstandigen en zelfstandigen de controle

[53] Kok, L., Braber, R., Buurman, M. & Stafleu, M. (2000). *Barrières voor marktwerking in de uitvoering van de sociale zekerheid.* Den Haag: IOO/SZW, en SEO (2014). *Nieuw ontwerp sociaal beleid*. Amsterdam: SEO economische onderzoek.
[54] Zie paragraaf 4.2.
[55] Bij de totstandkoming van de WAZ is overwogen om een zelfstandige de mogelijkheid te geven om eigenrisicodrager voor het arbeidsongeschiktheidsrisico te worden. Dat is om nog steeds moverende redenen achterwege gelaten.

geeft. Het draagvlak van zelfstandigen voor een verzekering wordt ook groter als er sprake is van (zoveel mogelijk) keuzevrijheid, laat onderzoek zien.[56]

Tegelijkertijd is niet gekozen voor maximale keuzevrijheid. Op dit moment is sprake van maximale keuzevrijheid: zelfstandigen kunnen zich laten verzekeren op de private markt, waarbij zij elke verzekeringsbehoefte die zij hebben in theorie kunnen verzekeren, maar zij kunnen er ook voor kiezen om zich in het geheel niet te verzekeren. Zoals eerder beschreven levert deze inrichting echter niet de gewenste resultaten. Zowel omdat te weinig zelfstandigen toereikend verzekerd zijn tegen het risico op arbeidsongeschiktheid, als het ongelijke speelveld niet wordt weggenomen zonder beperking van de keuzevrijheid. Deze situatie vindt de regering onwenselijk. Daarom wordt de keuzevrijheid deels ingeperkt door de invoering van een verzekeringsplicht, waarbij zelfstandigen van rechtswege publiek verzekerd zijn.

Het bieden van keuzemogelijkheden in een duaal stelsel vraagt om een inrichting waarbinnen de balans in het duale stelsel wordt geborgd. Dat komt voort uit de verschillende wijzen waarop publieke en private verzekeringen werken. De private verzekeringsmarkt kent geen acceptatieplicht en een kapitaaldekkingsstelsel: de hoogte van de premie in het private stelsel wordt bepaald door lopende uitkeringen én voorziening voor de toekomstige uitkeringen. In de private premiestelling moet dus rekening worden gehouden met een kapitaalreservering voor de toekomstige uitkeringslasten. In een publieke verzekering is dat niet zo. Daarin is er sprake van een acceptatieplicht, en wordt een omslagstelsel gehanteerd. Daarin betalen de publiek verzekerden samen de premies om de lopende uitkeringen te financieren. Daardoor is de premie van een verzekerde niet direct gekoppeld aan het individuele verzekeringsproduct waar diegene recht op heeft
De verschillen in financiering en eenvoud van het systeem hebben twee belangrijke gevolgen voor het duale stelsel: enerzijds in de structurele fase, anderzijds in de opbouwfase. In de opbouwfase leidt dit tot het hanteren van een rentehobbel[57] en om het duale stelsel structureel houdbaar te houden, wordt de keuzevrijheid ingeperkt door een toetsingskader en daarnaast beprijsd.[58]

In een duaal stelsel met een verzekeringsplicht is het noodzakelijk om bij te houden welke zelfstandigen verzekerd zijn. Zij kunnen verzekerd zijn bij de publieke verzekering, maar ook bij een private verzekeraar. De (structurele) gegevensdeling die hiervoor nodig is, vergt extra handelingen en complexiteit in de uitvoering. Hier wordt nader op ingegaan in paragraaf 13.3.1.

3.5 Overwogen alternatieven

Er zijn in de afgelopen jaren uiteenlopende adviezen uitgebracht die verband houden met een verplichting om het arbeidsongeschiktheidsrisico in te dekken. In onderstaande tabel is opgenomen voor welke invulling verscheidene nationale en internationale organisaties de afgelopen jaren hebben gepleit.

Organisatie	***Vormgeving[59]***
Stichting van de Arbeid, na overleg met zelfstandigenorganisaties	• Arbeidsvormafhankelijke verzekeringsstelsels; • Duale uitvoering.
SER-MLT[60]	Conform advies van de Stichting van de Arbeid.
Commissie Regulering van Werk[61]	• Uniforme basisregeling voor alle werkenden;

[56] B. Ter Weel, H. Bussink & J. van Kesteren (2021). *Keuzevrijheid verhoogt draagvlak voor arbeidsongeschiktheidsverzekering*. ESB 106 (4798).
[57] Zie paragraaf 17.5.
[58] Zie hoofdstuk 10.
[59] Voor deze tabel is uitsluitend opgenomen of de organisatie pleit voor een volksverzekering, een arbeidsvormneutrale verzekering voor werkenden, of afzonderlijke verzekeringen voor werkenden, inclusief vermelding of publieke of private uitvoering (van uitkeren en premieheffing- en inning) wordt geadviseerd.
[60] SER (2021). *Zekerheid voor mensen, een wendbare economie en herstel van de samenleving*. Advies 21/08. Den Haag: Sociaal Economische Raad. P. 24.
[61] Commissie Regulering van werk (2020). *In wat voor land willen wij werken*? P. 80.

	• Publieke uitvoering.
AWVN[62]	• Uniforme basisregeling voor sociale zekerheid voor alle werkenden; • Private uitvoering.
WRR[63]	• De WRR heeft geadviseerd om ofwel over te gaan tot "reparatie" voor alleen de groep zelfstandigen, ofwel om een contractneutraal stelsel voor alle werkenden na te streven. • De WRR doet geen uitspraak over de wijze van uitvoering.
Vereniging Arbeidsrecht Advocaten Nederland – Vereniging voor Arbeidsrecht expertisegroep[64]	• Volksverzekering voor alle ingezetenen, waarvoor voor werkenden een aanvulling conform de Ziektewet (ZW) en Wet WIA kan worden opengezet. • Private uitvoering.
OESO[65]	• Basisverzekering voor alle werkenden. • De OESO doet geen uitspraak over de wijze van uitvoering.
Europese Commissie[66]	In haar landenspecifieke aanbevelingen geeft de Europese Commissie de aanbeveling om de sociale bescherming van zelfstandigen te verbeteren.
Verschillende zelfstandigenorganisaties (Vereniging Zelfstandigen Nederland[67], Werkvereniging[68])	• Basisverzekering voor alle werkenden. • Er wordt geen uitspraak gedaan over de wijze van uitvoering.
De onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel[69]	• In haar eindrapport schetst de Commissie drie verschillende varianten. In al deze varianten worden zelfstandigen verplicht verzekerd. In twee varianten via een afzonderlijke verzekering voor zelfstandigen, in één variant via een stelsel voor alle werkenden. • In alle varianten is er sprake van publieke uitvoering.

Bovenstaande tabel maakt een aantal punten duidelijk. Ten eerste is er brede overeenstemming vanuit belangenorganisaties en wetenschap om ervoor zorg te dragen dat ook zelfstandigen beschermd – via een verplichting – zijn tegen het inkomensverlies indien het arbeidsongeschiktheidsrisico zich verwezenlijkt. Dit geldt voor het gros van de in de tabel genoemde organisaties. Ten tweede valt op dat er geen brede maatschappelijke en wetenschappelijke overeenstemming is over *de wijze van* vormgeving van deze bescherming. Dat speelt zowel op het punt van de verzekeringsvorm, als de wijze van uitvoering.

Hoewel de regering kiest voor een verplichte verzekering voor zelfstandigen met publieke-private uitvoering, is duidelijk dat er verschillende opties voor de vormgeving bestaan. Hieronder gaat de

[62] AWVN (2014). *Een verantwoorde weg naar groei*. Den Haag: AWVN. P. 5.
[63] WRR (2020). *Het betere werk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. P. 26.
[64] VAAN-VvA expertgroep (2019). *Wetboek van werk 2025*. p. 33-34.
[65] https://www.oecd.org/economy/surveys/Netherlands-2018-OECD-economic-survey-overview.pdf, p. 13.
[66] Zie de aanbeveling van de Raad over het economisch beleid van Nederland en met een advies van de Raad over het stabiliteitsprogramma 2022 van Nederland van 23 mei 2022, p. 11.
[67] VZN (2021). *Onze visie op een moderne arbeidsmarkt met volop ruimte en zekerheid voor zelfstandig ondernemers*.
[68] Reactie Werkvereniging plannen kabinet mei 2023.
[69] Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2024). *Toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel*.

regering verder in op de alternatieve opties, op hun merites en op de redenen waarom de regering niet voor deze vormgeving heeft gekozen. De overwogen alternatieven zijn:

1. Geen verplichting, maar lichtere maatregelen
2. Een volksverzekering
3. Een uniform stelsel voor alle werkenden
4. Een stelsel voor zelfstandigen, met alleen publieke uitvoering
5. Een stelsel voor zelfstandigen, maar alleen private uitvoering

3.5.1 Geen verplichting, maar lichtere maatregelen
In het verleden zijn verschillende maatregelen genomen of overwogen, om de mate van bescherming van zelfstandigen te vergroten.

Zo is geopperd om het verkrijgen van de (volledige) zelfstandigenaftrek afhankelijk te maken van het hebben van een verzekering tegen het verlies van inkomen bij arbeidsongeschiktheid.[70] Dat geeft een prikkel voor zelfstandigen om een private verzekering aan te gaan. Een dergelijke optie gaat gepaard met verschillende nadelen, los van het gegeven dat de zelfstandigenaftrek versneld wordt afgebouwd,[71] waardoor de prikkel om te verzekeren kleiner is. Voor sommige zelfstandigen is immers de private verzekeringsmarkt maar beperkt toegankelijk, waardoor zij mogelijk het recht op (een gedeelte van de) zelfstandigenaftrek verliezen. Tegelijkertijd is er sprake van deadweight loss: zonder de zelfstandigenaftrek voorwaardelijk te maken, verzekert een gedeelte van de zelfstandige zich immers al.

Ook zijn de termijnen voor aanmelding bij de private vangnetverzekering in 2008 verlengd, en is bekeken of voor de vrijwillige verzekeringen van UWV een langere aanmeldtermijn moet gelden. Daarnaast is ingezet op voorlichting.

Deze initiatieven hebben echter niet voldoende soelaas geboden, zo blijkt uit de huidige verzekeringsgraad onder zelfstandigen. De regering heeft er onvoldoende vertrouwen in dat dergelijke maatregelen, ook als zij worden uitgebreid, de gestelde doelen zullen bereiken. Bovendien zal beleid dat zelfstandigen slechts stimuleert om verzekeringen af te sluiten er nooit volledig voor zorgen dat voldoende zelfstandigen (afdoende) zijn beschermd (zeker niet voor hen waarvoor de private markt onvoldoende toegankelijk is, of die een dergelijke verzekering alsnog te duur vinden). Daarmee blijven problemen rondom een gelijk speelveld en het afwentelen van individuele risico's op collectieve middelen bestaan.

3.5.2 Een volksverzekering
Een volksverzekering heeft eerder bestaan in Nederland (de AAW, zie paragraaf 3.6.1). In een volksverzekering zijn in beginsel alle ingezetenen verzekerd tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. Daaronder behoren naast werkenden (werknemers en zelfstandigen) ook inactieven (bijvoorbeeld werklozen en jonggehandicapten) tot de kring van verzekerden. Het introduceren van een volksverzekering zou daarmee ook grote gevolgen hebben voor werknemers en jonggehandicapten.

Een volksverzekering is naar zijn aard betrekkelijk eenvoudig. Elke ingezetene heeft recht op een uitkering indien er geen mogelijkheden tot werk zijn door arbeidsongeschiktheid door ziekte of gebrek. Bij volksverzekeringen wordt in de regel gekozen voor een eenvoudige inrichting (denk bijvoorbeeld aan de AOW of de kinderbijslag), waarbij niet of maar beperkt wordt gekeken naar inkomen, vermogen of huishoudsamenstelling. Een volksverzekering tegen arbeidsongeschiktheid zal daarom voor iedereen waarschijnlijk dezelfde voorwaarden kennen om in aanmerking te komen voor de verzekering. Ook voorwaarden als de hoogte van de premie en de hoogte van de uitkering zullen niet of maar beperkt variëren. De uitkeringen en uitvoeringskosten worden gedekt uit door ingezetenen af te dragen premies of uit belastinggeld.

[70] CDA-verkiezingsprogramma 2017-2021 (2017). *Keuzes voor een Beter Nederland*. P. 92.
[71] Belastingplan 2023.

De eenvoud van de volksverzekering is een voordeel. Doordat het eenvoudig te begrijpen is – wat inherent waardevol is – kunnen burgers er gemakkelijk gebruik van maken en weten ze wat hun rechten en plichten zijn. Bovendien kunnen uitvoeringsdiensten een dergelijk stelsel naar verwachting goed uitvoeren. Een derde voordeel is dat de volksverzekering naar zijn aard arbeidsvormneutraal is. Het al dan niet verrichten van werk, dan wel de vorm waarin de arbeid wordt verricht – als zelfstandige of als werknemer – is niet van invloed op de verzekering. Dit vergemakkelijkt het combineren van werknemer- en ondernemerschap, danwel het opvolgend en afwisselend werknemer of ondernemer zijn.

De eenvoud van de volksverzekering brengt echter ook nadelen ten opzichte van een afzonderlijk stelsel voor zelfstandigen met zich mee, die sterk samenhangen met het feit dat de volksverzekering een hoge mate van uniformiteit – en dus beperkte mogelijkheid om de verzekering af te stemmen op de verzekeringsbehoefte van de verschillende groepen werkenden – kent. Dat zijn er verschillende, die zich al naar gelang de gemaakte invulling van de verzekering zullen voordoen:

1. De waarschijnlijke beperkte hoogte van de uitkering
2. Het verlies van rechten van werknemers
3. Zeer beperkte mogelijkheid tot activering via de werkgever
4. Negatief effect op de werkgelegenheid
5. Beslag op de uitvoeringsdiensten

Hoogte van de uitkering is beperkt
Een eerste nadeel is de hoogte van de uitkering. Een volksverzekering zal gewoonlijk geen hoog uitkeringsniveau hanteren. Immers, als alle verzekerden recht zouden hebben op een vaste, hoge uitkering, en daarmee allemaal een – navenant – hoge premie voor zouden betalen of dat via de belastingen moeten opbrengen, zou dat de betaalbaarheid van de verzekering onder druk zetten.

Een optie is om te variëren in de uitkeringshoogte, op basis van de resterende verdiencapaciteit welke wordt afgezet tegen wat voor het intreden van ziekte of gebrek werd verdiend, zoals het uitgangspunt is in de Wet WIA en WAO. Dat is in een volksverzekering eigenlijk niet goed mogelijk. Immers, ook inactieven zijn onderdeel van de kring van verzekerden bij een volksverzekering. Niet voor niets kent de Wajong als criterium dat de betrokkene duurzaam geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie kent.[72] Dit is ook een nadeel voor andere mensen die om uiteenlopende redenen weinig of nooit hebben gewerkt. Doordat zij geen of een zeer beperkte arbeidshistorie hebben, is het niet (goed) mogelijk het eerder verdiende inkomen af te zetten tegen wat men, ondanks ziekte of gebrek, nog redelijkerwijs kan verdienen.

Een alternatief zou zijn om een verschillende manier van het vaststellen van arbeidsongeschiktheid voor verschillende doelgroepen te hanteren (deels verdiencapaciteits-gerelateerd en deels een vaste premie, bijvoorbeeld). Dat zou echter niet stroken met de geest van een volksverzekering, waarin iedereen gelijk wordt behandeld. Het zou het stelsel daarnaast bovenmatig ingewikkeld maken. Dit alles maakt het waarschijnlijk dat de uitkering bij een volksverzekering een relatief sobere hoogte zal kennen.

Verlies van rechten voor werknemers
Dat een volksverzekering waarschijnlijk relatief sober vormgegeven wordt, heeft twee potentiële gevolgen. Dit kan zich resulteren in aanzienlijk verlies van verworven rechten voor werknemers. Via de Wet WIA kennen zij immers een inkomensverzekering die tot een veel hoger maximaal verzekerd bedrag dekking biedt.

Een ander potentieel gevolg, als men het verlies van verworven rechten van werknemers wil voorkomen, is dat het stelsel aanzienlijk complexer wordt. Dit is het geval als er bovenop de basisvolksverzekering een verplichte aanvullende verzekering voor werknemers wordt gehanteerd.

[72] Ook voor de laatste wijziging van de Wajong gold dat niet werd gekeken naar wat de resterende verdiencapaciteit van de betrokkene was, maar naar wat een gezond persoon met dezelfde opleiding en ervaring kon verdienen.

Een dergelijk stelsel kende Nederland voor de Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (Wet Pemba), waarbij de WAO voor werknemers als aanvulling functioneerde bovenop de AAW. Een dergelijke aanvulling zorgt echter dat de gewenste eenvoud – en het ervoor zorgen dat de overstap van werken als werknemer naar het werken als zelfstandige niet gepaard gaat met wijzigingen die de overstap bemoeilijken – niet wordt bereikt.

Beperking van de activering via de werkgever
De betrekkelijke eenvoud van een volksverzekering gaat ook gepaard met het nadeel dat de mogelijkheden tot activering in een volksverzekering beperkt(er) is. In de huidige systematiek van de Wet WIA is het ook financieel in het belang van de werkgever om arbeidsongeschiktheid van de werknemer te voorkomen en om de werknemer te prikkelen tot het zoveel mogelijk voorkomen van uitval en het zoveel mogelijk hervatten van werk. Deze financiële prikkel zit ten eerste in de verplichte loondoorbetaling bij ziekte, voor de eerste twee jaar van ziekte van de werknemer. Daaraan zou het voorstel van een volksverzekering niets afdoen (tenzij ervoor wordt gekozen om ook de loondoorbetalingsperiode aan te passen).

Waar een volksverzekering wel aan afdoet, is het volgende. De prikkel in het doorbelasten van de arbeidsongeschiktheidslasten van niet-duurzaam arbeidsongeschikte werknemers, geldt eveneens gedurende de eerste tien jaar van de arbeidsongeschiktheid. Daarvoor heeft de werkgever een keuze: hij kan kiezen het eigen risico te dragen voor deze lasten, of een premie te betalen waarna deze lasten door het UWV worden gedragen. Deze premie is – al naar gelang van de grote van de werkgever – gedifferentieerd naar sector en/of individuele geschiedenis van uitval door arbeidsongeschiktheid bij de werkgever. Als de werkgever ervoor zorgdraagt dat zijn werknemers minder vaak arbeidsongeschikt uitvallen of sneller herstellen heeft dat effect bij (middel)grote werkgevers en zogeheten eigenrisicodragers: zij hoeven minder te betalen aan premie of uitkeringslasten. Uit onderzoek blijkt dat premiedifferentiatie en eigenrisicodragerschap bijdraagt aan de beperking van instroom in de huidige Wet WIA. Het CPB veronderstelt dat dat een effect heeft van 15% op het aantal uitkeringen in de WGA. Het CPB becijferde in 2020 dat het afschaffen van premiedifferentiatie daardoor €700 miljoen jaarlijks kost.[73]

Logischerwijs is het te heffen premiepercentage bij een volksverzekering voor werknemers en zelfstandigen echter uniform: over het verzamelinkomen. Immers, het niet-uniform vaststellen van een dergelijke premie (voor zover er van inactieven premie kan worden gevraagd) zorgt ervoor dat de risico-solidariteit tussen de groepen verzekerden wordt verminderd, dat een onderscheid moet worden gemaakt in inkomstenbron voor werknemers en zelfstandigen, en dat er voorrangsregels worden gemaakt welke inkomstenbron als eerste wordt aangeslagen.[74] Dit doet een aantal voordelen van de volksverzekering teniet, zoals eenvoud en het makkelijk kunnen switchen tussen contractvormen, en compliceert bovendien de uitvoering.

Als de premie uniform is, verdwijnt premiedifferentiatie. Daarmee vervalt ook de mogelijkheid om het eigen risico te dragen: dat is immers alleen nog interessant voor werkgevers met werknemers die een kleinere kans hebben om arbeidsongeschikt te geraken dan het gemiddelde risico dat past bij de uniforme premie, met een opdrijvend effect op die uniforme premie ten gevolg (averechtse selectie). Daarom zou het eigenrisicodragerschap en premiedifferentiatie moeten vervallen in een volksverzekering.

Los daarvan is re-integratie van arbeidsongeschikte werkenden waardevol voor het welzijn van de werkende zelf. Minder effectieve re-integratie heeft dus ook niet-financiële kosten. Bij invoering van een volksverzekering zullen beide typen kosten geaccepteerd moeten worden.

[73] Vgl. CPB (2020). *Kansrijk arbeidsmarktbeleid, update sociale zekerheid*. Den Haag: Centraal Planbureau. Paragraaf 4.2.
[74] Stel dat de maximale premiegrondslag voor de verzekering €50.000 per jaar is, en de betrokkene verdient €30.000 aan loon uit dienstbetrekking met een premiepercentage van bijv. 2% en €30.000 aan winst uit onderneming met een premiepercentage van 1%, dan moet worden bepaald over welk inkomstenbron als eerste premie moet worden geheven.

Negatief effect op de werkzame bevolking
Verder zal het verminderen van de prikkel tot activering door werkgevers gevolgen hebben voor de grootte van de werkzame bevolking. De financiële prikkel om werknemers te re-integreren daalt, waardoor de werknemers in mindere mate de arbeidsmarkt zullen betreden. Daartegenover staat dat de risico's voor werkgevers dalen bij het aannemen van personeel, wat leidt tot een lichte stijging van de werkgelegenheid. Het CPB verwacht daarom beperkte werkgelegenheidseffecten tot minus 0,2%.[75]

Beslag op de uitvoeringsdiensten
Tot slot geldt dat de invoering van een volksverzekering, die de bestaande systematiek voor werknemers en jonggehandicapten vervangt, een groot beslag legt op de uitvoeringsdiensten. Er moeten immers verschillende bestaande stelsels worden ingevoegd in één stelsel voor alle ingezetenen. Dit is kostbaar en tijdrovend.

Voor de regering wegen de zorgen om de uitvoerbaarheid van een volksverzekering, in combinatie met het verlies van maatwerk voor werknemers en zelfstandigen, niet op tegen de voordelen die het eenvoudige stelsel biedt.

3.5.3 Een uniform stelsel voor alle werkenden
Een ander veelgenoemd alternatief is een stelsel voor alle werkenden. Dat betekent dat alle werkenden onder de kring der verzekerden vallen, en dat alle werkenden hetzelfde worden behandeld.[76] Vergeleken met de invoering van een afzonderlijke verplichte verzekering voor zelfstandigen naast het bestaande stelsel voor werknemers, vormt het stelsel voor alle werkenden een eenvoudiger stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid. De vormgeving is waarschijnlijk echter complexer dan bij een volksverzekering.

Een eerste voordeel van een stelsel voor alle werkenden is dat het goed aansluit bij een arbeidsmarkt waarin werkenden regelmatig wisselen van arbeidsvorm, en ook gelijktijdig werknemer en zelfstandige kunnen zijn. Met een stelsel voor alle werkenden wordt bereikt dat de werkende, ongeacht wisselingen of het gelijktijdig werknemer of zelfstandige zijn, doorlopend op dezelfde wijze verzekerd is. Het totaal aan inkomen uit dienstbetrekking, winst uit onderneming en – naar waarschijnlijkheid – resultaat uit overige werkzaamheden is dan zowel premie- als uitkeringsgrondslag. In een dergelijk stelsel belandt een werkende niet van de ene verzekering in de andere verzekering, indien de werkende wisselt van arbeidsvorm. Ook wordt hiermee voorkomen dat werkenden die zowel werknemer als zelfstandige zijn, in beide verzekeringen worden betrokken.[77] Dit voordeel weegt sterk in een samenleving waarin werkenden steeds vaker gelijktijdig of wisselend werknemer of zelfstandige zijn. Dat dit gebeurt blijkt onder andere uit cijfers van het CBS.[78] In 2019 waren volgens cijfers van de Belastingdienst er 394.592 mensen die in dat jaar zowel inkomen genoten uit zelfstandig ondernemerschap, als loon uit dienstbetrekking.[79] In 2021 waren dat 623.615 mensen, volgens dezelfde instantie. Met de invoering van een stelsel voor alle werkenden krijgen deze mensen te maken met slechts één verzekeraar en met dezelfde voorwaarden. Dat verlaagt de drempel tot wisselen van baan, wat

[75] Vgl. CPB (2020). *Kansrijk arbeidsmarktbeleid, update sociale zekerheid*. Den Haag: Centraal Planbureau. Paragraaf 4.2.
[76] In deze toelichting gaan we ervan uit dat er alsnog uitzonderingen mogelijk zijn. Zo kent bijvoorbeeld Ierland een uitzondering voor werkenden die minder dan €38 euro per week verdienen; MISSOC, op 20 april 2023 geraadpleegd. In Nederland geldt er ook een afzonderlijk socialezekerheidsstelsel voor politiek ambtsdragers, inclusief regels voor arbeidsongeschiktheid.
[77] Dit kan in theorie ook in de praktijk worden gebracht in een systeem waarin met afzonderlijke verzekeringen wordt gewerkt voor zelfstandigen en werknemers. Dat kan door – bijvoorbeeld – het loon uit dienstbetrekking te gebruiken als franchise voor de winst uit onderneming. Hierdoor kan bijvoorbeeld worden bewerkstelligd dat mensen met een hoog inkomen uit loon en daarnaast een kleine onderneming drijven, geen premie hoeven te betalen voor de genoten winst uit onderneming (bij ingetreden arbeidsongeschiktheid is er daarmee ook geen recht op een uitkering. Zie de nota naar aanleiding van het verslag bij de totstandkoming van de WAZ: Kamerstukken II 1996/97, 24758, nr. 6, p. 51-52.
[78] Zo maakten in het derde kwartaal van 2022 60 duizend werknemers de overstap naar het zelfstandigenschap; 54 duizend mensen begonnen als zelfstandige terwijl ze geen werk hadden. Bij beide groepen was dit hoger dan een jaar eerder.
[79] Voor de volledigheid wordt vermeld dat er in 2019 ook 14.326 mensen waren die zowel inkomen hadden uit resultaat uit overige werkzaamheden, winst uit onderneming, als loon uit dienstbetrekking.

een positief effect heeft op de economie, en vergroot de zekerheid van mensen in een dynamische arbeidsmarkt. De Commissie Regulering van Werk heeft vanuit die gedachte geadviseerd om een stelsel voor alle werkenden uit te werken.[80] De WRR heeft geadviseerd om ofwel over te gaan tot "reparatie" van de toegang tot de WAZ voor alleen de groep zelfstandigen, ofwel om een contractneutraal stelsel voor alle werkenden na te streven.[81]

Een stelsel voor alle werkenden heeft als tweede voordeel boven een volksverzekering dat een bovenminimale uitkering meer in het vooruitzicht ligt. Er is immers een basis om de uitkering te baseren op de door de werkende in het verleden vergaarde inkomsten. Daardoor kan de verzekering in deze vorm ook een verzekering voor inkomensterugval behelzen, en verder gaan dan alleen een uitkering op minimumniveau. Dat draagt bij aan het welzijn van verzekerden. De benodigde premiebetalingen voor de uitkeringslasten worden alleen bij werkenden neergelegd, waardoor niet-werkenden niet mee hoeven te betalen (zoals bij de volksverzekering).

Er zijn echter een aantal nadelen aan een stelsel voor alle werkenden:

1. Zelfstandigen moeten mogelijk meer bijdragen dan werknemers
2. Minder activerende prikkels voor de werkgever
3. Differentiatie tussen zelfstandigen en werknemers moeilijk te realiseren
4. Koopkrachtvermindering voor werknemers

Zelfstandigen moeten mogelijk meer bijdragen dan werknemers
Het is binnen het stelsel voor alle werkenden de vraag hoe de solidariteit tussen werkenden vormgegeven moet worden. (Risico)solidariteit tussen werknemers en zelfstandigen kan worden bereikt als het premiepercentage uniform voor alle werkenden wordt vastgesteld. Daardoor lijkt het erop dat een uniform premiepercentage, waarmee alle werkenden solidair zijn met elkaar, een gevolg is van een keuze voor een stelsel van alle werkenden.

Het is echter op voorhand niet duidelijk wie er met wie solidair zou zijn in een stelsel van alle werkenden. Er spelen meerdere aspecten. In deze schets wordt ervan uitgegaan dat er een uniform premiepercentage wordt geheven, en dat voor alle werkenden een wachttijd behouden blijft voordat er aanspraak gemaakt kan worden op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, waardoor de verzekering aanzienlijk goedkoper kan worden vormgegeven. Als werkgevers verplicht blijven om het loon door te betalen bij ziekte, totdat er aanspraak kan worden gemaakt op de verzekering, dan hebben werkgevers een financiële prikkel om werknemers niet ziek uit te laten vallen c.q. zo snel mogelijk te helpen re-integreren. Dit werkt ook door in de re-integratiekansen van werknemers. Deze prikkel is er niet voor zelfstandigen, die tijdens een wachttijd geen andere partij hebben die hen kan aansporen en ondersteunen. Dit heeft – op zichzelf bezien – het gevolg dat verhoudingsgewijs meer zelfstandigen dan werknemers gebruik zullen maken van een uitkering.

Aan de andere kant geldt dat zelfstandigen een groter risico lopen: omdat er voor hen geen vangnet van loondoorbetaling bij ziekte en ZW geldt, is de financiële prikkel een stuk groter om het werk in de eigen onderneming te hervatten of vervangend werk te zoeken. Dit weegt naar waarschijnlijkheid dermate zwaar, dat dit het effect van het hebben van poortwachterverplichtingen en een werkgever overstijgt.[82] Daarmee lijkt – afgezien de hogere gemiddelde leeftijd van zelfstandigen – het een gegeven dat de groep zelfstandigen in den brede risico-solidair is met de groep werknemers.

[80] Commissie Regulering van werk (2020). *In wat voor land willen wij werken*? Paragraaf 5.5.
[81] WRR (2020). *Het betere werk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Paragraaf 3.3.
[82] Het CPB is bij de raming voor Kansrijk arbeidsmarktbeleid, update sociale zekerheid, voor verschillende varianten van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering uitgegaan dat het instroomrisico voor zelfstandigen gelijk is aan het instroomrisico voor werknemers, ook al is bij het basispad uitgegaan van een wachttijd van een jaar voor zelfstandigen. Het CPB heeft hierbij ook meegewogen dat zelfstandigen intrinsieker gemotiveerd lijken te zijn dan werknemers, en dat aan zelfstandigen een lagere uitkering wordt verschaft.

In bovenstaande schets is geabstraheerd van verschillen in kenmerken tussen de groep zelfstandigen en de groep werknemers. Zo is de groep zelfstandigen verhoudingsgewijs ouder, wat de kans dat iemand arbeidsongeschikt raakt negatief beïnvloed,[83] en vaker man, wat het risico om arbeidsongeschikt te geraken relatief verminderd.[84] [85]

Minder activerende prikkels voor de werkgever
Om de voordelen van een contractneutraal stelsel volledig te gelde te maken, moet premiebetaling niet door werkgevers plaatsvinden, maar alleen door de werkende betaald worden. Daarmee vervallen de activerende prikkels die werknemers nu kennen in de Wet WIA, middels premiedifferentiatie en eigenrisicodragerschap voor werkgevers, grotendeels, met vergelijkbare effecten op de werkgelegenheid zoals geschetst in paragraaf 3.5.2.

Differentiatie tussen zelfstandigen en werknemers moeilijk te realiseren
Een contractvormneutraal stelsel voor alle werkenden roept bovendien de vraag op welke polisvoorwaarden dienen te gelden, voor zowel werknemers als zelfstandigen. Het ligt in de rede te veronderstellen dat de verzekeringsbehoefte voor deze twee groepen van elkaar verschillen. Zo kent de Wet WIA een betrekkelijk hoog verzekerd bedrag, terwijl het door de Stichting van de Arbeid voorgestelde verzekerde bedrag een stuk lager ligt. Uit eerder onderzoek blijkt dat zelfstandigen gemiddeld genomen minder risicoavers zijn dan werknemers.[86] Zelfstandigen zien daardoor minder snel het nut van een verzekering, en zijn daarvoor minder bereid te betalen. Het is de vraag of de voorwaarden voor de verschillende groepen werkenden verschillend in te richten zijn zonder dat de voordelen van dit stelsel voor werkenden – eenvoud, makkelijk switchen tussen contractvormen – tenietgedaan worden. Tegelijkertijd zal het realiseren van een stelsel voor alle werkenden dat goed past bij één van de twee groepen werkenden tot gevolg hebben dat het stelsel minder passend is bij de behoeften van de andere groep.

Koopkrachtvermindering voor werknemers
Een contractvormneutraal stelsel voor alle werkenden heeft tot slot potentieel gevolgen voor werknemers. Dit is afhankelijk van de vormgeving. Als het contractvormneutrale stelsel op WIA-niveau wordt bewerkstelligd, kan dit gevolgen hebben voor de koopkracht van werknemers. Hoewel Jacobs schat dat 90% van de kosten van werkgeverslasten neerslaat bij werknemers in de vorm van lagere lonen,[87] zal een klein gedeelte bij een overdracht van de premieverplichting van werkgever naar werknemer, kunnen neerslaan bij werknemers. Deze koopkrachtvermindering kan teniet worden gedaan door de dekking van de arbeidsvormneutrale verzekering op een lager niveau vast te stellen, dan thans in de Wet WIA gebeurt. Dit heeft echter gevolgen voor de werknemers die daadwerkelijk een beroep moeten doen op een dergelijke uitkering; zij zullen minder financiële armslag hebben. Het spiegelbeeld van deze gevolgen vindt plaats bij werkgevers. Doordat de premieverplichting verschuift van werkgevers naar werknemers, ligt het in de rede dat de werkgeverslasten- en risico's verkleind worden.

De regering erkent de voordelen die met een stelsel voor alle werkenden gepaard gaan, met name als het aankomt op het faciliteren van een dynamische arbeidsmarkt. Er zijn echter significante nadelen om rekening mee te houden, waaronder het solidariteitsvraagstuk, het verlies van re-integratieprikkels ten behoeve van werknemers, de ogenschijnlijk lange termijn om een dergelijk stelsel te verwezenlijken nu dit ook gevolgen heeft voor werknemers en inactieven, en de gevolgen voor werknemers in het algemeen. Voor de regering weegt bovendien zwaar dat er bij sociale partners geen draagvlak is voor het invoeren van een stelsel voor alle werkenden. Om alle bovenstaande redenen heeft de regering niet voor deze vormgeving gekozen, waarbij zij ervan overtuigd is dat daarvoor een beter alternatief aanwezig is.

[83] Van Ooijen et al. (2020). *Met name lagere inkomens vaker arbeidsongeschikt door langer doorwerken*. ESB 105 (4791).
[84] Zie Kamerstukken II 2020/21, 29544, 1038, paragraaf 1.2.4.
[85] De aangehaalde verschillen tussen de groep zelfstandigen en werknemers volgen uit Statline.
[86] Brown, S., Dietrich, M., Ortiz-Nuñez, A., & Taylor, K. (2011). Self-employment and attitudes towards risk: Timing and unobserved heterogeneity. Journal of Economic Psychology, 32(3), 425- 433.
[87] Jacobs, B. (2015). *De prijs van gelijkheid.* Amsterdam: Prometheus.

3.5.4 Een stelsel voor zelfstandigen, met alleen publieke uitvoering
Een minder ingrijpende oplossing is om een verzekering in te richten specifiek voor zelfstandigen. Dit kan publiek, privaat of duaal – publiek-privaat – geregeld worden.

In het algemeen geldt dat een specifiek stelsel voor alle zelfstandigen – of dat nu publiek, privaat of duaal wordt ingericht – een aantal voordelen heeft. Zo blijven de verworven rechten van werknemers binnen het WIA-stelsel ongemoeid. Dat heeft ook als voordeel dat een gedeelte van de prikkels binnen het stelsel van werknemers via de werkgever blijven lopen, wat positieve effecten heeft op de mate van activering. Verder is het naar mening van de regering logischer dat zelfstandigen eigen polisvoorwaarden kunnen genieten, die passen bij de wensen en behoeften van zelfstandigen, en dat zij onderling solidair zijn met elkaar (in plaats van met alle werkenden).

Er kan gekozen worden of de verplichte publieke verzekering een gelijke verzekering aanbiedt aan elke verzekerde, of dat er een zekere mate van maatwerk mogelijk wordt gemaakt binnen de publieke verzekering. Dat laatste heeft vanzelfsprekend een voordeel, namelijk dat het beter past bij de wensen van individuele verzekerden, maar daarmee is de verzekering wel intensiever en complexer om uit te voeren voor de uitvoering.

Het voordeel van een volledig publieke verzekering voor zelfstandigen is ten eerste dat er zeer direct gestuurd kan worden op doelen als betaalbaarheid. Een budgetneutraal stelsel is daarmee een logische mogelijkheid, door de premie lastendekkend te heffen. Daarnaast is een publiek stelsel minder complex dan een duale vormgeving.

Evenwel zitten er nadelen aan een volledig publieke uitvoering. Ten eerste is het waarschijnlijk dat, zelfs als de publieke verzekering een vorm van maatwerk aanbiedt, de mate waarin dat mogelijk is altijd beperkt blijft. Als dit maatwerk – bijvoorbeeld een keuze voor een wachttijd of een hoger verzekerd bedrag – wordt geboden, heeft dit ook als logisch effect dat de premie voor (groepen van zelfstandigen) zou moeten worden gedifferentieerd. Dit kan nadelige effecten met zich meebrengen.[88]

In een publiek stelsel voor zelfstandigen kan via de private markt aanvulling op de publieke verzekering worden gefaciliteerd.[89] Maar dit heeft ook nadelen ten opzichte van de gekozen vormgeving met een opt-out. Als een zelfstandige zich én publiek, én privaat moet verzekeren, heeft de zelfstandige te maken met twee (uitvoerings)organisaties. Dit kan gepaard gaan met administratieve lasten en – als de arbeidsongeschiktheid zich verwezenlijkt – twee organisaties die zich bezighouden met de re-integratie van de zelfstandige. Dat kan als minder gewenst worden ervaren door de zelfstandige.
Ook doet het af aan de schadelastbeheersende prikkel voor private verzekeraars. Als voorbeeld: een verzekeraar die een zelfstandige verzekert met een verzekeringsbehoefte van jaarlijks €60.000 euro tot de AOW-gerechtigde leeftijd, heeft een grotere financiële prikkel om deze zelfstandige naar werk te re-integreren als deze de volledige €60.000 per jaar verzekert, dan als deze alleen het gedeelte verzekert boven de maximale publieke verzekeringsgrens. Hierdoor is de kans dat een verzekeraar volledig inzet op activering van de zelfstandige, in een aanvullingsmarkt kleiner. Dat zal resulteren in zelfstandigen die mogelijkerwijs nog wel arbeidspotentieel hebben, maar niet de voorzieningen aangereikt krijgen om dat potentieel te benutten. In een krappe arbeidsmarkt vindt de regering dit ongewenst.

3.5.5 Een stelsel voor zelfstandigen, maar uitsluitend private uitvoering
In deze variant krijgen zelfstandigen een verzekeringsplicht, maar is de enige optie om zich te laten verzekeren op de private markt. Deze variant deelt de voordelen van een verplichte publieke verzekering, zoals geschetst in paragraaf 3.5.4.

De voordelen van deze variant liggen in de mogelijkheid dat zelfstandigen die een aanvullende verzekering wensen, deze bij één en dezelfde uitvoerder kunnen verkrijgen. Daarmee is er een

[88] Zie paragraaf 5.3.1.
[89] Zo bestaan er voor (werkgevers van) werknemers mogelijkheden verzekeringen af te sluiten die het arbeidsongeschiktheidsrisico op enige mate additioneel afdekt, zoals WIA- excedent-, hiaat- en bodemverzekeringen.

laagdrempelige mogelijkheid om een verzekering af te sluiten die past bij de aanvullende verzekeringsbehoefte en wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot maatwerk die de private markt biedt. Volledig verzekerd kunnen zijn bij één partij komt activering, preventie en re-integratiedienstverlening ten goede. Op deze manier bieden verzekeraars op individueel niveau waarde voor hun klanten.

Er zijn echter ook nadelen. In een stelsel waarin zelfstandigen zich verplicht privaat moeten laten verzekeren, lijkt het logisch dat er voorwaarden worden geformuleerd waaraan de verzekering minimaal moet voldoen – bijvoorbeeld het verzekerde bedrag, de duur van de verzekering, enzovoorts. Daarnaast is het waarschijnlijk dat er een acceptatieplicht zal moeten worden ingesteld. Zonder acceptatieplicht zou het probleem voortduren dat sommige zelfstandigen, door hun hoge medische risico of het risico dat hun werk met zich meebrengt, zich niet of alleen tegen een erg hoge prijs kunnen laten verzekeren, omdat verzekeraars de premie niet lastendekkend kunnen vaststellen. Hierdoor zouden deze zelfstandigen buiten hun eigen toedoen zich niet kunnen laten verzekeren en dus niet voldoen aan de verzekeringsplicht. Een acceptatieplicht voor de verzekeraar is daar de oplossing voor. Het ligt in de rede dat een acceptatieplicht gepaard gaat met enige vorm van risicoverevening tussen verzekeraars, die immers als gevolg van de acceptatieplicht zelfstandigen moeten verzekeren die voor hen niet lastendekkend zijn. Een dergelijke risicovereveningssystematiek compliceert de uitvoering ook sterk.

Op meer fundamenteel niveau is het de vraag of het in principe de rol van private verzekeraars is, of van de overheid, om een grote groep burgers te verzekeren tegen het risico op inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid. Gegeven dat de hele groep verplicht wordt om een voorziening te treffen, vindt de overheid het in de rede liggen dat zij ervoor zorgt dat burgers makkelijk en op een betaalbare manier aan die verplichting kunnen voldoen.

3.6 De gekozen maatregel in historisch perspectief

3.6.1 Voorgeschiedenis

Het al dan niet verplicht beschermen van zelfstandigen tegen risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid kent in Nederland al een lange historie. Grofweg zijn drie periodes in de recente Nederlandse geschiedenis te onderkennen.

1976 – 1998

In 1976 kwam de Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW) tot stand. Deze wet bevatte een algemene volksverzekering met een uitkering op sociaal minimumniveau. Alle ingezeten in Nederland kwamen in aanmerking voor een uitkering bij invaliditeit. Naast werknemers waren dit ook jonggehandicapten en zelfstandigen. Aan de totstandkoming van de AAW ging een lange periode vooraf waarin er enkel een verplichte verzekering voor werknemers was via de Ongevallenwet en de Invaliditeitswet, en in perioden een vrijwillige verzekering voor zelfstandigen die zich als gewezen werknemer konden verzekeren.[90]

1998 – 1 augustus 2004

In 1998 trad de WAZ in werking. De directe aanleiding voor deze wet was niet zozeer gelegen in een wijziging van de positie van zelfstandigen. De totstandkoming van de WAZ was eerder een resultaat van wijzigingen in de voorzieningen voor werknemers. Deze wijzigingen werden uitgevoerd tegen de achtergrond van een sterke stijging van het aantal arbeidsongeschikten, en het politieke ingrijpen om de instroom te beperken en de totale (uitkerings)lasten te verlagen.[91] Voor werknemers was naast de AAW de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) van kracht, waardoor werknemers tot een bovenminimaal niveau verzekerd waren. Met de Wet Pemba is premiedifferentiatie in de WAO ingevoerd, alsook de mogelijkheid gecreëerd om het eigen risico te dragen.[92] Dit werd gedaan met oog op het verleggen van verantwoordelijkheden en belangen naar werkgevers, om zo het stelsel, voor zover dit ziet op werknemers, activerender te maken.

[90] Zie uitgebreider Kamerstukken II 1974/75, 13231, nr. 3.
[91] Zo sprak dhr. Lubbers over "Nederland is ziek", en werden verschillende wetten doorgevoerd om het aantal arbeidsongeschikten te doen dalen.
[92] Zie uitgebreid Kamerstukken II 1995/96, 24698, nr. 3.

Om maximaal premiedifferentiatie en eigenrisicodragen mogelijk te maken, is de AAW in de WAO geïntegreerd.

Toen de AAW voor werknemers werd geïntegreerd in de WAO, verviel de grondslag voor de AAW als volksverzekering voor alle ingezetenen. Om zelfstandigen alsnog te beschermen tegen het risico op arbeidsongeschiktheid en hen verantwoordelijk te maken voor de eigen premielast, moest er een nieuwe voorziening komen, specifiek voor zelfstandigen. Daarom is de WAZ in werking getreden. Deze verzekering bood zogeheten winstgenieters, beroepsbeoefenaren, directeur-grootaandeelhouders en meewerkend partners een verzekering tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid.

1 augustus 2004 – heden
In 2004 is de toegang tot de WAZ gesloten. De aanleiding hiervoor was de door de ervaren te hoge premie- en inkomenssolidariteit, tegen de achtergrond dat op de private verzekeringsmarkt afdoende mogelijkheden zouden zijn voor het verzekeren van het arbeidsongeschiktheidsrisico. De toenmalige wetsgever was daarom van mening dat overheidsinmenging daarom niet gepast was.[93] Als gevolg van het sluiten van de WAZ, zijn zelfstandigen die ziek zijn geworden vanaf 1 augustus 2004 aangewezen op private verzekeringsalternatieven of de vrijwillige voortzetting van de werknemersverzekeringen bij UWV.

Met de Wet einde toegang verzekering WAZ is de toegang tot de WAZ afgesloten. Uitkeringen die reeds werden verstrekt, worden nog steeds eerbiedigt. Zo waren er in 2022 nog 6.524 verstrekte WAZ-uitkeringen.[94] Dit aantal daalt met de jaren, omdat uitkeringsgerechtigden de pensioenleeftijd bereiken of herstellen, en er geen nieuwe uitkeringsgerechtigden bijkomen, vanwege het sluiten van de toegang tot de WAZ.

Vanaf 1 augustus 2004 zijn zelfstandigen zelf aangewezen op het al dan niet treffen van voorzieningen tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid. Na het afsluiten van de toegang tot de WAZ is de verzekeringsgraad van zelfstandigen sterk gedaald.[95] Als de zelfstandige zelf niets regelt, is deze bij arbeidsongeschiktheid, het wegvallen van inkomsten, het niet kunnen terugvallen op inkomen van de partner, en het opsouperen van mogelijk aanwezig vermogen, uiteindelijk aangewezen op de bijstand.

In de periode vanaf 1 augustus 2004 is vanuit verschillende hoeken meermalen bezien hoe meer zelfstandigen beschermd kunnen worden tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. In 2008 is de private vangnetregeling in overleg tussen private verzekeraars, zelfstandigenorganisaties en de Ministeries van Economische Zaken en Sociale Zaken en Werkgelegenheid verbeterd door bescherming te bieden tegen gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, en is de aanmeldtermijn voor die vangnetverzekering verlengd. In 2010 heeft de SER een aantal aanbevelingen gedaan, die moesten leiden tot een dekkend systeem van private en collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.[96] De overheid en verzekeraars zijn meermaals in overleg gegaan om te bezien hoe het keuzegedrag van zelfstandigen positief kan worden beïnvloed, en de private markt toegankelijker kan worden gemaakt.[97]

3.6.2 Verschillen met de WAZ
Tussen 1 januari 1998 en 1 augustus 2004 gold de WAZ. Dit wetsvoorstel herbergt enkele kenmerken van de WAZ. Nu de toegang tot de WAZ al na enkele jaren is afgesloten, roept dit de vraag op in welk opzicht het voorliggende wetsvoorstel een duurzamere en betere oplossing is voor het beschermen van zelfstandigen voor het verlies van inkomen bij arbeidsongeschiktheid.

Een van de redenen om de WAZ af te schaffen, was dat de wet werd ervaren als "te duur". Er was sprake van grote inkomenssolidariteit: zelfstandigen die weinig verdienden, betaalden niet mee

[93] Kamerstukken II 2003/04, 29497, nr. 3, p. 2-3.
[94] UWV (2022). *Kwantitatieve informatie 2022*. Amsterdam: UWV.
[95] CPB (2016). *Zelfstandigen en arbeidsongeschiktheid*. Policy Brief 2016/11. Den Haag: Centraal Planbureau. Paragraaf 4.1.
[96] SER (2010). *Zzp'ers in beeld*. Advies 10/04. Den Haag: Sociaal Economische Raad.
[97] Kamerstukken II 2013/14, 29544, nr. 512.

aan de verzekering, waardoor zelfstandigen die meer verdienden relatief hoge kosten hadden. Tegelijkertijd was de uitkering betrekkelijk laag: maximaal op het niveau van 70% van het WML.

In dit wetsvoorstel wordt een aanzienlijk lagere mate van inkomenssolidariteit tussen zelfstandigen onderling voorgesteld. Ten eerste betalen alle zelfstandigen mee. Zelfstandigen die lagere inkomsten hebben, hebben een naar verhouding lagere premie, en ook een naar verhouding lager uitgekeerd bedrag bij arbeidsongeschiktheid. Zelfstandigen die hogere inkomsten hebben, betalen relatief meer en krijgen ook een hoger uitgekeerd bedrag – tot op zekere hoogte, omdat de verzekering gemaximeerd is. Hierdoor blijven de aanvullende bijdragen van beter verdienende zelfstandigen beperkt. Zij die dat willen, kunnen zich aanvullend laten verzekeren. Tegelijkertijd kunnen goedverdienende zelfstandigen in dit wetsvoorstel een hogere uitkering krijgen dan onder de WAZ maximaal mogelijk was. Ook dit zal het draagvlak onder zelfstandigen die meer verdienen dan het WML ten goede komen.

Ook de mogelijkheid tot uitstappen uit de publieke verzekering en het afsluiten van een privaat alternatief zal het draagvlak onder zelfstandigen ten goede komen. Hiermee wordt de keuzevrijheid voor zelfstandigen vergroot, kunnen zelfstandigen een voor hen passender verzekering afsluiten op de private markt een alternatief kiezen. Dit was niet mogelijk bij de WAZ.

Ten slotte is een wijziging de kring van verzekerden. De kring van verzekerden onder de WAZ bevatte ook de meewerkende partner, directeur-grootaandeelhouders en de mensen met resultaat uit overige werkzaamheden. Deze groepen zijn niet verplicht verzekerd voor onderhavig wetsvoorstel, zoals toegelicht in paragraaf 4.3.1 en 4.3.2.

3.7 Samenhang

Dit wetsvoorstel staat niet op zichzelf. Het hangt – naast het Pensioenakkoord – samen met de overige maatregelen die de regering inzet om de arbeidsmarkt te hervormen.

3.7.1 Samenhang met het andere beleid rondom werken met zelfstandigen en als zelfstandige

Zoals gezegd heeft dit wetsvoorstel mede tot doel dat zelfstandigen zelf hun risico op arbeidsongeschiktheid indekken. Een van de doelen van dit wetsvoorstel die daarmee gehaald worden, is het creëren van een gelijker speelveld tussen werknemers en zelfstandigen. Maar alleen dit wetsvoorstel kan geen gelijk speelveld bereiken. Daar is meer inzet voor nodig. Dit kabinet staat daarom ook een bredere aanpak voor rondom het werken met en als zelfstandige(n), die bestaat uit meerdere lijnen. Naast de (versnelde) afbouw van de zelfstandigenaftrek en het uitfaseren van de fiscale oudedagsreserve, werkt de regering aan een wetsvoorstel om de regelgeving rondom de beoordeling van arbeidsrelaties te verduidelijken en het grijze gebied tussen werknemers en zelfstandigen te verkleinen, de Wet verduidelijking beoordeling arbeidsrelaties en rechtsvermoeden. Daarnaast zet de regering in op verbetering van de handhaving van schijnzelfstandigheid.[98]

3.7.2 Samenhang met het bredere arbeidsmarktbeleid

De in dit wetsvoorstel opgenomen maatregelen hangen ook samen met het bredere arbeidsmarktbeleid dat dit kabinet voert. Dit bredere beleid komt samen in het arbeidsmarktpakket – een set van maatregelen die grotendeels gebaseerd zijn op de Commissie Regulering van werk, het SER-MLT en de adviezen van de Stichting van de Arbeid, voortkomen uit het coalitieakkoord en uitgewerkt zijn in samenspraak met sociale partners. Het hoofddoel van het pakket is om werkenden meer zekerheid te geven en wendbaarheid van werkgevers te vergroten.[99]

3.7.3 Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel

In 2023 bracht de onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (OCTAS) haar probleemanalyse uit, waarbij de belangrijkste knelpunten van het

[98] Conform de vormgeving als bedoeld in Kamerstukken II 2022/23, 31311, nr. 246.
[99] Kamerstukken II 2021/22, 29544, nr. 1112; Kamerstukken II 2022/23, 29544, nr. 1176.

arbeidsongeschiktheidsstelsel in kaart zijn gebracht.[100] De commissie constateerde dat met name de complexiteit ervoor zorgde dat het huidige arbeidsongeschiktheidsstelsel, vastloopt.

Op 29 februari 2024 heeft OCTAS haar eindrapport uitgebracht.[101] In haar eindrapport schetst de commissie drie verschillende varianten voor de toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel. In alle varianten kiest de commissie ervoor om zelfstandigen verplicht te verzekeren tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid. In twee varianten stelt de commissie een afzonderlijke verzekering voor zelfstandigen voor; in één variant een stelsel voor alle werkenden.

Op sommige onderdelen wijkt het advies van de commissie af van het hetgeen in dit voorstel is opgenomen. Zo stelt de commissie een wachttijd voor van twee jaar, wordt de hoogte van de premie- en uitkeringsgrondslag beperkt tot 100% van het WML, en is er geen ruimte voor een opt-out. De regering heeft – mede gezien de brede maatschappelijke steun en de in dit voorstel opgenomen motivering – aanleiding gezien om op die punten af te wijken.

4. Kring van verzekerden

4.1 Inleiding

In dit wetsvoorstel wordt voorgesteld dat diegene die winst uit onderneming voor de inkomstenbelasting geniet (zogenaamde IB-ondernemers), van rechtswege verplicht verzekerd is voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dat betekent dat deze personen verzekerd zijn voor de publieke arbeidsongeschiktheidsverzekering, zonder dat zij daarvoor zelf actie ondernemen. Als zij gebruik willen maken van de opt-out (en dus uit de publieke verzekering willen stappen), zullen zij overigens wel zelf actief een keuze moeten maken voor een private verzekering met bijbehorende dekking en polisvoorwaarden.

De beoogde doelgroep voor deze verzekering is "de zelfstandige". Daarmee wordt veelal een persoon bedoeld die voor eigen rekening en risico arbeid verricht. De definitie "zelfstandige" is niet in wetgeving afgebakend. Daarom is de "zelfstandige" niet als zodanig geregistreerd of herkenbaar. De doelgroep "zelfstandigen" zou, afhankelijk van de gekozen definitie, zowel de persoon die als inkomen winst uit onderneming geniet, de persoon met resultaat uit overige werkzaamheden, de meewerkend partner, als de directeur-grootaandeelhouder (DGA) met een aanmerkelijk belang (als aandeelhouder) en loon (als werknemer) van een besloten of naamloze vennootschap kunnen zijn. De doelgroep die winst uit onderneming geniet sluit het meest aan bij de beoogde kring van verzekerden en is gekozen vanwege de uitvoerbaarheid van het voorstel. In deze memorie van toelichting wordt de term "zelfstandige" veelal gebruikt om de beoogde doelgroep aan te duiden (diegene die winst uit onderneming geniet (IB-ondernemer), tenzij daarvan expliciet wordt afgeweken).

Cijfers over 2021 van de Belastingdienst geven aan hoeveel IB-ondernemers er zijn. Dat zijn er zo'n 652.000 met enkel als inkomstenbron de winst uit onderneming, 19.000 personen genieten zowel winst uit onderneming als resultaat uit overige werkzaamheden, zo'n 624.000 personen hebben zowel winst uit onderneming als loon uit dienstbetrekking in 2019 genoten, en 26.000 personen hebben zowel winst uit onderneming, resultaat uit overige werkzaamheden en loon uit dienstbetrekking. Dat houdt in dat de verwachte kring van verzekerden, op basis van gegevens over 2021 en exclusief eventuele effecten van verschillende maatregelen, ruim 1,3 miljoen personen betreft. Het CBS heeft komt over het jaar 2019 uit op ruim 1,1 miljoen zelfstandig ondernemers met en zonder personeel.[102]

[100] Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2023). *Beoordeling van het arbeidsongeschiktheidsstelsel*.
[101] Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2024). *Toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel*.
[102] De cijfers van het CBS omvatten de zelfstandig ondernemers met en zonder personeel, tot een leeftijd van 65 jaar. In de praktijk zal de kring van verzekerden iets hoger uitvallen vanwege de AOW-leeftijd die boven de 65 jaar ligt.

Hierna wordt toegelicht welke groepen onder de kring van verzekerden vallen. Voorts wordt toegelicht waarom de regering ervoor heeft gekozen om bepaalde groepen niet onder de kring van verzekerden te brengen. De regering heeft de beleidsmatige wens om aan te sluiten bij het voorstel van de Stichting, welke onderscheid maakte naar zelfstandigen met en zonder personeel. Hiervoor is niet gekozen omdat dit met name op gespannen voet staat met de uitvoerbaarheid van dit voorstel. Tot slot wordt toegelicht dat er een ontheffing van de verzekeringsplicht kan worden verleend wegens gemoedsbezwaren, en wordt uiteengezet dat er per zelfstandige maar één verzekering, en daaruit volgend maar één uitkering, op grond van dit voorstel kan bestaan.

4.2 De verzekerden

4.2.1 IB-ondernemer

Voorgesteld wordt dat verzekerd worden: natuurlijke personen die de AOW-gerechtigde leeftijd nog niet hebben bereikt en die als ondernemer winst uit onderneming genieten in de zin van de Wet inkomstenbelasting 2001 (Wet IB 2001). Een persoon geniet winst uit onderneming indien voor zijn rekening een onderneming wordt gedreven en indien hij rechtstreeks wordt verbonden voor de verbintenissen van die onderneming. Ook de beoefenaar van een zelfstandig beroep wordt als IB-ondernemer aangemerkt.

De beoordeling of sprake is van een onderneming is afhankelijk van de feitelijke situatie en omstandigheden van het geval. De criteria om van ondernemerschap te spreken zijn ontwikkeld in de jurisprudentie. Het gaat daarbij met name om de volgende elementen:

- de duurzaamheid en de omvang van de werkzaamheden;
- organisatie van kapitaal en arbeid;
- de grootte van de brutobaten;
- de winstverwachting;
- het lopen van (ondernemers)risico ten aanzien van onder meer omzet, aansprakelijkheid, en debiteuren;
- de mate van zelfstandigheid bij het verrichten van werkzaamheden;
- de beschikbare tijd;
- de bekendheid die naar buiten aan de werkzaamheid wordt gegeven, bijvoorbeeld door het maken van reclame;
- het aantal opdrachtgevers;
- het spraakgebruik, wat in objectieve zin als zodanig wordt aangemerkt.

Afhankelijk van de omstandigheden weegt het ene element zwaarder dan een ander element en kunnen ook nog andere elementen een rol spelen. Geen van de elementen is op zich voldoende doorslaggevend voor een finaal oordeel. Het vergt per geval een beoordeling, waarbij de elementen die in onderlinge samenhang gewogen en beoordeeld worden, leiden tot de uiteindelijke conclusie of sprake is van een onderneming voor de inkomstenbelasting.[103]

De doelgroep IB-ondernemers is in het algemeen al als zodanig bekend met de Belastingdienst. Zij zijn immers als ondernemer doorgaans belastingplichtig voor de Wet IB 2001 en dienen jaarlijks premie te betalen voor de volksverzekeringen en een inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze bekendheid is tevens reden geweest voor de regering om voor de werking van voorliggend voorstel aan te sluiten bij deze groep zelfstandigen.

Ten overvloede: ook de ondernemer wiens belastbare winst uit onderneming negatief of nihil is, is verzekerd. Zijn premiegrondslag is echter nihil en er zal geen negatieve premie worden geheven. Een potentiële uitkering kan eveneens niet negatief zijn en zal gebaseerd zijn op de grondslag, waarbij middeling mogelijk is (zie paragraaf 6.1.3). Er geldt geen ondergrens voor een uitkering (zie paragraaf 6.4.6).

[103] Zie ook Kamerstukken II 2014/15, 32642, nr. 5, p. 3 en 4.

4.2.2 De zelfstandig ondernemer met personeel, de agrarische sector

IB-ondernemer met personeel
Zowel IB-ondernemers die geen personeel in dienst hebben, als IB-ondernemers die dat wel hebben, vallen onder de reikwijdte van de kring van verzekerden van dit voorstel. Op dit onderdeel wijkt het wetsvoorstel af van de kring van verzekerden die werd voorgesteld door de Stichting van de Arbeid. De Stichting vond het niet voor de hand liggen om de groep, die zelf werkgever is, onder de kring van verzekerden te brengen, gelet op hun minder kwetsbare positie.

Naar aanleiding van dit onderdeel van het advies van de Stichting van de Arbeid is er samen met de Belastingdienst nagegaan op welke wijze er een onderscheid gemaakt kan worden tussen zelfstandigen met en zonder personeel. Daar is geen goede mogelijkheid voor gevonden. Omdat vanwege de uitvoerbaarheid gekozen is voor een kring van verzekerden die aansluit bij wettelijk gedefinieerde doelgroepen in de Wet IB 2001, is gekeken naar mogelijkheden in de inkomstenbelasting en de koppeling met de loonheffingen. In de aangifte voor de inkomstenbelasting geeft de belastingplichtige kosten aan, waaronder of er sprake is van personeelskosten. Er zijn echter ook andere rubrieken waarin deze kosten zouden kunnen worden opgenomen. Omdat het voor de belastingheffing niet van belang is onder welke rubriek de (personeels)kosten worden ondergebracht, heeft het niet invullen van deze vraag dan ook geen gevolgen. Onderscheid maken op basis van deze verstrekte gegevens zal, wanneer zij niet overeenkomen met de werkelijkheid, er mogelijk toe kunnen leiden dat zelfstandigen in strijd met het doel van de regeling niet verzekerd zijn tegen het risico op inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid.

Verder geldt dat een fijnmazige definitie van personeel noodzakelijk zou zijn om duidelijkheid te verschaffen aan de zelfstandige, om misbruik te voorkomen en het doel van de regeling in het oog te houden. Hierbij spelen aspecten als:

- de minimale duur van de dienstbetrekking;
- een eventueel toetsmoment;
- het minimum aan loon;
- de aard van de werkzaamheden.

Elke gekozen definitie van personeel in dit voorstel zal de uitvoering compliceren. Niet alleen voor de publieke uitvoeringsorganisaties, maar ook voor de ondernemers. Als voorbeeld: als gekozen wordt om het zo eenvoudig mogelijk te houden, zou er een minimumbedrag aan uitbetaald loon aan personeel kunnen worden gehanteerd als definitie van een ondernemer met personeel. Het kan zo zijn dat een ondernemer verwacht dat minimumbedrag in het jaar uit te keren, waardoor deze niet verplicht verzekerd is. Richting het einde van het jaar stopt de dienstbetrekking echter vanwege opzegging van de arbeidsovereenkomst door de werknemer. Daardoor wordt uiteindelijk dat bedrag niet behaald, waardoor de ondernemer alsnog verplicht verzekerd is en alsnog premie dient te betalen. Dit voorbeeld kan ook omgekeerd spelen: een zelfstandige heeft geen personeel in dienst en verwacht publiek verzekerd te zijn. Gedurende het jaar wordt de zelfstandige echter ziek. Om de onderneming draaiende te houden, huurt de ondernemer personeel in. Daardoor wordt deze een ondernemer met personeel. Daarmee is deze niet langer verzekerd tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. Dat is niet in lijn met de wens om een vangnet te bieden tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico.

Er is gekeken of door middel van een koppeling met de loonheffingen inzicht kan worden verschaft in deze doelgroep. Uit de aangifte voor de loonheffingen volgt immers of iemand personeel in dienst heeft. De groep zelfstandigen die inhoudingsplichtig is voor de loonheffingen kan dan uitgezonderd worden van de verzekeringsplicht. Deze route is niet waterdicht. Ten eerste kan het zijn dat de inhoudingsplichtige bijvoorbeeld alleen een nabetaling heeft gedaan. Ten tweede gelden de vraagstukken rondom de definitie van personeel net zo goed als er een koppeling wordt gemaakt met de loonheffingen. Ten derde is een koppeling tussen systemen zeer complex en maakt het de betrokken systemen minder wendbaar.

Deze uitvoeringstechnische bezwaren hebben geleid tot de conclusie dat het maken van onderscheid tussen zelfstandigen met en zonder personeel tot dermate veel complexiteit leidt, dat dit niet wenselijk wordt geacht.

Hoewel de (on)mogelijkheden in de uitvoering bepalend zijn geweest in het verzekeren van zelfstandigheden met personeel, wenst de regering te benadrukken dat het hebben van een verzekering ook een economische waarde representeert. Dit volgt al uit het volgende. Hoewel bij deze groep de verzekeringsgraad een stuk hoger ligt – volgens de Zelfstandigen Enquête Arbeid (2021) namelijk 44,2% – heeft ook ruim 27% van de zelfstandigen met personeel geen enkele voorziening tegen het verlies van inkomen door het intreden van arbeidsongeschiktheid.

Agrarische sector
De Stichting van de Arbeid heeft de mogelijkheid opengelaten om de agrarische sector uit te zonderen van de verzekeringsplicht. De regering ziet hier echter geen aanleiding toe. Zij ziet geen relevante verschillen tussen ondernemers in de agrarische sector, en ondernemers in andere sectoren, ten aanzien van de noodzaak om hen verplicht te verzekeren. Evenals in andere sectoren, kunnen ook zelfstandigen in de agrarische sector niet altijd terugvallen op een voorziening ingeval van arbeidsongeschiktheid. Daardoor is een verzekering ook voor hen van belang en ziet de regering geen reden om hen uit te zonderen. Bovendien is hierbij meegewogen dat een uitzondering de uitvoering van de verzekering zou compliceren voor Belastingdienst en UWV.

4.2.3 Eén verzekering op grond van dit voorstel
Het behoren tot de kring van verzekerden is, naast de overige beschreven voorwaarden, gebaseerd op de gehele winst uit onderneming ongeacht uit hoeveel ondernemingen die winst wordt genoten. Voor de zelfstandige betekent dit dat, op elk gegeven moment, niet meer dan één verzekering op grond van dit voorstel kan bestaan. Hieruit volgt tevens dat voor de zelfstandige, op elk gegeven moment, niet meer dan één uitkeringsrecht op grond van dit voorstel kan bestaan. Indien er inkomen wordt genoten naast het uitkeringsrecht kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van de uitkering, zie daarvoor paragraaf 6.2.

4.3 Niet verzekerd zijn
Zelfstandigen met resultaat uit overige werkzaamheden en directeur-grootaandeelhouders (DGA's) vallen niet onder de kring van verzekerden, evenals meewerkend partners. De kring van verzekerden wijkt ook op dit punt af van het voorstel van de Stichting van de Arbeid. In het voorstel van de Stichting van de Arbeid werden deze groepen wel onder de kring van verzekerden – voor wat betreft de DGA alleen diegenen zonder personeel – geschaard. De redenen waarom de regering heeft gekozen voor een beperktere kring van verzekerden zijn van beleidsmatige en uitvoeringstechnische aard. Daarnaast wordt in de praktijk een uitzondering gemaakt voor gemoedsbezwaarden; feitelijk zijn zij wel verzekerd maar krijgen zij een premie-vervangende belasting. Op bovengenoemde groepen wordt hieronder nader ingegaan.

4.3.1 Meewerkend partner
De levenspartners van zelfstandigen die meewerken in de onderneming (meewerkend partners) en dat niet doen als werknemer of als zelfstandig ondernemer, vallen niet onder de kring van verzekerden die *verplicht* verzekerd worden tegen het risico op inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid.

Om de keuzes en overwegingen weer te geven, wordt eerst een schets gegeven op welke manieren de partner kan meewerken in de onderneming en of en op welke manier zij verzekerd zijn voor het risico op inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid.

De partner werkt:

1. In dienstbetrekking tot de partner die zelfstandig ondernemer is. Deze meewerkend partner is verzekerd voor de werknemersverzekeringen.
2. Als zelfstandig ondernemer in de onderneming. In deze situatie zijn beide partners zelfstandig ondernemer met belastbare winst uit dienstbetrekking en zijn beiden op die grond verplicht

verzekerd voor de in dit wetsvoorstel voorgestelde verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen.

3. Tegen een arbeidsbeloning van €5.000,- of hoger. Dit inkomen van de meewerkend partner geldt als inkomen voor de inkomstenbelasting en de meewerkend partner moet daarover inkomstenbelasting en premie volksverzekeringen betalen.[104] De vergoeding kan de zelfstandige aftrekken van de winst – hetgeen de winst uit onderneming dus verlaagt.
4. Tegen een arbeidsbeloning die lager is dan €5.000,-, dan kan de zelfstandige in aanmerking komen voor de meewerkaftrek,[105] als de meewerkend partner 525 uur per jaar of meer in de onderneming heeft gewerkt. De hoogte van de meewerkaftrek is een bepaald, forfaitair vastgesteld percentage van de winst en afhankelijk van het aantal uren dat per kalenderjaar in beslag wordt genomen door het meewerken. De meewerkaftrek varieert van 1,25% tot maximaal 4% van de winst. De meewerkaftrek vervalt per 1 januari 2027, naar verwachting voor de inwerkingtreding van dit voorstel.

De meewerkend partner die op basis van 3 en 4 in bovenstaande schets werken, worden niet door middel van dit voorstel (of anderszins) verplicht verzekerd. Vanwege de mogelijkheden in de uitvoering is ervoor gekozen om deze groep niet verplicht te verzekeren. Voor de meewerkend partner die niet in dienstbetrekking werkt of zelf zelfstandig ondernemer is, is er geen mogelijkheid om deze bij voorbaat te herkennen en in de premieheffing te betrekken. Dit probleem speelde ook ten tijde van de WAZ.[106] Ten tijde van de WAZ was het bepalen van de uitkeringshoogte voor UWV complex en arbeidsintensief. Zo moest onder andere worden bepaald wat de bijdrage van de meewerkend partner in de onderneming was.[107] Omdat een wezenlijk onderdeel van een verzekering is dat tegenover een recht op uitkering indien het (arbeidsongeschiktheids)risico zich verwezenlijkt, premie staat, kiest de regering ervoor om deze meewerkend partners niet onder de kring van verzekerden te brengen. Hierbij speelt tevens dat de arbeidsbeloning voor de meewerkend partners veelal wordt gezien als resultaat overige werkzaamheden. Onder dit voorstel worden resultaatgenieters niet verplicht verzekerd. Daarom is er gezocht naar andere opties om deze groep alsnog te kunnen verzekeren tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico.

Voorgesteld wordt om de mogelijkheid voor meewerkende partners om zich *vrijwillig* te verzekeren, uit te breiden. Zij kunnen zich aansluiten bij de vrijwillige WIA-verzekering, die momenteel al wordt aangeboden door UWV voor startende ondernemers. De regering is van mening dat op deze manier voldoende bescherming wordt geboden tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico (zie paragraaf 17.3 voor een beschouwing in het licht van Europees recht).Hoewel de regering er niet voor kiest om deze groep meewerkend partners verplicht te verzekeren, wenst de regering wel zeker te stellen dat deze groep zich vrijwillig kan verzekeren. Om dat te bewerkstelligen worden de voorwaarden voor deze groep om zich vrijwillig te verzekeren voor de Wet WIA aangepast. De huidige vrijwillige verzekering staat voor meewerkende partners alleen open indien zij een arbeidsverleden hebben waarbij zij ofwel als voltijd werknemer een jaar onafgebroken in loondienst hebben gewerkt, ofwel drie jaar aaneengesloten in een parttime dienstverband, waarna zij binnen dertien weken na beëindiging van de dienstbetrekking een aanvraag doen voor de vrijwillige WIA-verzekering als meewerkend partner. Een dergelijke eis zorgt ervoor dat alleen meewerkend partners die voorheen in dienstverband hebben gewerkt, effectief toegang hebben tot de vrijwillige verzekering. Met dit voorstel wordt een uitbreiding beoogd, waardoor ook meewerkende partners zonder eerdere dienstbetrekking in loondienst, aanspraak kunnen maken op de verzekering.[108] Zodoende kunnen

[104] Op grond van artikel 3.96, onderdeel b, Wet IB 2001.
[105] Zie ook artikel 3.78 Wet IB 2001 en het besluit Staatssecretaris van Financiën van 19 januari 2006, nr. CPP2006/73M. Overigens kan deze vergoeding niet ten laste van de winst worden gebracht (artikel 3.16, vierde lid, Wet IB 2001).
[106] Kamerstukken II 1996/97, 25415, nr. 3, p. 12.
[107] Zie ook artikel 5 van het Inkomensbesluit WAZ.
[108] Dit is een afwijking van de polisvoorwaarden op onderdeel c en d van de Vrijwillige verzekering als bedoeld in artikel 18, eerste lid,1 van de Wet WIA. Overige polisvoorwaarden worden in stand gehouden.

ook mensen na een periode van inactiviteit op de arbeidsmarkt succesvol een aanvraag doen voor de vrijwillige verzekering.

De regering kiest er voor dat de meewerkend partner een aanvraag kan doen om toe te treden tot de vrijwillige verzekering die binnen dertien weken na de start van de werkzaamheden als meewerkend partner gedaan dient te worden. Als er later dan dertien weken na de start van de werkzaamheden een aanvraag wordt gedaan, dan ontstaat er een risico van adverse selectie, waardoor vooral partners die dreigen ziek of arbeidsongeschikt te worden zich zullen aanmelden voor de vrijwillige verzekering. Dat kan ervoor zorgen dat er bij de vrijwillige verzekering noodzakelijke risicosolidariteit wordt ondergraven. Deze uitbreiding van de vrijwillige WIA-verzekering geldt alleen voor de meewerkend partners die onder de kring van verzekerden vallen. Daarbij kunnen meewerkende partners van zelfstandigen die gebruik maken van de opt-out regeling ook in aanmerking komen.

Bij de aanvraag van een vrijwillige verzekering moet er voor de persoon die toelating verzoekt een premiepercentage vastgesteld worden op basis van het dagloon. Dit dagloon kan niet hoger zijn dan het maximumdagloon voor de werknemersverzekeringen, en niet hoger zijn dan het loon of inkomen wat de meewerkend partner naar oordeel van UWV derft in geval van arbeidsongeschiktheid. Dit dagloon kan op verzoek jaarlijks worden geïndexeerd of herzien. De premie die wordt geheven bedraagt een percentage van het vastgestelde dagloon. Omdat het aantal werkdagen per maand verschilt, kan ook de premie per maand verschillen. De verwachting is dat door bovenstaande uitbreiding de uitkeringslasten aan de vrijwillige verzekering van de WIA met circa €0,5 miljoen toenemen.

4.3.2 Resultaatgenieters

Het kan zijn dat iemand geen inkomen vergaard door werken in loondienst, of door het drijven van een onderneming, maar dat er toch sprake is van een bron van inkomen die wordt belast in box 1 van de inkomstenbelasting. In die gevallen wordt het genoten inkomen gezien als resultaat uit overige werkzaamheden (ROW; resultaatgenieters). Voorbeelden van ROW kunnen zijn, afhankelijk van de specifieke feiten en omstandigheden van het geval, een vergoeding voor het schrijven van artikelen in vakliteratuur, opbrengsten uit werkzaamheden via internet (bijvoorbeeld uit apps of handel op internet), het beheer van vermogensbestanddelen waarvoor sprake is van meer dan normaal vermogensbeheer (denk aan het uitponden van panden, het gebruiken van voorkennis, etc.). Daarnaast geldt dat opbrengsten uit vermogensbestanddelen die door de partner van een IB-ondernemer aan de onderneming ter beschikking worden gesteld, belast zijn als ROW. Hetzelfde geldt voor de DGA die een vermogensbestanddeel ter beschikking stelt aan de vennootschap waarin hij een aanmerkelijk belang houdt. Het is niet mogelijk om onderscheid te maken tussen verschillende typen resultaatgenieters.

Het grootste gedeelte van de resultaatgenieters heeft naast ROW ook loon uit dienstbetrekking of winst uit onderneming, en maar een betrekkelijk laag ROW. Zie hiervoor onderstaande tabellen, gebaseerd over het jaar 2019.

CONCEPT

Totaal exclusief PGB'ers[109]	**aantal**	**loon**	**winst**	**ROW**
		totaal bedrag	**totaal bedrag**	**totaal bedrag**
geen verder arbeidsinkomen	153.631	.	.	1.062.605.050
geen winst uit onderneming en geen loon uit dienstbetrekking[110]	1.528	.	.	15.931.549
loon uit dienstbetrekking, geen winst uit onderneming	259.103	8.741.189.248	.	825.761.427
winst uit onderneming, geen loon uit dienstbetrekking	20.872	.	686.644.934	138.321.366
loon uit dienstbetrekking en winst uit onderneming	11.830	301.677.899	205.704.658	58.381.859
totaal	**446.964**	**9.042.867.147**	**892.349.592**	**2.101.001.251**

Totaal exclusief PGB'ers	**loon gem.bedrag**	**winst gem.bedrag**	**ROW gem.bedrag**
geen verder arbeidsinkomen			6.917
geen winst uit onderneming en geen loon uit dienstbetrekking			10.426[111]
loon uit dienstbetrekking, geen winst uit onderneming	33.736		3.187
winst uit onderneming, geen loon uit dienstbetrekking		32.898	6.627
loon uit dienstbetrekking en winst uit onderneming	25.501	17.388	4.935

Een verzekeringsplicht voor resultaatgenieters lijkt beperkt meerwaarde te hebben en daarmee kan een verzekeringsplicht afdoen aan het maatschappelijk draagvlak. Een vingerwijzing hiervoor is dat maar 1% van de resultaatgenieters in de periode van 2006 tot 2013 zich verzekerden tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico.[112]

[109] Het geld dat personen die een persoonsgebonden budget (PGB) ontvangen van de SVB (en daaruit hun zorg betalen), wordt door de Belastingdienst vooringevuld in de aanslag voor de inkomstenbelasting als ROW. Voor het beeld is gekozen om alleen de resultaatgenieters exclusief PGB hier af te beelden. De groep met PGB is plusminus 50.000 personen; het kan zijn dat deze groep naast resultaat uit PGB, ook resultaat uit een andere bron heeft.

[110] Er is ook een groep met overig arbeidsinkomen (grootste groep hierin: loon uit het buitenland). Dat speelt primair bij deze groep (gem. €48.288); alleen de eerste regel "geen winst en geen loon uit tegenwoordige arbeid", heeft dit niet.

[111] Er is ook een groep met overig arbeidsinkomen (grootste groep hierin: loon uit het buitenland). Dat speelt primair bij deze groep (gem. €48.288); alleen de eerste regel "geen winst en geen loon uit tegenwoordige arbeid", heeft dit niet.

[112] CPB (2016). *Zelfstandigen en arbeidsongeschiktheid*. Policy Brief 2016/11. Den Haag: Centraal Planbureau.

De regering ziet echter ook in dat er een kleinere groep is die wel een substantieel inkomen uit ROW heeft en daarvan afhankelijk is. Specifiek in bijvoorbeeld de culturele sector. Bovenstaande tabellen geven immers weer dat er een behoorlijke groep is die geen loon en geen winst uit onderneming geniet (zo'n 34% van de resultaatgenieters). Een groot gedeelte van hen heeft eveneens maar een beperkt ROW. Onderstaande frequentietabel geeft weer hoeveel personen alleen resultaat genieten, en de hoogte van dat ROW:

Bedrag aan resultaat per jaar	**aantallen**
<0	9.845
1- 500	35.151
500- 1000	11.945
1000- 2500	21.289
2500- 5000	21.424
5000- 10000	24.102
10000- 20000	17.561
20000- 30000	5.721
30000- 40000	2.026
40000- 50000	1.449
50000- 100000	2.792
>100000	326
totaal	153.631

Op dit moment weegt de belangen van de grotere groep aan resultaatgenieters waarvoor een verzekeringsplicht geen meerwaarde lijkt te hebben, zwaarder dan de belangen van de kleinere groep waarvoor een verzekeringsplicht wel meerwaarde lijkt te hebben. Daarbij monitort de regering de mogelijkheden hoe barrières kunnen worden weggenomen om (uitsluitend) de personen met een substantieel inkomen uit ROW te verzekeren. Dat heeft daarmee tot doel te zorgen dat ook deze werkenden adequaat verzekerd zijn en de risico's niet worden afgewenteld op de samenleving.

4.3.3 DGA's

De directeur-grootaandeelhouder is de (statutair) bestuurder van een besloten vennootschap, of een naamloze vennootschap. Over het algemeen geldt dat de arbeidsverhouding tussen de DGA en een vennootschap niet als een arbeidsovereenkomst voor de sociale zekerheid wordt aangemerkt, en wordt uitgezonderd van de werknemersverzekeringen, omdat er geen sprake is van een gezagsverhouding tussen de vennootschap en de bestuurder. [113] Dat is anders als – kortheidshalve

[113] Zie de Regeling aanwijzing directeur-grootaandeelhouder 2016.

– de bestuurder zijn eigen ontslag niet kan tegenhouden. Deze DGA is wel verzekerd voor de werknemersverzekeringen. Dit is een zeer klein onderdeel van de grotere groep DGA's. In totaal zijn er ultimo 2021 zo'n 267.000 DGA's.[114]

Zoals vermeld adviseerde de Stichting om een onderscheid aan te brengen tussen DGA's met en zonder personeel. Voor de DGA's is het op korte termijn niet haalbaar gebleken om in deze groep een dergelijk onderscheid te maken. Een groter gedeelte van de vennootschappen met een DGA, ten opzichte van ondernemingen van zelfstandig ondernemers, heeft naast de directeur ander personeel.
Anders dan bij de IB-ondernemer, kiest de regering ervoor om de DGA niet verplicht te verzekeren. Daarbij geldt ten opzichte van IB-ondernemers dat het aandeel onverzekerde, kwetsbare DGA's aanzienlijk lager is. Zie daarvoor ook de analyse naar inkomen en vermogen, zoals opgenomen in hoofdstuk 3.[115] DGA's zijn in beginsel gehouden zichzelf een gebruikelijk loon uit te keren. Dat loon is gebaseerd op de rangorderegeling van artikel 12a Wet op de loonbelasting 1964. Met het inkomen stijgt de verzekeringsgraad. Daarnaast weten we dat het vermogen van DGA's een stuk hoger is, wat de kans dat zij in de bijstand belanden, sterk verkleint. Ook met het vermogen stijgt de verzekeringsgraad.[116] Daarmee is de noodzaak om van overheidswege in te grijpen minder aanwezig.

Voor de DGA's is het op korte termijn niet haalbaar gebleken om een onderscheid te maken naar DGA's waarvan de vennootschap niet of ook nog ander personeel heeft. Wanneer dit in de toekomst uitvoeringstechnisch wel haalbaar is, kan een verzekeringsplicht voor de DGA's waarvan de vennootschap geen ander personeel heeft, worden ingevuld.

4.3.4 Gemoedsbezwaarden

Er zijn personen die overwegende gemoedsbezwaren hebben tegen elke vorm van verzekering en daarom noch zichzelf, noch hun eigendommen hebben verzekerd. Voor deze personen met gemoedsbezwaren bestaat op dit moment de mogelijkheid om ontheven te worden van de premieplicht voor de werknemersverzekeringen en de volksverzekeringen (inclusief Zvw). Het gaat dan overigens met name om de ontheffing van de verplichting tot premie- of bijdragebetaling. De gemoedsbezwaarde is wel een premie- of bijdragevervangende belasting verschuldigd nadat de ontheffing is verleend door de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

Voor de werknemers- en volksverzekeringen is deze ontheffing thans al geregeld in de Wet financiering sociale verzekering (Wfsv). De verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering wordt daaraan toegevoegd; dit voorstel regelt dat een ontheffingsmogelijkheid ook voor de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen verleend kan worden. Hiermee wordt tevens uitvoering gegeven aan de door de Tweede Kamer aangenomen motie van de leden Stoffer en Bruins.[117]

4.3.5 Winst als medegerechtigde

Met dit wetsvoorstel wordt het inkomensverlies bij het intreden van het arbeidsongeschiktheidsrisico verzekerd. Het gaat hier om feitelijk inkomensverlies. Er is echter een groep die winst uit onderneming geniet, maar die daarvoor per definitie geen arbeid verricht. Dit ziet op de zogenoemde medegerechtigde als bedoeld in artikel 3.3, eerste lid, onderdeel a, Wet IB 2001 en de belastingplichtige die een schuldvordering heeft verstrekt aan een ondernemer waarbij die vordering in feite functioneert als eigen vermogen als bedoeld in artikel 3.3, eerste lid, onderdeel b, Wet IB 2001. Bij deze groep geldt in het algemeen dat zij – als zij ziek worden – ze geen inkomensverlies leiden. Het verzekeren van deze groep zou ertoe leiden dat ze wel premieplichtig worden, terwijl er logischerwijs een nihil-uitkering zal ontstaan.

---

[114] CBS, Statline.
[115] Het CPB gaf over gegevens uit 2013 aan dat het aantal verzekerde DGA's bijna 50% hoger lag dan het aantal verzekerde zelfstandig ondernemers (36% om 25%). CPB (2016). *Zelfstandigen en arbeidsongeschiktheid*. Policy Brief 2016/11. Den Haag: Centraal Planbureau.
[116] M. Buitenhuis (2020). *Zelfstandigen met weinig vermogen ook vaak niet verzekerd*. ESB 105 (4782).
[117] Kamerstukken II 2018/19, 32043, nr. 470.

De groep medegerechtigden bevat onder meer de commanditaire vennoot. Dit zijn personen die zich niet zozeer bezighouden met de dagelijkse bedrijfsvoering; ze zijn primair geldschieter van de onderneming. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen bij de bedrijfsoverdrachten: een ouder laat bij de overgang van onderneming z'n gehele kapitaal achter in de onderneming, het kind wordt beherend vennoot.

Omdat de medegerechtigde niet verbonden wordt voor de verbintenissen die ten behoeve van de onderneming worden gesloten, is het onlogisch om deze groep op te nemen onder de kring van verzekerden.[118] Er is geen te leveren arbeid om te verzekeren.[119] De regering wenst de inkomsten van deze groep die weliswaar winst uit onderneming geniet daarom ook uit te sluiten van de verzekering.

Hierbij geldt de volgende kanttekening. Het begrip winst uit onderneming is ruim en is het bedrag van de gezamenlijke voordelen die, onder welke naam en in welke vorm ook, worden verkregen uit een onderneming.[120] Daar wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen winst gegenereerd door het leveren van arbeid, of winst anderszins gegenereerd.
Ook na het uitsluiten van het inkomen uit medegerechtigdheid geldt dat er winst uit onderneming kan worden genoten, anders dan door het leveren van arbeid. Ook voor de ondernemers uit deze groep geldt dat zij premieplichtig worden maar dat als zij ziek worden, ze geen inkomensverlies leiden en dus logischerwijs niet in aanmerking komen voor een uitkering. De regering accepteert dat dit een consequentie is van aansluiten bij de in, en vóór de fiscaliteit ontwikkelde terminologie, waarbij niet een onderscheid is te maken in het gedeelte van de winst uit onderneming dat wordt gemaakt door geleverde arbeid, en het gedeelte van de winst uit onderneming, dat wordt gemaakt door het inbrengen van kapitaal.

4.3.6 Privaat verzekerden

Er zijn twee groepen zelfstandigen die wel onder het toepassingsbereik van deze wet vallen, maar door het afsluiten van een aan voorwaarden verbonden private arbeidsongeschiktheidsverzekering, niet verplicht verzekerd zijn voor deze publieke verzekering. Dat zijn de zelfstandigen die onder het overgangsrecht vallen, en voldoen aan het toetsingskader voor de opt-out. Op die zelfstandigen wordt ingegaan in de hoofdstukken 11 en 13. Ook de zelfstandige ondernemer met een vrijwillige verzekering bij het UWV, zie paragraaf 15.2.2, valt onder voorwaarden onder het overgangsrecht.

4.3.7 Overig

In het bovenstaande zijn de belangrijkste uitzonderingen op de kring van verzekerden genoemd. Er zijn verschillende andere uitzonderingen. Dit wetsvoorstel regelt ten eerste welke zogenaamde vreemdelingen niet verzekerd zijn voor deze wet. Ten tweede zijn zelfstandigen die de AOW-gerechtigde leeftijd bereiken, niet verzekerd; zij worden dus ook niet in de premieplicht betrokken en een eventueel recht op uitkering vervalt. Ten derde bevat dit wetsvoorstel een delegatiebepaling, waarin op het niveau van een algemene maatregel van bestuur de kring van verzekerden kan worden beperkt of uitgebreid.[121] Ten vierde: de verzekeringsplicht geldt niet voor de periode dat de zelfstandige niet is ingeschreven in het handelsregister van de Kamer van Koophandel. Deze koppeling aan het handelsregister is onder andere noodzakelijk om te voorkomen dat een zelfstandige die stopt met zijn onderneming, en wiens private arbeidsongeschiktheidsverzekering eindigt met het einde van de onderneming, voor de rest van

[118] Bij de totstandkoming van de WAZ is bij amendement van het lid Van Hoof (Kamerstukken II 1996/97, 24758, nr. 14) een soortgelijke uitzondering opgenomen.
[119] Dit standpunt is ook door de Staatssecretaris van Financiën ingenomen bij de uitvoering van de WAZ (vraag 1.1 en 1.2 van de "vragen en antwoorden inzake de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen": wetten.nl - Regeling - Vragen en antwoorden inzake de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (Waz) - BWBR0016741 (overheid.nl)).
[120] Zie in dit kader artikel 3.8 van de Wet IB 2001.
[121] Deze werkwijze is gangbaar, zie bijvoorbeeld het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999.

dat fiscale jaar nog publiek verzekerd wordt en daarvoor publieke premie moet betalen (zie ook hoofdstuk 10).

4.4 Consequenties van het willen aansluiten bij de aan de fiscaliteit ontleende begrippen

De beleidsmatige wens om aan te sluiten bij de aan de fiscaliteit ontleende termen, en de werking daarvan, kent consequenties.

Bij de uitvoering van de publieke verzekering wordt wat de kring van verzekerden betreft aangesloten bij degene die winst uit onderneming geniet in de zin van de Wet IB 2001. Als gevolg daarvan wordt voor de doelgroep en de grondslag aangesloten bij gegevens die uit het proces voor de aanslag voor de inkomstenbelasting en premie volksverzekeringen komen. Hierbij wordt enerzijds aangesloten bij reeds bestaande (fiscale) begrippen, wat de uitvoerbaarheid en uitlegbaarheid van dit wetsvoorstel vergroot. Anderzijds zijn deze fiscale afbakeningen en processen tot stand gekomen in de context van de fiscaliteit, en niet tot stand gekomen om als begrip voor de sociale zekerheid te gebruiken. Dit heeft ook in de aanloop naar de totstandkoming van dit wetsvoorstel geleid tot concessies die noodzakelijkerwijs voor de uitvoerbaarheid benodigd waren. Zo is de in 2020 door de Stichting van de Arbeid voorgestelde kring van verzekerden, waaronder oorspronkelijk niet de zelfstandigen met personeel werden geschaard, onuitvoerbaar gebleken.

De meeste IB-ondernemers zijn als belastingplichtige bekend met de Belastingdienst. Zij zijn immers als ondernemer doorgaans belastingplichtig voor de inkomstenbelasting en doen jaarlijks aangifte. Er wordt bij ongeveer 40% van de zelfstandig ondernemers een voorlopige aanslag opgelegd voor de inkomstenbelasting/premie volksverzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, waardoor zij al gedurende het jaar inkomstenbelasting, premie volksverzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw afdragen. Een vergelijkbare voorschotsystematiek wordt voorgesteld voor het heffen en innen van de verschuldigde premie op grond van dit wetsvoorstel. Op die manier wordt zoveel mogelijk gefaciliteerd dat in termijnen de verschuldigde premie betaald kan worden, waardoor niet in één keer het totale bedrag aan premie over een heel jaar, of meerdere jaren, ineens verschuldigd is. Hoewel de voorschotsystematiek ook consequenties met zich meebrengt – zie hieronder – vindt de regering dit evenwel te prefereren boven een systematiek waarbij forse premiebedragen ineens verschuldigd worden.

Voor zelfstandigen die wensen geen voorschot te betalen op de premie – ook al is er wel sprake van een invorderbaar voorschot voor de inkomstenbelasting en/of inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, voorziet de regering een mogelijkheid om dit te bewerkstelligen. Deze keus is aan de zelfstandige, en al naar gelang de beoordeling over de definitieve verzekeringsstatus bij de definitieve aanslag voor deze wet, zal deze een bedrag ineens verschuldigd worden voor de premies op grond van dit wetsvoorstel.

De definitief vast te stellen grondslag voor dit voorstel baseert zich op diverse gegevensvelden uit het aanslagproces voor de inkomensheffing. De definitieve aanslag voor de inkomensheffing met achterliggend het inkomen, de te betalen inkomstenbelasting en de onderliggende beoordeling of er sprake is van winst uit onderneming, vindt echter pas achteraf – (soms ver) na het verzekeringsjaar voor de verplichte verzekering – plaats. De definitieve aanslag wordt pas tussen de anderhalf en vijf jaar na het belastingjaar opgelegd. Hierbij geldt dat voor het jaar 2019 ongeveer 10% van de voorlopige aanslagen na twee jaar nog niet gevolgd zijn door een definitieve aanslag (ruim 90.000 aanslagen). Dit doet zich in sterkere mate voor bij starters die in de eerste jaren verliesgevend kunnen zijn en waarbij er sprake is van een discussie of het gegenereerde inkomen als winst uit onderneming moet worden gekwalificeerd.
Gedurende de periode tot de definitieve aanslag is er onzekerheid of de betrokkene verzekerd is volgens dit wetsvoorstel. Er is daarom in deze periode onzekerheid over de verzekeringsplicht, de premieplicht en – indien de betrokkene arbeidsongeschikt is geworden – de uitkering(shoogte). De onzekerheid in de voorlopige fase is voor de regering een argument om zelfstandigen de mogelijkheid te bieden in deze fase af te zien van een voorschotbetaling voor de premies op grond

van dit wetsvoorstel.

In deze paragraaf komen de gevolgen van de wens voor aansluiting op het fiscale systeem aan bod. Ondanks dat de verzekering van rechtswege geldt, is er geen actuele status van de verzekeringsplicht mogelijk. Dat komt omdat pas later definitief kan worden bepaald of de betrokkene onderdeel is van de kring van verzekerden.

Daardoor kunnen situaties zich voordoen waarbij:

- voor zover er achteraf – volgend uit het proces van de definitieve aanslag inkomensheffing – geen sprake is van een verzekeringsplicht, terwijl de betrokkene wel bij voorschot premie verschuldigd is geweest voor dit voorstel.
- Voor zover er achteraf – volgend uit het proces van de definitieve aanslag inkomensheffing – wel sprake is van een verzekeringsplicht, terwijl de betrokkene niet bij voorschot premie verschuldigd is geweest voor dit voorstel.

In paragraaf 9.7 komen de gevolgen aan bod voor zover er weliswaar ervan uit is gegaan dat er sprake is van een verzekeringsplicht, maar de hoogte van het verzekerde bedrag anders uitpakt. Dit kan gevolgen hebben voor de verschuldigde premie, of de hoogte van de uitkering.

Indien later blijkt dat geen sprake is van verzekeringsplicht
Het kan voorkomen dat de betrokkene op basis van een voorschot premie verschuldigd is geweest aan de Belastingdienst. Als vervolgens uit het proces van de definitieve (en onherroepelijk geworden) aanslag voor de inkomstenbelasting en premie volksverzekeringen volgt dat er geen sprake is van winst uit onderneming, is de premie bij nader inzien onverschuldigd, omdat betrokkene toch niet verplicht verzekerd is (geweest). In die gevallen zullen de verkregen inkomsten veelal worden gekenmerkt als loon uit dienstbetrekking of resultaat uit overige werkzaamheden.

De premie is onverschuldigd, en wordt – mits door de betrokkene betaald – weer terugbetaald aan de betrokkene. Als een ondernemer termijnen van de voorlopige premiebetaling niet betaalt, niet de keuze kenbaar heeft gemaakt om geen voorschot op de premiebetaling te wensen te betalen, of op de vordering om premie te betalen geen actie onderneemt, start een semi-massaal proces van dwanginvordering bij de Belastingdienst. Dat kan leiden tot verrekening met teruggaven of zelfs beslag op goederen, waardoor in het meest ongunstige geval de zelfstandige zijn activiteiten niet kan voortzetten. Het is mogelijk dat enkele jaren later (bij het opleggen van de definitieve aanslag inkomstenbelasting en premie volksverzekeringen) formeel wordt geconstateerd dat er geen verzekeringsplicht en geen premieplicht was. Er heeft dan – achteraf bezien – ten onrechte verrekening plaatsgevonden dan wel zijn ten onrechte beslagen gelegd. Met eerdergenoemde mogelijkheden om de voorschotbetaling aan te passen, acht de regering deze gevolgen acceptabel.

Bij de betrokkene die – na het verstrijken van de wachttijd, en aan de voorwaarden daartoe voldeed – op voorschotbasis een uitkering krijgt van UWV vanwege geconstateerde arbeidsongeschiktheid, zal dit als gevolg hebben dat de uitkering onverschuldigd is verstrekt. In dat geval vervalt het recht op uitkering op grond van dit wetsvoorstel. Zoals hiervoor gesteld, zal bij de definitieve aanslag veelal de verkregen inkomsten worden gekenmerkt als loon uit dienstbetrekking of resultaat uit overige werkzaamheden. In het geval van loon uit dienstbetrekking bestaat er – indien aan de voorwaarden daartoe voldaan – recht op ziekengeld of een WIA-uitkering, waarmee de nadelige gevolgen worden gecompenseerd.

Wel sprake van verzekeringsplicht
Het kan ook voorkomen dat pas na de definitieve aanslag wordt vastgesteld dat de betrokkene winst uit onderneming geniet. Dan wordt – in vergelijking met de voorschotsystematiek – pas later onderkent dat er een premieplicht bestaat. Afhankelijk van de hoogte van de winst uit onderneming, kan de verschuldigde premie fors oplopen zeker als de premieplicht voor verschillende opvolgende jaren wordt vastgesteld. Wel krijgen deze betrokkenen – indien aan de

voorwaarden voldaan – recht op een uitkering bij ingetreden arbeidsongeschiktheid, en recht op fiscale faciliteiten zoals de MKB-winstvrijstelling.

Het bovenstaande zal met name voorkomen bij startende ondernemers die geen voorlopige betaling van de premie aanvragen. Zo waren er volgens de Belastingdienst in 2019 zo'n 86.000 startende ondernemers. Voor hen geldt dat zij dit risico zelf dienen te onderkennen en daarvoor reserveringen moeten maken. De benodigde reserveringen voor de verschuldigde inkomstenbelasting/premie volksverzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw zijn deels vergelijkbaar. De benodigde reserveringen voor belastingen op inkomen zijn algemeen van toepassing en beter kenbaar dan de premie voor dit voorstel waarvoor verschillende kwalificaties relevant zijn om verzekeringsplichtig te zijn.

De hierboven geschetste onzekerheid is inherent aan de keuze voor de kring van verzekerden en de aansluiting bij de systematiek van de fiscaliteit. Voornoemde onzekerheid geldt voor zelfstandigen met sterk wisselende winsten en in extreme mate wanneer de inkomstenbron varieert. Dan is voor de betrokkene niet altijd bij voorbaat duidelijk of er sprake is van winst, resultaat of loon.

Alternatieven
De regering onderkent de consequenties van de vormgeving van deze publieke verzekering. Zelfstandigen kunnen met forse consequenties te maken krijgen. Het kabinet heeft daarom maatregelen verkend om deze consequenties te mitigeren. Deze mitigerende maatregelen, die gewogen worden op wenselijkheid, haalbaarheid, en uitvoerbaarheid, kunnen echter vrijwel niet de nadelige gevolgen voor de zelfstandige en uitvoering wegnemen.

De regering constateert hierbij dat er geen alternatief voorhanden is binnen het kader van een inkomensafhankelijke regeling voor zelfstandigen. Zo vallen alternatieven af waarbij een andere grondslag, zoals het verzamelinkomen, wordt gekozen, omdat dit leidt tot dubbelverzekering (en dubbele kosten) van werknemers. Ook zelfstandigen voor het verzekeringsjaar een verzekerd inkomen laten kiezen (zoals bij de private verzekering en de vrijwillige verzekering ZW en Wet WIA gangbaar is) leidt tot onaanvaardbare consequenties. Zelfstandigen die eigenlijk niet verzekerd wensen te zijn biedt dit de mogelijkheid om de verzekeringsgrondslag op een nihil bedrag vast te (laten) stellen. Een dergelijke vormgeving zou contrair zijn aan de doelen die de regering nastreeft, nu zij daarmee noch beschermd zijn tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid, noch het kostenverschil met werknemers verkleint. Als – naar verwachting – met name gezonde zelfstandigen hiertoe overgaan, ondergraaft dit tevens de solidariteit in, en de betaalbaarheid van, de publieke verzekering.

5. Het recht op uitkering

5.1 Inleiding

Recht op een uitkering heeft de zelfstandige die:

- Verzekerd is;
- Arbeidsongeschikt is geraakt;
- De wachttijd heeft doorlopen; en
- Waarvoor geen uitsluitingsgrond van toepassing is.

Op het verzekerd zijn is in het vorige hoofdstuk ingegaan. Op de verschillende andere onderdelen van het recht op uitkering, wordt in de hiernavolgende paragrafen ingegaan. Het gaat hierbij om de publieke verzekering. Bij een private verzekering kunnen andere voorwaarden gelden; zie hoofdstuk 10.

5.2 Arbeidsongeschiktheidscriterium

Met dit wetsvoorstel krijgen zelfstandigen recht op een uitkering als ze vanwege ziekte of gebrek beperkte mogelijkheden hebben om arbeid te verrichten. De ernst of langdurigheid van de ziekte is hierbij niet bepalend. Het gaat erom dat de zelfstandige beperkte mogelijkheden heeft om

arbeid te verrichten als direct gevolg van een ziekte of gebrek. Andersom geldt hetzelfde; het kan voorkomen dat de zelfstandige een verlies aan mogelijkheden ervaart, maar als dit verlies niet te herleiden is naar een ziekte of gebrek, is er geen recht op een uitkering. Het gaat er dus om dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen het objectief medisch vast te stellen ziekte of gebrek, waardoor de verzekerde verminderde mogelijkheden heeft om arbeid te verrichten.[122]

In dit wetsvoorstel kiest de regering voor een absoluut criterium voor arbeidsongeschiktheid: is de zelfstandige nog in staat om met arbeid ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen? Dit is een ander arbeidsongeschiktheidscriterium dan bij andere arbeidsongeschiktheidswetten wordt gehanteerd, in het bijzonder de Wet WIA. In de Wet WIA geldt een relatief arbeidsongeschiktheidscriterium: iemands procentuele verlies aan verdiencapaciteit is leidend bij het beantwoorden van de vraag of iemand arbeidsongeschikt is. Oftewel, hoeveel kan hij nog verdienen, ten opzichte van zijn inkomen genoten voor het intreden van de ziekte of gebrek?

De reden voor de keuze voor een ander criterium is meerledig. De regering heeft gekeken naar de beoogde aard van de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen in relatie tot de drie criteria uitlegbaarheid, uitvoerbaarheid en betaalbaarheid. Met de keuze voor dit criterium wijkt het wetsvoorstel ook af van het advies van de Stichting van de Arbeid.[123]

De regering constateert allereerst dat de beoogde maximering van de uitkering, ter hoogte van het wettelijk minimumloon[124], ervoor zorgt dat de verzekering minder het karakter heeft van een verzekering tegen een procentueel inkomensverlies. Deze maximering geeft de verzekering meer het karakter van een basisverzekering tegen arbeidsongeschiktheid. De koppeling tussen het oude inkomen en de hoogte van de uitkering is hierdoor – vergeleken met de Wet WIA – immers beperkt en geldt slechts tot maximaal een uitkering op minimumloonniveau.

Bij een verzekering tegen een procentueel inkomensverlies, zoals in de Wet WIA, is het logisch en noodzakelijk om een vergelijking te maken van iemands oude inkomen met het inkomen dat hij nog zou kunnen verdienen gegeven zijn beperkingen. Dat vergt een complexe en arbeidsintensieve verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige beoordeling, en het vergt een precieze vaststelling van iemands oude inkomen (het zogeheten "maatmaninkomen") waartegen de resterende verdiencapaciteit moet worden afgezet. De regering acht een dergelijke beoordeling niet proportioneel voor de vaststelling van een uitkering die meer het karakter heeft van een basisverzekering tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid. De regering stelt dan ook een eenvoudiger arbeidsongeschiktheidscriterium voor dat zij passender acht bij het karakter van de verzekering.

Een aantal overwegingen is hierbij doorslaggevend geweest, ten aanzien van de uitlegbaarheid, uitvoerbaarheid en betaalbaarheid. Die zijn hieronder uiteengezet.

Uitlegbaarheid
Met het voorgestelde absolute criterium hangt het antwoord op de vraag, of er recht is op een uitkering, niet meer af van wat voorheen verdiend werd als ondernemer. Het recht op een uitkering hangt alleen af van iemands resterende mogelijkheden in arbeid. Hierdoor is er een

[122] Voor de begrippen ziekte en objectiviteit worden dezelfde definities gehanteerd als beschreven in de memorie van toelichting bij de totstandkoming bij de Wet WIA, Kamerstukken II 2004/05, 30034, nr. 3, paragraaf 4.1.
[123] Door de Stichting van de Arbeid is 23 april 2024 een brief verzonden aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de Tweede Kamer, waarbij zij kenbaar heeft gemaakt dat er in de uitwerking, in overleg met elkaar, nadere keuzes gemaakt die afwijken van het oorspronkelijke advies, die nodig blijken te zijn door de unieke kenmerken van zelfstandigen ten opzichte van andere werkenden. De Stichting en zelfstandigenorganisaties melden hier positief over te zijn, omdat zo binnen enkele jaren een verzekering voor zelfstandigen ingevoerd kan worden die zoveel mogelijk aansluit bij de behoeften van de doelgroep.
[124] Zie hoofdstuk 6 en Stichting van de Arbeid (2020), *Keuzes voor zekerheid*.

heldere koppeling tussen de gevolgen van de ziekte of gebrek op de arbeid die nog in redelijkheid kan worden verricht, en het recht op een uitkering.

De hoogte van de uitkering hangt wel af van wat de zelfstandige voorheen verdiende: die is evenredig met wat de zelfstandige voorheen verdiende tot aan 142,86% van het minimumloon. Daarmee is er een koppeling tussen de hoogte van de uitkering enerzijds en de betaalde premie anderzijds. Deze koppeling is voor de regering een belangrijk uitgangspunt dat zij ook cruciaal acht voor het draagvlak onder zelfstandigen. Dat betekent dat de hoogte van de uitkering tot aan minimumloonniveau nog kan veranderen als nog niet ten tijde van de uitkeringsverstrekking de winst definitief is vastgesteld. Bij het definitief vaststellen van een hogere of lagere winst uit onderneming, zal de definitieve uitkering hoger of lager uitvallen dan de voorlopig vastgestelde hoogte van de uitkering.

Daarnaast is in gesprekken met professionals in de uitvoering en met zelfstandigenorganisaties duidelijk geworden dat een relatief arbeidsongeschiktheidscriterium zoals in de Wet WIA lastiger uitvoerbaar en lastiger uitlegbaar is voor zelfstandigen dan voor werknemers. Het is tekenend voor zelfstandigen dat hun inkomen fluctueert, en dat de definitieve vaststelling van hun inkomen in een bepaald jaar vaak pas op een later moment plaatsvindt. Daardoor wordt het vaststellen van een maatmaninkomen ten tijde van de beoordeling van een uitkeringsclaim bemoeilijkt, wat bij een criterium zoals in de Wet WIA nodig is om te kunnen vaststellen of iemand arbeidsongeschikt is, en in welke mate. Hierbij zouden situaties ontstaan waarin een zelfstandige aanvankelijk arbeidsongeschikt wordt beoordeeld, maar waarbij hij of zij op een later moment, ten gevolge van een definitieve aanslag inkomstenbelasting, bij nader inzien niet arbeidsongeschikt blijkt te zijn door verandering van het maatmaninkomen. Dat acht de regering lastig uitlegbaar.

Uitvoerbaarheid
Het voorgestelde criterium is beter uitvoerbaar dan het criterium dat geldt in de Wet WIA. De verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige beoordeling van arbeidsongeschiktheid volgens de Wet WIA is noodzakelijkerwijs arbeidsintensief, doordat niet alleen beoordeeld moet worden of iemand nog ten minste het wettelijk minimumloon kan verdienen, maar ook hoeveel meer precies. Bij het voorgestelde absolute criterium moet worden vastgesteld of iemand nog ten minste het wettelijk minimumloon kan verdienen, maar hoeveel meer hij nog kan verdienen is irrelevant. Dat maakt de beoordeling eenvoudiger (zie paragraaf 7.2) en daarmee is dit voorstel naar verwachting beter inpasbaar in het bestaande stelsel, gelet op de schaarste aan sociaal-medische beoordelingscapaciteit.

Betaalbaarheid
De regering weegt mee dat de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering met dit criterium meer een basisverzekering tegen arbeidsongeschiktheid wordt, met een lagere kostendekkende premie dan bij een criterium zoals in de Wet WIA. Dat komt de betaalbaarheid van de verzekering ten goede. Uiteraard gaat dat gepaard met een beperktere dekking: voormalig hogere inkomens die nog in arbeid ten minste het wettelijk minimumloon kunnen verdienen, krijgen geen recht op een gedeeltelijke uitkering met dit criterium. De regering acht dat echter passend bij het karakter van de verzekering, en overweegt daarbij dat een gedeeltelijke uitkering ter hoogte van een percentage van het minimumloon voor hogere inkomens een beperkt inkomen zou bieden in vergelijking met het inkomen dat werd verdiend voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid. Ter illustratie, een zelfstandige met een inkomen van tweemaal modaal die 50% arbeidsongeschikt wordt volgens een criterium zoals in de Wet WIA, zou met een maximering van de uitkering op minimumloonniveau een bruto-uitkering krijgen ter hoogte van 50% van het minimumloon. Dat staat voor hem gelijk aan circa 15% van zijn winst uit onderneming voordat hij ziek werd.

5.3 Wachttijd

5.3.1 Keuze voor een wachttijd van een jaar

De verzekerde zelfstandige kan aanspraak maken op een uitkering wanneer hij arbeidsongeschikt is en de wachttijd van 52 weken heeft doorlopen. Dat betekent dat de zelfstandige het eerste ziektejaar zelf financieel moet overbruggen.

Ook de Stichting van de Arbeid heeft voorgesteld om een standaardwachttijd van 52 weken aan te houden. Dit is dezelfde wachttijd als ten tijde van de WAZ. De Stichting heeft tevens voorgesteld om naast de standaardwachttijd een keuzemogelijkheid in de publieke verzekering op te nemen, waarbij zelfstandigen de mogelijkheid hebben om eenmalig te kiezen voor een kortere of langere wachttijd van respectievelijk zes maanden of twee jaar. Al naar gelang de lengte van de wachttijd, zou daarop ook de premiehoogte worden afgestemd. Hoewel deze mogelijkheid inspeelt op de verschillende verzekeringsbehoeften van zelfstandigen, stuit deze ook op bezwaren. Een combinatie van uitvoeringstechnische, beleidsmatige en gedrags-economische redenen zorgt ervoor dat de regering geen mogelijkheden ziet voor een gedifferentieerde wachttijd. Zo leidt de keuzemogelijkheid tot risicoselectie. Zelfstandigen die al een slechte gezondheid of een zwaar beroep hebben, zullen naar verwachting vaker voor een korte wachttijd kiezen waardoor de premie voor deze wachttijd relatief hoog wordt. Hierdoor wordt kiezen voor de korte wachttijd duurder totdat er enkel nog zelfstandigen met een hoog verwacht risico op arbeidsongeschiktheid of met zeer sterke preferenties voor de kortste wachttijd kiezen. De hoge prijs voor de publieke verzekering met een korte wachttijd geeft andere zelfstandigen die graag een korte wachttijd hebben bovendien een extra prikkel om voor een private verzekering te kiezen.[125]

Een wachttijd van 52 weken geeft een goede balans tussen enerzijds de eigen verantwoordelijkheid van de zelfstandige, om de eerste periode van ziekte zelf te overbruggen – bijvoorbeeld met een eigen financiële buffer of via een schenkkring, en anderzijds het bieden van inkomensbescherming bij langdurige ziekte en daaropvolgende arbeidsongeschiktheid. Daarnaast zouden – indien een kortere wachttijd zou worden overwogen – de kosten voor de verzekering evenals de belasting op de uitvoering, navenant stijgen.

5.3.2 Vaststellen eerste ziektedag

Indien de verzekerde zelfstandige wegens ziekte of gebrek zijn eigen werk niet meer kan verrichten en verwacht dat het ziektebeeld van langdurige aard is, kan hij dit melden bij UWV in de vorm van een ziekmelding. De zelfstandige heeft de mogelijkheid om zich ziek te melden, maar dit is geen vereiste. UWV stelt, binnen het kader van wat noodzakelijk is voor de uitvoering van dit wetsvoorstel en de uitvoering van de onderstaande omschrijving, vast welke informatie de zelfstandige bij de ziekmelding dient te verstrekken.

De ziekmelding bevat ten minste de datum van de eerste ziektedag, die ook in het verleden kan liggen. Er wordt hiervoor gekozen, omdat in gesprek met zelfstandigenorganisaties is gebleken dat zelfstandigen geneigd zijn om door te werken, zelfs als ze geconfronteerd worden met ziekte.[126] Daarnaast voorkomt dit onnodige regeldruk omdat de zelfstandige ook bij kortdurend verzuim direct gegevens zou moeten delen met UWV waar dat achteraf mogelijk niet nodig blijkt te zijn. Zelfstandigen worden aangespoord om tijdig voor de claimbeoordeling een ziekmelding te doen van hun ongeschiktheid tot werken, zodat indien de zelfstandige dit wenst er re-integratieondersteuning kan worden geboden door UWV. De melding is een voorwaarde voor het kunnen verkrijgen van recht op ondersteuning bij arbeidsinschakeling gedurende de wachttijd.

Binnen een termijn van dertien weken na ontvangst van de ziekmelding beslist UWV of de wachttijd is ingegaan, per welke datum de wachttijd is ingegaan en of de wachttijd op het moment van de beslissing nog loopt. UWV dient daarvoor te onderzoeken of er sprake is van ongeschiktheid tot het verrichten van eigen arbeid en sinds wanneer dat zo is. De zelfstandige dient hiervoor tijdig (aanvullende) informatie te verstrekken (tenzij er alvorens een herstelmelding is gedaan). Dit bestaat uit in ieder geval een ingevulde medische vragenlijst met daarop de eerste ziektedag, de reden van uitval en gegevens over een eventuele diagnose, lopende medische behandeling(en) indien aan de orde, en eventuele andere door UWV opgevraagde informatie die noodzakelijk is voor bovenstaande beslissing. Deze verzamelde gegevens dienen het doel om de eerste ziektedag vast te stellen waarop de zelfstandige zijn eigen werk niet meer kon doen. UWV legt dit vast in een besluit. Met dit besluit ontstaat er recht op re-integratieondersteuning door

[125] Zie uitgebreider over het niet hanteren van een gedifferentieerde wachttijd: Kamerstukken II 2021/22, 29544, nr. 1112.
[126] Voor een ziektedag in het verleden wordt aangesloten bij artikel 64, elfde lid, Wet WIA.

UWV en wordt de zelfstandige ook geïnformeerd over de mogelijkheid om re-integratiedienstverlening te ontvangen van UWV.

De verzekerde zelfstandige kan er baat bij hebben om een ziekmelding zo vroeg mogelijk in de ziekteperiode te doen, als de ziekte naar verwachting langdurig van aard is. UWV kan de zelfstandige in het verdere proces dan wijzen op het moment waarop de uitkering kan worden aangevraagd en de zelfstandige tijdens de wachttijd, indien gewenst, ondersteunen bij werkhervatting. Hoe verder de eerste ziektedag in het verleden ligt, hoe lastiger het in sommige gevallen kan zijn om de ingangsdatum van de wachttijd te kunnen vaststellen. Hierdoor ontstaat er mogelijk een zwaardere bewijslast voor de zelfstandige ten opzichte van een ziekmelding die al vroeg in het ziekteproces wordt gedaan. Als UWV besluit dat de beperkingen geen gevolgen (meer) hebben voor de geschiktheid voor eigen arbeid, dan wordt de wachttijd beëindigd. Het doorlopen van de wachttijd geeft op zichzelf geen recht op uitkering; het recht op een uitkering wordt bepaald bij de beoordeling van een eventuele uitkeringsclaim (zie hoofdstuk 7).

Er zijn zelfstandigen wier eerste ziektedag is gelegen voor de dag waarop dit voorstel in werking treedt. Op het moment dat zij – ondanks ziekte of gebrek – winst uit onderneming genieten als het wetsvoorstel in werking is getreden, zijn zij verzekerd voor dit voorstel. Voor deze zelfstandigen vangt de eerste ziektedag op zijn vroegst aan op de dag van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. Hiermee worden deze zelfstandigen op eenzelfde wijze behandeld als zelfstandigen die op de dag van inwerkingtreding ziek worden.

5.3.3 Samentellingsregeling

Als de zelfstandige hersteld is (gemeld) tijdens de wachttijd, maar binnen een periode van minder dan vier weken weer uitvalt door dezelfde of een andere ziekte en/of gebrek, dan wordt de wachttijd voortgezet. De wachttijd zal worden hervat vanaf het moment dat deze werd beëindigd.

5.4 Uitsluitingsgronden

Dit wetsvoorstel kent een aantal uitsluitingsgronden. Een uitsluitingsgrond houdt in dat een recht op uitkering niet ontstaat of een bestaand recht eindigt als de bedoelde omstandigheid zich in het individuele geval voordoet.

Hieronder zijn de omstandigheden opgesomd die leiden tot uitsluiting van het recht op uitkering waarbij opgemerkt dient te worden dat het recht op uitkering later kan ontstaan bij het zich niet meer voordoen van betreffende uitsluitingsgrond. Ook kan een recht op uitkering dat is geëindigd in verband met de aanwezigheid van een uitsluitingsgrond onder voorwaarden weer herleven na het zich niet meer voordoen van die uitsluitingsgrond.

Vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel

Het recht op uitkering ontstaat niet of eindigt indien betrokkene rechtens zijn vrijheid is ontnomen.[127] Vindt de tenuitvoerlegging van de vrijheidsstraf buiten een justitiële inrichting plaats dan kan bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat voor bepaalde categorieën personen wel recht ontstaat of bestaat op een uitkering. Het gaat daarbij om gedetineerden die in de laatste fase van hun detentie in aanmerking komen voor deelname aan een penitentiair programma of voor nader te benoemen vormen van verlof.[128]

Het feit dat iemand tijdens de wachttijd rechtens zijn vrijheid is ontnomen heeft geen invloed op de vraag of recht op een uitkering ontstaat. Bepalend hiervoor is het moment waarop de wachttijd eindigt.

[127] Hierop gelden een aantal uitzonderingen: denk daarbij bijvoorbeeld aan de personen die vallen onder de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.
[128] Zie het Besluit extramurale vrijheidsbeneming en sociale zekerheid.

Het zich onttrekken aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel
Onttrekt de betrokkene zich aan een vrijheidsstaf of vrijheidsbenemende maatregel dan ontstaat er geen recht op uitkering en eindigt een eventueel bestaand recht op uitkering.

Het niet in Nederland wonen
Net als in de Wet WIA en de WAZ geldt ook voor uitkeringen op grond van deze wet dat zij in beginsel niet exporteerbaar zijn (dat wil zeggen dat zij niet worden uitgekeerd als de betrokkene in het buitenland woont). Met andere woorden: toepassing van deze uitsluitingsgrond heeft tot gevolg dat er geen recht op een uitkering ontstaat indien men niet in Nederland woont. Ook een eventueel eerder ontstaan recht op een uitkering eindigt als men niet meer in Nederland woont.

Op bovenstaande gelden uitzonderingen. De zogenaamde exportbeperking is niet van toepassing op de verzekerde die woont in een land waarin op grond van een verdrag of een besluit van een volkenrechtelijke organisatie recht op een uitkering kan bestaan. Zie ook paragraaf 16.1.

Het ontheven zijn van de verplichtingen op grond van deze wet in verband met gemoedsbezwaren
Is de betrokkene vanwege gemoedsbezwaren ontheven van de verplichtingen op grond van deze voorgestelde wet, dan ontstaat er geen recht op uitkering en eindigt een eventueel bestaand recht op uitkering.[129]

Het zijn van een uitreiziger
Personen die uitreizen om zich aan te sluiten bij een aangewezen (terroristische) organisatie die deelneemt aan een nationaal of internationaal gewapend conflict en een bedreiging vormt voor de nationale veiligheid worden uitgesloten van het recht op uitkering. Dat wil zeggen dat bij het voordoen van deze uitsluitingsgrond een recht op uitkering niet ontstaat en dat een bestaand recht op uitkering eindigt.

Het bereiken van de AOW-gerechtigde leeftijd
Net als op grond van de Wet WIA en WAZ heeft toepassing van deze uitsluitingsgrond tot gevolg dat geen recht op een uitkering ontstaat bij het bereiken of bereikt hebben van de pensioengerechtigde leeftijd. Een bestaand recht eindigt op de dag dat de verzekerde de pensioengerechtigde leeftijd bereikt.

Overlijden
Het recht op een uitkering ontstaat niet indien de betrokkene overlijdt. Een bestaand recht op uitkering eindigt indien de betrokkene overlijdt.

5.5 Zelfstandigen die zowel voor deze wet als voor de WIA verzekerd zijn

Er zijn mensen die gelijktijdig werknemer en ondernemer zijn. Zij genieten dan loon uit dienstbetrekking als werknemer, en winst uit onderneming als zelfstandige. In 2021 had ongeveer de helft van de ondernemers te maken met deze samenloop, in 2019 was dat één derde. Deze twee grondslagen worden in aanmerking genomen als premieloon voor de Wet WIA en als premie-inkomen voor dit wetsvoorstel. Zij betalen aldus afzonderlijk premie over twee afzonderlijke inkomenscomponenten. Dat is in beginsel ook logisch, aangezien elk van beide premies een deel van het totale inkomen beslaat.

Dit zorgt ervoor dat deze persoon met twee arbeidsongeschiktheidswetten te maken krijgt, met verschillende polisvoorwaarden. Voor het recht op uitkering op grond van deze wetten is het potentieel mogelijk dat deze persoon wel in aanmerking komt voor een WIA-uitkering, maar niet voor een uitkering op deze wet. Bijvoorbeeld als het referte-inkomen voor de Wet WIA relatief hoog is, en er door ziekte of gebrek sprake is van meer dan 35% arbeidsongeschiktheid, terwijl nog wel het WML kan worden verdiend. Hoewel dit kan afdoen voor de uitlegbaarheid van het

[129] Zie met betrekking tot gemoedsbezwaren ook paragraaf 4.3.4..

gehele stelsel in deze situaties, acht de regering het evenwel wenselijk om deze verschillende criteria te hanteren.

Daarnaast is niet uit te sluiten dat voor zelfstandigen die hun hoofdinkomen uit dienstbetrekking genieten, en daarnaast – als neveninkomen – ondernemer zijn, het afdragen van premie het maatschappelijk draagvlak onder deze verzekering verkleint.
Beide redenen kunnen afdoen aan de uitlegbaarheid van het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Dit kan worden voorkomen door het hanteren van een franchise. Als het hoofdinkomen van de zelfstandige is gelegen in de dienstbetrekking, kan dit inkomen als franchise worden gehanteerd voor het premie-inkomen op grond van dit wetsvoorstel. Een voorbeeld ter verduidelijking: persoon A verdient jaarlijks €80.000 loon uit dienstbetrekking en heeft daarnaast €20.000 aan belastbare winst uit onderneming. Zonder franchise betaalt de zelfstandige premie over de winst, en de werkgever betaalt – gemaximeerd – premie over het loon uit dienstbetrekking. Om dat te voorkomen zou de formule kunnen worden gehanteerd dat de premie- en uitkeringsgrondslag de uitkomst is van belastbare winst uit onderneming -/- loon uit dienstbetrekking. In dit voorbeeld zou de premie- en uitkeringsgrondslag voor de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen op nihil worden gesteld (€20.000 -/- €80.000).

De regering kiest er evenwel niet voor om een dergelijke franchise te hanteren. Daarvoor zijn de volgende redenen doorslaggevend.

- Ten eerste kan een dergelijke franchise ook ongewenste effecten met zich meebrengen. Zo kan persoon B zowel €20.000 winst uit onderneming als €20.000 loon uit dienstbetrekking als inkomensbronnen hebben. Voor persoon B ligt het niet in de rede dat bovenstaande franchise wordt gehanteerd; immers, hij zou dan slechts een uitkering ruim beneden wettelijk minimumloonniveau ontvangen als hij volledig arbeidsongeschikt wordt. De formule zou, om aan dergelijke situaties tegemoet te komen, moeten worden uitgebreid. Daarmee zou de complexiteit van het stelsel echter fors toenemen en dat zou ten koste gaan van de uitlegbaarheid ervan.
- Ten tweede: één van de doelen van dit wetsvoorstel is om de kostenverschillen tussen het werken als werknemer en het werken als zelfstandige te verkleinen. De mogelijkheid dat zelfstandigen geen premie verschuldigd is vanwege het hanteren van een franchise, doet daaraan af. Ook vertroebelt het ongewenst de concurrentiepositie tussen zelfstandigen onderling. Zelfstandigen met naast winst uit onderneming ook een inkomen uit dienstbetrekking, hebben daarmee minder kosten dan zelfstandigen die geen inkomen uit dienstbetrekking hebben.

5.6 Eindigen van het recht op uitkering

Het recht op uitkering eindigt indien de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is, of indien een uitsluitingsgrond ontstaat.

Einde recht bij einde arbeidsongeschiktheid
Verbetering van de belastbaarheid kan ertoe leiden dat de verzekerde in staat is om -ten minste het wettelijk minimumloon te verdienen per maand in algemeen geaccepteerde arbeid. In dat geval wordt niet langer voldaan aan de voorwaarden voor het recht op uitkering en wordt de uitkering beëindigd. Het recht op uitkering eindigt in dat geval, zoals gebruikelijk in de vigerende arbeidsongeschiktheidswetgeving voor werknemers, niet gelijk maar na een uitlooptermijn van twee maanden om de verzekerde in staat te stellen zich voor te bereiden op zijn nieuwe inkomenssituatie.

Einde recht bij verdienen van tenminste het minimumloon
Indien de verzekerde inkomsten uit feitelijk verrichte arbeid geniet en daarmee tenminste het wettelijk minimumloon per maand verdient, kan het recht op uitkering onder de hieronder nader

beschreven voorwaarden, zonder een voorafgaand verzekeringsgeneeskundig en arbeidsdeskundig onderzoek worden beëindigd.

Het recht op uitkering bij inkomsten uit feitelijk verrichte arbeid kan niet direct worden beëindigd. Er moet eerst sprake zijn van een aaneengesloten periode gedurende welke inkomsten uit arbeid zijn genoten vóór er sprake kan zijn van een beëindiging van het recht op uitkering. Deze periode dient ten eerste om te voorkomen dat verzekerden ervan weerhouden worden om weer werkzaamheden te gaan verrichten, uit angst voor het directe verlies van uitkering. Ten tweede dient de periode om vast te stellen of de arbeid die de verzekerde verricht passend is bij zijn krachten en bekwaamheden. Tot slot is die periode van belang om te bepalen of de inkomsten uit feitelijk verrichte arbeid voldoende representatief zijn om het recht op uitkering te kunnen beëindigen. Bij die periode gelden de volgende uitgangspunten:

- Indien de verzekerde feitelijk arbeid verricht en daaruit inkomsten geniet, wordt een periode gehanteerd van een jaar. Dit sluit tevens aan bij de huidige wijze waarop toepassing wordt gegeven aan artikel 56, derde lid, Wet WIA.[130]
- Afwijkend van bovenstaande: Voor feitelijke arbeid verricht als zelfstandige wordt een periode gehanteerd van drie kalenderjaren vanwege de veelal wisselende inkomsten van zelfstandigen.[131]

Resumerend: indien de verzekerde (1) feitelijk arbeid verricht en daarmee (2) gedurende bovenstaande periode inkomsten heeft verdiend ter hoogte van ten minste het wettelijk minimumloon, kan hij door UWV als niet langer arbeidsongeschikt in de zin van dit voorstel worden beschouwd. De arbeid die hij verricht wordt in dat geval geacht passend te zijn bij zijn krachten en bekwaamheden. Het recht op uitkering kan door UWV vanaf dat moment, zonder verzekeringsgeneeskundig en arbeidsdeskundig onderzoek, worden beëindigd.

Einde recht bij aanwezigheid uitsluitingsgrond
Dit wetsvoorstel kent een aantal uitsluitingsgronden, zie paragraaf 5.4. Het bestaan van een uitsluitingsgrond heeft tot gevolg dat het recht op uitkering eindigt. De uitkering eindigt op de dag dat de uitsluitingsgrond zich voordoet.

Op bovenstaande hoofdregel geldt een uitzondering. Bestaat op het moment dat iemand rechtens zijn vrijheid wordt ontnomen recht op een uitkering op grond van dit voorstel, dan eindigt dat recht pas nadat één maand is verstreken. Met deze uitzondering wordt voorkomen dat er te veel beëindigingen en herlevingen van uitkeringen plaatsvinden. Vrijheidsontnemingen die worden onderbroken met minder dan vier weken worden samengeteld. Met de samentelling van vrijheidsontnemingen die elkaar met minder dan vieren weken opvolgen wordt voorkomen dat bij elke nieuwe periode van vrijheidsontneming een uitkering pas na één maand kan worden beëindigd.

5.7 Het later ontstaan van het recht op uitkering en het herleven van het recht op uitkering

In deze paragraaf komt aan de orde dat het recht op uitkering later kan ontstaan bij het zich niet meer voordoen van de uitsluitingsgrond die eerder heeft geleid tot het niet verkrijgen van het recht op een uitkering.

Ook komt in deze paragraaf aan bod onder welke voorwaarden een eerder geëindigd recht op uitkering herleeft.

[130] Kamerstukken II 2015/16, 26448, nr. 569.
[131] Dit sluit tevens aan bij de rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep waarin de hoofdregel wordt toegepast dat drie (boek)jaren dient te worden teruggekeken om een representatief inkomen van zelfstandigen te kunnen vaststellen (zie bijvoorbeeld: ECLI:NLCRVB:2019:160 en ECLI:N:CRVB:2009:BJ2539).

5.7.2 Het later ontstaan van het recht op uitkering

Op het moment dat er geen recht op uitkering is ontstaan door de aanwezigheid van een uitsluitingsgrond kan dat recht op uitkering later alsnog ontstaan indien die uitsluitingsgrond zich niet meer voordoet én voor zover aan de overige voorwaarden voor het verkrijgen van de uitkering is voldaan. Daarbij moet in tweeërlei opzicht onderscheid worden gemaakt tussen de verschillende uitsluitingsgronden.

Ten eerste zijn er enkele uitsluitingsgronden (het bereiken van de AOW-gerechtigde leeftijd en overlijden) die, als ze zich hebben voorgedaan in de wachttijd of zich voordoen op de eerste dag na afloop van de wachttijd, ertoe leiden dat een recht op uitkering ook later niet alsnog kan ontstaan. Deze uitsluitingsgronden kunnen aangemerkt worden als "definitieve uitsluitingsgronden".

Ten tweede zijn er uitsluitingsgronden waarbij het recht op een uitkering in beginsel wel alsnog later kan ontstaan, en wel op het moment dat ze zich niet meer voordoen. Aan de mogelijkheid voor het alsnog ontstaan van het recht op uitkering wordt echter een begrenzing van vijf jaar (vanaf einde wachttijd) gesteld. Het gaat hier specifiek om die gevallen waarbij het recht op uitkering niet is ontstaan omdat de betrokkene buiten Nederland woont, hem rechtens zijn vrijheid is ontnomen, omdat hij zich onttrekt aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel, hij is ontheven van de verplichtingen op grond van deze wet in verband met gemoedsbezwaren of omdat de betrokkene een uitreiziger is.

Tot slot kan op het moment dat er geen recht op uitkering is ontstaan omdat er aan het einde van de wachttijd geen sprake is van arbeidsongeschiktheid, alsnog later een recht op uitkering ontstaan als er wel sprake is van arbeidsongeschiktheid. Dit indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan door een toename van de medische klachten en beperkingen die voortkomen uit dezelfde oorzaak als op grond waarvan de zelfstandige gedurende de wachttijd zijn werk niet of niet geheel kon verrichten én voor zover aan de overige voorwaarden voor het verkrijgen van de uitkering is voldaan. Aan deze mogelijkheid voor het alsnog ontstaan van het recht op uitkering wordt ook in dit geval echter een begrenzing van vijf jaar (vanaf einde wachttijd) gesteld.

5.7.2 Het herleven van het recht op uitkering

Een eerder geëindigd recht op uitkering kan onder bepaalde voorwaarden weer herleven. Herleving heeft tot gevolg dat het oude recht weer ontstaat. De belangrijkste voorwaarde voor herleving is dat de grond op basis waarvan het recht is geëindigd zich niet langer voordoet. Voorts is een begrenzing in de tijd gesteld voor herleving (een zogenaamde herlevingstermijn).

Het UWV stelt vast of in het individuele geval aan de voorwaarden voor het herleven van het recht is voldaan.

Als de volgende eindigingsgronden zich niet meer voordoen, herleeft het recht op de uitkering mits is voldaan aan de overige voorwaarden voor het recht op uitkering:

- Het recht op de uitkering is geëindigd omdat de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is. Als de betrokkene opnieuw arbeidsgeschikt wordt, herleeft het recht op uitkering als de arbeidsongeschiktheid voortkomt uit dezelfde oorzaak als op basis waarvan het geëindigde recht bestond. In dit geval geldt een herlevingstermijn van vijf jaar vanaf de datum van de beëindigde uitkering.
- Het recht op de uitkering is geëindigd omdat de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is. Als de betrokkene opnieuw arbeidsgeschikt wordt, herleeft het recht op uitkering als de arbeidsongeschiktheid voortkomt uit een andere oorzaak dan op basis waarvan het geëindigde recht bestond. In dit geval geldt een herlevingstermijn van vier weken vanaf de datum van de beëindigde uitkering.
- De uitsluitingsgrond die heeft geleid tot beëindiging van de uitkering doet zich niet langer voor. Het gaat hier specifiek om die gevallen waarbij het recht op uitkering is geëindigd omdat de betrokkene buiten Nederland woont, omdat hem rechtens zijn vrijheid is ontnomen, omdat hij zich onttrekt aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende

maatregel, omdat hij is ontheven van de verplichtingen op grond van deze wet in verband met gemoedsbezwaren of omdat de betrokkene een uitreiziger is. In deze gevallen geldt een herlevingstermijn van vijf jaar vanaf het moment dat het betreffende uitkeringsrecht is beëindigd.

Zolang op betrokkene een uitsluitingsgrond van toepassing is, kan zijn uitkering niet herleven.

Bij de situatie dat de hiervoor genoemde eindigingsgronden (en uitsluitingsgronden) zich tegelijkertijd of aansluitend voordoen is voorts het volgende van belang. Het recht op uitkering kan niet meer herleven als het recht reeds vijf jaar geëindigd is geweest. Dit betekent bijvoorbeeld dat het recht niet meer kan herleven als de betrokkene eerst vier jaar niet arbeidsongeschikt is geweest en vervolgens aansluitend meer dan één jaar buiten Nederland woont.

6. De hoogte van de uitkering

6.1 Uitkeringsgrondslag

Uitgangspunt van dit wetsvoorstel is dat er, om in aanmerking te komen voor een uitkering, sprake moet zijn van arbeidsongeschiktheid. De grondslag waarop de hoogte van de uitkering wordt gebaseerd is gerelateerd aan het (voorheen) feitelijk verdiende inkomen.

6.1.1 Uitkeringsgrondslag van de IB-ondernemer

De uitkering wordt berekend op basis van de grondslag. De grondslag is gedefinieerd als de belastbare winst uit onderneming die de zelfstandige in het kalenderjaar onmiddellijk voorafgaand aan het intreden van zijn arbeidsongeschiktheid als zelfstandige gemiddeld per dag heeft genoten.

Dat betekent, als voorbeeld, dat als een zelfstandige op 1 april 2032 ziek is geworden en 52 weken later (1 april 2033) als arbeidsongeschikt wordt beoordeeld, er wordt gekeken naar de belastbare winst uit het jaar 2031 (van 1 januari tot 31 december). Hierdoor wordt voorkomen dat de periode van ziekte na 1 april 2032, waarbij hoogstwaarschijnlijk minder winst is vergaard als gevolg van de ziekte of gebrek, gevolgen heeft voor de vaststelling van de hoogte van de uitkering.

Wat betreft het vaststellen van het (gederfde) inkomen voor de uitkeringsgrondslag wordt uitgegaan van de belastbare winst uit onderneming. De belastbare winst uit onderneming wordt gedefinieerd als het gezamenlijke bedrag van de winst die de belastingplichtige als ondernemer geniet uit één of meerdere ondernemingen als bedoeld in de Wet IB 2001, vermeerderd met de ondernemersaftrek en de MKB-winstvrijstelling. In een algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld, waarbij de uitkeringsgrondslag kan worden verbreed en verengd.

Ten slotte zal de winst als bedoeld in artikel 3.3 van de Wet IB 2001 niet in aanmerking worden genomen voor de uitkeringsgrondslag, zoals ook benoemd in paragraaf 4.3.4.

6.1.2 Maximale uitkeringsgrondslag

De uitkeringsgrondslag is maximaal 142,86% van het WML op jaarbasis. Hiermee bedraagt een uitkering maximaal 100% van het WML. Voor deze maximering (en bijbehorend uitkeringspercentage) kiest de regering omdat dit aansluit bij de mate van bescherming die zij passend acht, en betaalbaarheid van de verzekering. Hiermee wordt tevens uitvoering gegeven aan het voorstel van de Stichting van de Arbeid.

6.1.3 Middelingsregeling

De regering vindt het tevens gerechtvaardigd om ten behoeve van de uitkeringsvaststelling een middelingsregeling voor te stellen. Indien in de drie kalenderjaren onmiddellijk voorafgaand aan het intreden van zijn arbeidsongeschiktheid de gemiddelde winst hoger is, dan wordt die winst gebruikt als uitkeringsgrondslag. In het voorbeeld hiervoor betekent dat dat uitkeringsgrondslag wordt gebaseerd op de jaren 2029 tot en met 2031. Wanneer de winst in een jaar negatief is, wordt de grondslag voor dat jaar op nihil gesteld, en wanneer de winst in een jaar hoger dan de maximale uitkeringsgrondslag is, wordt de grondslag voor dat jaar gelijkgesteld aan de maximale

CONCEPT

grondslag. Daarmee sluit de gemiddelde uitkeringsgrondslag aan bij de betaalde premie over de betreffende drie jaren. Een voorbeeld ter verduidelijking (waarbij gewerkt is met winst per jaar):

Jaar	Belastbare winst uit onderneming	Voor de uitkeringsgrondslag in aanmerking genomen belastbare winst uit onderneming	(Gemiddelde) grondslag
2029	-/- €5.000	€0	
2030	€50.000	€35.000[132]	
2031	€16.000	€16.000	
			€17.000

Door deze middelingsregeling kan rekening gehouden worden met inkomensfluctuaties bij zelfstandigen en wordt daardoor aansluiting gezocht bij het inkomensniveau van de zelfstandige. Hiermee wordt bereikt dat er, ook ingeval van een periode waarin minder wordt verdiend, toch een uitkering wordt toegekend die past bij het voormalige inkomensniveau van de zelfstandige. Zelfstandigen hebben immers vaak sterk wisselende inkomsten; het ene jaar hebben zij een piekjaar en maken zij een behoorlijke winst, terwijl zij het andere jaar een veel lagere winst hebben, of zelfs verlies lijden. Zonder middelingsregeling zou één slecht financieel jaar langdurige gevolgen hebben voor de hoogte van de – potentieel langdurige – uitkering.

Ook de Stichting van de Arbeid heeft voorgesteld om een middelingsregeling op te nemen, zodat voorkomen wordt dat een zelfstandige die in het jaar voor de arbeidsongeschiktheid eenmalig weinig heeft verdiend, een veel lagere uitkering ontvangt.

6.2 Uitkeringshoogte

6.2.1 Uitkeringspercentage

De uitkering bedraagt 70% van de (gemaximeerde) uitkeringsgrondslag. De regering sluit hiermee aan bij het advies van de Stichting van de Arbeid en bij het uitkeringspercentage dat veelal gehanteerd wordt in andere arbeidsongeschiktheidswetten. O

6.2.2 Geen onderscheid naar duurzaamheid

In voorliggend wetsvoorstel kiest de regering ervoor om geen onderscheid te maken tussen duurzame en niet-duurzame arbeidsongeschiktheid. Dit beperkt de complexiteit, wat zowel de uitlegbaarheid als de uitvoerbaarheid van de verzekering ten goede komt. Het duurzaamheidscriterium dat momenteel geldt in de Wet WIA is zowel voor verzekeringsartsen als verzekerden ingewikkeld.[133]

In de huidige private verzekeringsmarkt wordt geen onderscheid gemaakt tussen duurzame en niet-duurzame arbeidsongeschiktheid en het advies van de Stichting van de Arbeid over de vormgeving van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen bevat ook geen aanbeveling voor een apart uitkeringsregime bij volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid.[134] Daaruit concludeert de regering dat de behoefte aan een apart uitkeringsregime bij duurzame arbeidsongeschiktheid onder zelfstandigen beperkt is en niet opweegt tegen de extra complexiteit en kosten die een apart regime met zich meebrengt.

Direct gevolg van het niet vaststellen van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid is dat zelfstandigen in sommige gevallen minder zekerheid krijgen over de duurzaamheid van hun uitkering, en dat de hoogte van de uitkering niet kan worden gedifferentieerd naar de

[132] Voor dit voorbeeld is 142,86% van het WML gelijk gesteld aan €35.000.
[133] Kamerstukken II 2023/24, 26448, nr. 730.
[134] Stichting van de Arbeid (2020). *Keuzes voor zekerheid*.

duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid. De regering hecht groter belang aan beperking van de complexiteit en accepteert deze consequenties.

Tot slot kiest de regering ervoor om geen mogelijkheid te creëren om een vervroegde uitkering aan te vragen, in tegenstelling tot de WIA waar een vervroegde IVA kan worden aangevraagd. De voorgestelde publieke verzekering kent een vaste wachttijd en het is de eigen verantwoordelijkheid van publiek verzekerde zelfstandigen om ervoor te zorgen dat zij deze periode financieel kunnen overbruggen (zie ook paragraaf 5.3). Dat geldt ook indien herstel vrijwel is uitgesloten.

6.2.3 Geen onderscheid naar uitkeringsfase

De regering kiest ervoor om geen fasestructuur op te nemen in de uitkering, zoals we die wel kennen met de zogeheten loongerelateerde fase en vervolgfase in de voor werknemers geldende WGA. De loongerelateerde fase in de WGA is afhankelijk van het arbeidsverleden van de werknemer, en voorkomt dat er naast een WIA-uitkering nog een aanvullende WW-uitkering moet worden verstrekt. De noodzaak voor een dergelijke fasesystematiek is er niet voor zelfstandigen, aangezien zelfstandigen over hun zelfstandigeninkomen geen WW-rechten opbouwen waaraan de uitkering gekoppeld kan worden. Er is voor hen ook geen vergelijkbare registratie van het arbeidsverleden. Een fasestructuur in de uitkering zou daarmee onnodig complex zijn.

6.2.4 Verrekening van inkomsten en werkhervattingsprikkel

De regering wil een eenvoudige werkhervattingsprikkel creëren voor arbeidsongeschikte zelfstandigen via een gedeeltelijke verrekening van inkomsten met de uitkering.

De uitkering bij arbeidsongeschiktheid bedraagt 70% van de (gemaximeerde) uitkeringsgrondslag. Eventuele inkomsten[135] die de zelfstandige nog verdient, worden voor 70% verrekend met de uitkering. Dat geeft een financiële prikkel om activiteiten in de onderneming voort te zetten als dat mogelijk is.[136]

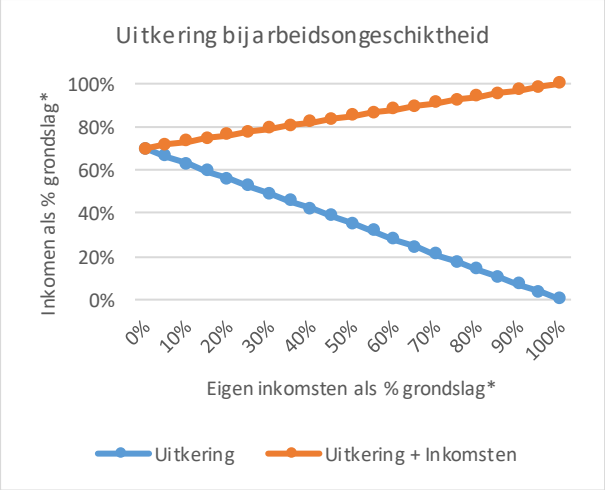
De hoogte van de uitkering U als functie van de uitkeringsgrondslag G en eventuele te verrekenen resterende inkomsten I bedraagt:

U = 70% x (G – I).

In grafiekvorm ziet dat er als volgt uit, met op de horizontale as het inkomen dat iemand nog weet te verdienen als percentage van de uitkeringsgrondslag – los gezegd zijn oude inkomen, ervan uitgaande dat dat niet hoger was dan de maximale grondslag – en op de verticale as de hoogte van de uitkering en het resulterende totale inkomen (U + I), eveneens als percentage van de uitkeringsgrondslag. Als de arbeidsongeschikte zelfstandige weer gaat werken, of inkomsten blijft genereren uit zijn onderneming, neemt zijn totale inkomen lineair toe tot zijn oude inkomen naarmate de eigen inkomsten het oude inkomen naderen:

[135] Wat onder te verrekenen inkomsten wordt verstaan, zal nader worden vastgelegd bij algemene maatregel van bestuur. Daarin zal ook de wijze van verdeling van jaarinkomsten over de uitkeringsperioden in een jaar worden vastgelegd. Hiermee wordt ook de huidige systematiek van het Algemeen inkomensbesluit socialezekerheidswetten gevolgd.

[136] De uitkering wordt nooit lager dan nihil. Als de zelfstandige zoveel inkomsten weet te verdienen dat de uitkering op nihil uitkomt, eindigt het uitkeringsrecht mits er sprake is van een representatief inkomen (zie paragraaf 5.6).



*bij een grondslag van maximaal 142,86% van het wettelijk minimumloon.

Omdat er met het voorgestelde arbeidsongeschiktheidscriterium geen gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkeringen bestaan, is er geen noodzaak om een extra financiële prikkel te creëren voor zelfstandigen om hun resterende verdiencapaciteit te benutten, zoals in de vervolgfase WGA voor werknemers.

Aldus geldt er voor zelfstandigen slechts één uitkeringsregeling met één fase, wat een behoorlijke vereenvoudiging is ten opzichte van de uitkeringsstructuur voor werknemers in de Wet WIA.

6.2.5 Inkomsten vrijgelaten van verrekening

Inkomsten die al naast de verzekerde winst bestonden vóór de eerste dag van de wachttijd, worden vrijgelaten. Als voorbeeld: de zelfstandige raakt arbeidsongeschikt. Op dat moment had de zelfstandige ook een dienstbetrekking in loondienst. Omdat dit inkomen uit loondienst al bestond vóór de eerste dag van de wachttijd en daarmee ook vóór het intreden van het verzekerd risico wordt deze inkomenssituatie gerespecteerd. Dat betekent dat betreffende inkomen niet zal worden verrekend met de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Verzekerde winst die al verdiend werd vóór de eerste dag van de wachttijd wordt niet vrijgelaten. Als voorbeeld: de zelfstandige raakt arbeidsongeschikt. De zelfstandige kan nog een gedeelte van de verzekerde winst verdienen die hij ook al verdiende vóór de eerste dag van de wachttijd. Ondanks dat deze verzekerde winst al bestond vóór de eerste dag van de wachttijd en daarmee ook vóór het intreden van het verzekerd risico wordt deze winst verrekend met de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dit omdat de betreffende verzekerde winst onderdeel is van de grondslag waarop de uitkering is gebaseerd.

6.2.6 Geen correctie voor inkomens boven de gemaximeerde grondslag

In de Wet WIA is het verzekerd inkomen gemaximeerd via het maximumdagloon. In dit wetsvoorstel geldt voor zelfstandigen een aanzienlijk lagere maximale uitkeringsgrondslag van 142,86% WML. Voor inkomens boven het gemaximeerde dagloon in de Wet WIA geldt een correctiefactor bij de verrekening van inkomsten met de uitkering: de inkomsten voor verrekening worden vermenigvuldigd met een factor (gemaximeerd dagloon) / (ongemaximeerd dagloon). Dit stelt hogere inkomens beter in staat om hun procentuele inkomensverlies te beperken door eigen inkomsten te genereren, omdat hun gemaximeerde – en daardoor *relatief* lage – uitkering minder snel op nihil uitkomt. Omdat de verzekering voor zelfstandigen in dit wetsvoorstel niet het karakter heeft van een verzekering tegen een procentueel inkomensverlies maar uitgaat van een absolute norm, onafhankelijk van iemands oude inkomen, ligt het hier minder voor de hand om eventuele inkomsten te corrigeren met een factor (gemaximeerde grondslag) / (ongemaximeerde grondslag). Daarmee zouden eventuele inkomsten van (voormalig) hogere inkomens tegen een lager percentage worden verrekend met hun uitkering dan de inkomsten van (voormalig) lagere

CONCEPT

inkomens. Voorts gelet op de wens voor een eenvoudige en uitlegbare regeling kiest de regering voor een verrekening van eventuele inkomsten tegen een vast percentage van 70%.

6.3 Samenloop van uitkeringen

Zowel bij aanvang van de onderhavige uitkering als na toekenning ervan, kunnen zich diverse situaties voordoen van samenloop met uitkeringsrechten op grond van andere regelingen. Dit kan zich voornamelijk voordoen door combinaties in het arbeidsverleden: als er zowel als zelfstandige is gewerkt, als dat er sprake is geweest van werken in loondienst, met uit beide voortvloeiende uitkeringen. Ook is de situatie mogelijk dat er vanuit een uitkering wordt gestart met werkzaamheden als zelfstandige, waaruit later een uitkeringsrecht ontstaat. Met het oog op dergelijke situaties wordt een samenloopregeling getroffen.

Hiermee wordt beoogd om de inkomenssituatie van de verzekerde zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de situatie zoals deze was voor het intreden van het verzekerde risico. De samenloopregeling zal in een algemene maatregel van bestuur nader worden uitgewerkt, zoals ook gedaan is voor de werknemersregelingen (zie het Algemeen inkomensbesluit socialezekerheidswetten).

Kern van de regeling zal zijn dat indien een uitkeringsrecht voortvloeit uit een dienstverband dat al bestond voor de eerste dag van de wachttijd, deze "oude" uitkeringsrechten niet gekort zullen worden op deze arbeidsongeschiktheidsuitkering. Inkomsten die al naast de verzekerde winst bestonden vóór de eerste ziektedag, worden dus vrijgelaten.
Als voorbeeld: Een persoon werkt al geruime tijd deeltijd in loondienst en daarnaast deeltijds als zelfstandige. Zij raakt gedeeltelijk arbeidsongeschikt voor het werk in loondienst, waaruit een gedeeltelijke WIA-uitkering ontstaat. De zelfstandige werkzaamheden kan zij nog voortzetten. Na enkele jaren valt zij (ook) uit voor de zelfstandige werkzaamheden, waaruit de onderhavige uitkering ontstaat. Omdat de WIA-rechten voortvloeien uit de arbeidsverhouding die al bestond voor en tijdens het intreden van het verzekerd risico, wordt deze inkomenssituatie gerespecteerd. Dat betekent dat de uitkeringen geen invloed op elkaar hebben.

Als er sprake is van samenloop van uitkeringsrechten die ontstaan uit werkzaamheden die ná de eerste dag van de wachttijd zijn gestart, worden deze uitkeringsrechten wel gekort op de onderhavige uitkering. Immers treedt dergelijk inkomen in de plaats van het (gedeeltelijke) inkomensverlies van de onderhavige uitkering. De uitkering die vervolgens voor deze inkomensbron in de plaats treedt, dient dan ook gekort te worden, gelijk met het inkomen uit de werkhervatting voorheen. Hiermee blijft de inkomenssituatie van de verzekerde zo veel mogelijk gelijk aan de situatie ten tijde van de werkhervatting.

6.4 Overige onderwerpen gelieerd aan de uitkering

6.4.1 Verhoging bij hulpbehoevendheid, arbeidsongeschiktheidstegemoetkoming en Toeslagenwet

Dit wetsvoorstel regelt voor arbeidsongeschikte zelfstandigen een verplichte verzekering tegen (een gedeelte van het) inkomensverlies ten gevolge van arbeidsongeschiktheid. Met dit wetsvoorstel kiest de regering expliciet voor een zoveel mogelijk uniforme regeling, zonder separate uitkeringscomponenten of tegemoetkomingen die afhangen van andere factoren dan het geleden inkomensverlies, of die aanvullende doelen dienen. De verzekering biedt in het bijzonder géén vergoeding of compensatie voor (extra) kosten ten gevolge van ziekte en arbeidsongeschiktheid en géén (aanvullende) uitkering die afhangt van de huishoudsamenstelling van de zelfstandige of andere omstandigheden die van invloed zijn op de kosten die de zelfstandige maakt. De regering kiest hiervoor opdat zelfstandigen van tevoren zo goed mogelijk inzicht hebben waar zij recht op hebben als zij in de toekomst arbeidsongeschikt raken, tot welke partij zij zich daarvoor moeten wenden, welke (kostendekkende) premie zij daarvoor betalen, en hoe private opt-out-verzekeringen zich verhouden tot de publieke verzekering. Dat is van belang om zelfstandigen in staat te stellen een goede keuze te maken tussen de publieke verzekering bij UWV of een opt-out-verzekering bij een private verzekeraar. Daarbij wil de regering tevens voorkomen dat zelfstandigen die kiezen voor een private opt-out-verzekering alsnog ook met UWV

te maken krijgen voor aanvullende uitkeringscomponenten of tegemoetkomingen, of dat private verzekeringen aanvullende uitkeringscomponenten of tegemoetkomingen moeten bevatten om te kwalificeren als opt-out-verzekering, of dat er verschillen ontstaan tussen publiek en privaat verzekerden ten aanzien van het recht op aanvullende uitkeringscomponenten of tegemoetkomingen. Dit alles bevordert de uitlegbaarheid, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid van dit voorstel.

Daarom kiest de regering ervoor om een drietal (aanvullende) regelingen, die van toepassing zijn op de arbeidsongeschiktheidsregelingen die UWV thans uitvoert, niet van toepassing te maken op zelfstandigen die straks publiek of privaat verzekerd zijn tegen arbeidsongeschiktheid vanwege voorliggend wetsvoorstel. Dit betreft de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten, de verhoging van de uitkering bij hulpbehoevendheid en de Toeslagenwet. Specifieke overwegingen bij elk van deze drie regelingen, aanvullend op het bovenstaande:

Tegemoetkoming arbeidsongeschikten
Deze tegemoetkoming is ingevoerd in 2014 en diende twee doelen: beperken van negatieve koopkrachteffecten van de afschaffing van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), en bieden van een tegemoetkoming in extra ziektekosten. Dat laatste is nadrukkelijk geen doel van voorliggend wetsvoorstel (zie hierboven). Wat betreft dat eerste doel geldt dat voorliggend wetsvoorstel voor zelfstandigen geen negatief koopkrachteffect heeft dat samenhangt met de afschaffing van de Wtcg.

Verhoging uitkering bij hulpbehoevendheid
De (voorwaardelijke) verhoging van de uitkering bij blijvende of voorlopig blijvende toestand van hulpbehoevendheid zoals die in onder meer de Wet WIA is opgenomen, vloeit voort uit artikel 16 van ILO-verdrag 121 uit 1964. Dat verdrag heeft betrekking op de positie van werknemers, en niet ook zelfstandigen.[137] De regering weegt daarbij voorts mee dat het huidige stelsel van wetten in het zorgdomein reeds voorziet in een vergoeding of compensatie van de noodzakelijke kosten van hulpbehoevendheid, te weten de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, de Wet langdurige zorg en de Zvw.

Toeslagenwet
Het primaire doel van de Toeslagenwet (TW) is dat werknemers die een loondervingsuitkering van UWV ontvangen, bij UWV een aanvullende uitkering kunnen aanvragen tot maximaal het voor hen geldende sociaal minimum. Hierdoor hoeven zij zich niet tot een andere partij – de gemeente – te wenden. Als privaat verzekerde zelfstandigen recht zouden krijgen op een toeslag van UWV, zouden zij echter juist met een andere partij te maken krijgen – UWV – voor een aanvulling, en daardoor mogelijk van zowel hun verzekeraar als UWV als de gemeente,[138] afhankelijk zijn van hun inkomen tot het sociaal minimum. Dit acht de regering een onwenselijke uitkomst en contrair aan het doel van de TW.

De regering acht het tevens onwenselijk om aanvullingen conform de TW onderdeel te maken van het toetsingskader voor opt-out-verzekeringen. Zulke aanvullingen, die afhangen van de huishoudsituatie en de hoogte van het sociaal minimum op het moment van uitkering, zijn voor private verzekeraars niet of uitsluitend tegen een hoge premie(opslag) te verzekeren. Het verwachte gevolg daarvan is dat zelfstandigen met een inkomen lager dan de maximale uitkeringsgrondslag geen opt-out-verzekering op de private markt krijgen aangeboden. Uitsluitend toepassen van de TW op publiek verzekerde zelfstandigen acht de regering onwenselijk uit oogpunt van het gelijke speelveld tussen publieke en private verzekeraars en moeilijk uitlegbaar uit oogpunt van het verschillende minimumniveau van inkomensbescherming dat de wetgever dan zou bieden binnen de doelgroep van dit wetsvoorstel. Tot slot overweegt de regering dat een toeslag op grond van de TW zoals die geldt voor werknemers die vanwege ziekte minder dan 100% van het WML doorbetaald krijgen van hun werkgever, niet van toepassing is voor zieke zelfstandigen tijdens de wachttijd voor de uitkering aangezien zelfstandigen niet onder de werking

[137] Artikel 4 van het ILO-verdrag.
[138] De TW zou uitsluitend aanvullen tot maximaal de daadwerkelijk genoten winst.

van het WML en het wettelijk recht op loondoorbetaling bij ziekte vallen tijdens de wachttijd. Net als in de situatie vóór inwerkingtreding van dit wetsvoorstel voorziet de Participatiewet in een eventuele aanvullende uitkering tot sociaal minimum voor arbeidsongeschikte zelfstandigen. Daardoor zullen zelfstandigen die een aanvulling tot sociaal minimum nodig hebben op het moment dat de arbeidsongeschiktheidsuitkering start, op dat moment geen aanvulling van UWV ontvangen en – vaker dan werknemers – al wel een aanvulling vanuit de gemeente krijgen.[139]

6.4.2 Overlijdensuitkering

Wanneer de uitkeringsgerechtigde overlijdt, dan wordt de uitkering beëindigd op de dag na het overlijden. Aan de nabestaande(n) van de overleden zelfstandige wordt een overlijdensuitkering toegekend. Voor de overlijdensuitkering wordt aangesloten bij de overlijdensuitkering, zoals die thans al geldt voor de overige werknemers- en volksverzekeringen. Dit betekent dat de nabestaanden een uitkering ontvangen, die gelijk is aan het bedrag dat aan de overledene is toegekend in de maand van diens overlijden. Deze uitkering duurt één maand en gaat in op de dag van overlijden. De overlijdensuitkering is belastingvrij.

6.4.3 Verjaring

Uitkeringen op grond van de voorgestelde wet die niet in ontvangst zijn genomen of zijn ingevorderd binnen twee jaar na de dag van betaalbaarstelling (het moment dat het uitkeringsbedrag door UWV beschikbaar is gesteld voor uitbetaling aan de uitkeringsgerechtigde) worden door het UWV niet meer betaald.[140]

6.4.4 Indexatie

De uitkering waar op grond van dit wetsvoorstel recht op kan bestaan wordt aangepast aan de ontwikkeling van het minimumloon. Dat geldt ook voor de aan het minimumloon gekoppelde (maximale) uitkeringsgrondslag voor het bepalen van de hoogte van de uitkering (bij toekenning van de uitkering). Daarmee wordt het uitgangspunt van een (maximale) uitkering op het niveau van het WML gewaarborgd. Tevens komt daarmee de algemene welvaartsontwikkeling (binnen de kaders van de indexatie conform de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag) tot uitdrukking in de hoogte van de uitkering.

Het tijdstip en percentage van aanpassing volgen de herziening van het minimumloon. De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid maakt de ingangsdatum en het percentage van de herziening in de Staatscourant bekend zodat hieromtrent voor iedereen duidelijkheid bestaat.

Voor de indexatie binnen de opt-out geldt een – van bovenstaande – afwijkende systematiek. Deze is uiteengezet in paragraaf 10.5.1.

6.4.5 Vakantiebijslag

In verschillende socialezekerheidswetten is de mogelijkheid opgenomen om vakantiebijslag, ook wel vakantietoeslag of vakantiegeld, uit te keren. Dit wordt veelal in mei gedaan.[141] De regering kiest ervoor om voor deze regeling de uitkering geen vakantiebijslag-component te geven. Thans kennen zelfstandigen ook geen vakantiebijslag, en een dergelijke introductie zou de verzekering duurder – en daardoor minder betaalbaar – maken.

6.4.6 Kruimeluitkeringen

Een deel van de zelfstandigen heeft slechts een (zeer) klein winstinkomen. Het inkomensdervingsbeginsel brengt met zich mee dat zij daardoor een lage uitkering zullen

[139] Dit betekent niet dat er nooit sprake kan zijn van een gelijktijdig uit te keren TW-uitkering en uitkering op grond van dit voorstel. Maar dit is alleen aan de orde als de verzekerde dan ook tevens werknemer is en het totaal aan inkomen uit bijvoorbeeld WIA- en uitkering op grond van dit voorstel onder het sociaal minimum bedraagt.
[140] Daarmee wordt aangesloten bij de overige arbeidsongeschiktheidswetten (zoals de Wet WIA, WAO en WAZ).
[141] Alleen in de ZW en Wet arbeid en zorg wordt de vakantiebijslag als integraal onderdeel van de uitkering uitbetaald.

ontvangen, wanneer zij arbeidsongeschikt raken. Dit geldt nu al voor de werknemersverzekeringen, zoals voor de ZW en de Wet WIA. Ook daar geldt geen ondergrens voor de toekenning van een uitkering en worden hele lage uitkeringen toegekend. Dit is alleen anders in de Werkloosheidswet (WW). Daar komen de uitkeringen niet tot uitbetaling als die minder bedragen dan 1/8e deel van het WML.

Hele lage uitkeringen worden ook wel "kruimeluitkeringen" of "snipperuitkeringen" genoemd, omdat het zeer lage uitkeringen betreft waarbij de uitvoeringskosten om de premie te innen en de uitkering toe te kennen, niet in verhouding staan tot de hoogte van de uitkeringen. UWV zal voor een dergelijke uitkering bijvoorbeeld een volledige arbeidsongeschiktheidsbeoordeling moeten verrichten. Het beslag op de UWV-capaciteit en de kosten die daarmee gepaard gaan, staan hierdoor niet in een redelijke verhouding tot de doelmatigheid van het verstrekken van een uitkering.

Desondanks heeft de regering ervoor gekozen om ook aan personen die vóór het intreden van hun arbeidsongeschiktheid hele lage verdiensten hadden als zelfstandige, een uitkering toe te kennen. De reden om deze uitkeringen toch tot uitbetaling te laten komen, is dat die uitkering een belangrijk aanvullend inkomensbestanddeel voor hen kan vormen. Dat geldt bijvoorbeeld voor personen die hun inkomen uit werkzaamheden als zelfstandige vóór het intreden van hun arbeidsongeschiktheid combineerden met een klein dienstverband. Ook voor startende zelfstandigen, die vanwege hun aanloopkosten vaak een beperkte winst maken, kan deze uitkering een belangrijk inkomensbestanddeel vormen.

Naast deze redenen heeft ook de juridische houdbaarheid meegewogen om geen ondergrens te hanteren. Wanneer er wel een ondergrens gehanteerd zou worden, is het juridische risico namelijk groot dat dit aangemerkt wordt als ongerechtvaardigde indirecte discriminatie, die de rechterlijke toets niet zal doorstaan.

De regering baseert zich daarbij op de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) over de entree-eis in de AAW.[142] Om voor toekenning van een AAW-uitkering in aanmerking te komen, gold dat de betrokkene in het refertejaar een bepaald inkomen had verdiend. In zijn uitspraak oordeelde de CRvB dat de entree-eis in strijd was met de toenmalige derde richtlijn van de EG en artikel 26 van het Internationale Verdrag inzake burgerlijke en politieke rechten. De hoogte van de entree-eis werd discriminatoir geacht, omdat vrouwen veel vaker dan mannen minder verdienen dan het vereiste inkomen. Weliswaar vond de CRvB het stellen van een inkomenseis op zichzelf geoorloofd (vanwege het inkomensdervingsbeginsel en ter voorkoming van snipperuitkeringen), maar hij achtte de hoogte van de entree-eis niet geschikt en noodzakelijk om deze doeleinden te verwezenlijken.

De CRvB liet zich niet uit over de vraag welke grens wel geoorloofd zou zijn. Sinds deze uitspraak van de CRvB is er geen inkomenseis meer gesteld als toekenningsvoorwaarde voor een uitkering; ook de WAZ kende een dergelijke eis niet.

De internationale wet- en regelgeving die tot deze uitspraak heeft geleid, is nog steeds van kracht. Omdat vrouwelijke zelfstandigen nu nog steeds vaker voorkomen in de onderste inkomensklassen dan hun mannelijke collega's, acht de regering het risico groot dat het hanteren van een ondergrens ook nu tot ongerechtvaardigde indirecte discriminatie leidt. Mede daarom heeft de regering afgezien van het stellen van een ondergrens en kunnen er kruimeluitkeringen toegekend worden.

6.4.7 Nawerking

In dit voorstel is opgenomen dat een zelfstandige die gedurende een periode van vier weken niet langer verzekerd is, alsnog een recht op uitkering kan verkrijgen alsof hij verzekerd is. De reden waarom deze bepaling wordt voorgesteld is dat daarmee wordt voorkomen dat er gaten ontstaan in de dekking tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid. Dat zou bijvoorbeeld kunnen plaatsvinden indien een zelfstandige zijn ondernemerschap beëindigt (bijvoorbeeld door

[142] ECLI:NL:CRVB:1992:AN2627.

uitschrijving bij de Kamer van Koophandel) omdat hij in loondienst gaat werken en er tussen het einde van het ondernemerschap en het aangaan van de dienstbetrekking een korte periode van verlof zit.

Als deze bepaling niet zou worden opgenomen zou bij elke kortstondige onderbreking van de verplichte verzekering een vrijwillige verzekering moeten worden afgesloten om het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid te verzekeren. Dit zou tot een ongewenste administratieve last leiden.

7. Claimbeoordeling

7.1 Voorafgaand aan de beoordeling

Indien de verzekerde zelfstandige zichzelf heeft ziekgemeld bij UWV (hoofdstuk 5.3.2 Vaststellen eerste ziektedag), ontvangt de zelfstandige 42 weken na de eerste ziektedag bericht van UWV over de mogelijkheid om een uitkering aan te vragen. Daarbij geeft UWV aan welke informatie gevraagd wordt van de zelfstandige om de aanvraag te kunnen beoordelen. Deze omvat in ieder geval een ingevulde medische vragenlijst, gegevens over diagnose en/of medische behandelingen indien aan de orde, en eventuele andere informatie die UWV nodig heeft voor het vaststellen van het recht op een uitkering. De zelfstandige zal worden gevraagd tijdig de gevraagde gegevens aan te leveren, zodat UWV een besluit kan nemen over het al dan niet toekennen van een uitkering 52 weken na de eerste ziektedag. Indien UWV nog geen eerste ziektedag had vastgesteld, bijvoorbeeld omdat de zelfstandige geen ziekmelding had gedaan, dient hij zelf bij te houden of er reeds 42 weken wachttijd zijn verstreken, waarin hij is uitgevallen voor eigen werk. Naast bovengenoemde informatie, zal de zelfstandige dan gegevens verstrekken waarmee de eerste ziektedag vastgesteld kan worden. Indien nodig kan UWV de zelfstandige ook oproepen voor een spreekuur.

7.2 Beoordeling van de uitkeringsclaim

Voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid wordt er gekeken of de zelfstandige, gezien diens mogelijkheden, nog in staat is zelf inkomen te genereren ter hoogte van ten minste het wettelijk minimumloon (WML) per maand in algemeen geaccepteerde arbeid.

Na de uitkeringsaanvraag door de zelfstandige, start het claimbeoordelingsproces. Om in aanmerking te komen voor een uitkering moet om te beginnen worden vastgesteld dat de wachttijd is doorlopen, gedurende welke de zelfstandige niet in staat is geweest om zijn eigen arbeid te verrichten als gevolg van ziekte of gebrek. Als de wachttijd is doorlopen, wordt getoetst of de zelfstandige nog in staat zijn is om met algemeen geaccepteerde arbeid ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een set basisfuncties. De basisfuncties zijn bestaande functies op de Nederlandse arbeidsmarkt met een minimale belasting, over het algemeen op of niet ver boven WML-niveau. Ze zijn zo gekozen dat ze een goed beeld geven of iemand nog een functie op de Nederlandse arbeidsmarkt kan vervullen gegeven zijn beperkingen. De basisfuncties worden geselecteerd uit het Claimbeoordeling- en borgingssysteem (CBBS) van UWV en worden in dezelfde actualisatiecyclus meegenomen als het CBBS; het is een subset van alle functies in loondienst waarmee ten minste het wettelijk minimumloon per maand verdiend kan worden. Een basisfunctie bestaat uit een beschrijving van de inhoud van de te verrichten taken en een weergave van de belasting in het werk. Deze functieomschrijving vormt de basis voor de claimbeoordeling.

De beoordeling wordt gedaan aan de hand van de minst belastende basisfunctie uit de set. Immers, als de zelfstandige niet in staat is om de minst belastende basisfunctie uit te voeren, dan kan de conclusie getrokken worden dat de zelfstandige niet meer het WML kan verdienen. Als hij nog wel in staat is om de minst belastende basisfunctie uit te voeren, dan kan de conclusie getrokken worden dat hij nog wel het WML kan verdienen, aangezien met alle functies in de set ten minste het WML kan worden verdiend. Wat de minst belastende basisfunctie is waar de beoordeling mee wordt gedaan, is casusafhankelijk en hangt af van de individuele belemmeringen

CONCEPT

in belastbaarheid. Als gestileerd voorbeeld: voor iemand met rugklachten ligt het voor de hand om de beoordeling te doen aan de hand van een basisfunctie met een minimale belasting van de rug.

Voor de gekozen, minst belastende basisfunctie, wordt er geïnventariseerd welke belemmeringen de zelfstandige mogelijkerwijs ervaart om de basisfunctie uit te voeren. Alleen belemmeringen die medisch objectiveerbaar voortvloeien uit ziekte of gebrek, ofwel beperkingen, wegen mee in de beoordeling van het recht op uitkering.

Als blijkt dat beperkingen als gevolg van ziekte of gebrek het uitvoeren van de basisfunctie onmogelijk maken, dan heeft de zelfstandige recht op een uitkering.

Bij de beoordeling werken de verschillende UWV-professionals samen met het oog op een efficiënte aanpak. In de meeste gevallen zal de arbeidsdeskundige de grootste rol hebben en blijft de inzet van de verzekeringsarts beperkt. De verzekeringsarts wordt proportioneel ingezet voor het beantwoorden van concrete vragen met betrekking tot de belastbaarheid van de cliënt, die relevant zijn voor de specifieke (minst belastende) basisfunctie die de arbeidsdeskundige onderzoekt. Dat betekent dat de verzekeringsarts, ten opzichte van de claimbeoordeling voor de Wet WIA, een veel beperktere belastbaarheidsvraag hoeft te beantwoorden. De verzekeringsarts hoeft daarbij ook niet te oordelen over de duurzaamheid van iemands beperkingen, omdat er in de uitkeringssystematiek geen onderscheid is naar duurzaamheid. Hierdoor zal deze beoordeling minder capaciteit van verzekeringsartsen vragen in vergelijking met de WIA-beoordeling.

De beoordeling aan de hand van basisfuncties is naar verwachting beter uitlegbaar, doordat de zelfstandige meer inzicht krijgt in de functie die wordt getoetst, de uit te voeren taken die bij die functie horen, en de vergelijking van die taken met zijn eigen belastbaarheid.

Tot slot hoeft er niet gekeken te worden of de zelfstandige een basisfunctie nog wel gedeeltelijk, in deeltijd, kan vervullen. Ten eerste, omdat het voorstel niet voorziet in gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid en gedeeltelijke uitkeringen; zie hoofdstuk 5 en 6. En onderliggend, omdat de verwachting is dat het beoordelen van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, op grond van medische beperkingen in het aantal uren dat iemand belastbaar is, slechts beperkt effect zou hebben op de uitkomst van de claimbeoordeling. Omdat de beoordeling reeds uitgaat van functies met een minimale belasting zijn er naar verwachting maar weinig zelfstandigen, die enkel nog een basisfunctie in deeltijd kunnen vervullen vanwege een medische urenbeperking. In veruit de meeste gevallen zal de zelfstandige ofwel een basisfunctie met minimale belasting volledig kunnen uitvoeren, ofwel geen enkele basisfunctie kunnen uitvoeren – ook niet in deeltijd als de functie in deeltijd bestaat. Omgekeerd geldt ook dat het toetsen van functies, waarmee in deeltijd ten minste het wettelijk minimumloon per maand verdiend kan worden, naar verwachting weinig invloed zou hebben op de uitkomst van de claimbeoordeling. Iemand die belastbaar is voor een dergelijke functie, met een beperking op het aantal uren, zal naar verwachting doorgaans ook belastbaar zijn voor een van de basisfuncties zonder beperking op het aantal uren. De regering verkiest daarom de grotere eenvoud van het niet toetsen op mogelijke deeltijdfuncties en het niet opnemen van de mogelijkheid van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid in dit wetsvoorstel.

7.3 Herbeoordeling

Er kunnen verschillende redenen zijn om de arbeidsongeschiktheid van de uitkeringsgerechtigde verzekerde opnieuw te beoordelen. Dat kan op verzoek van de verzekerde of op initiatief van UWV, als er mogelijk sprake is van toegenomen of afgenomen beperkingen. UWV kan de zelfstandige vragen om nieuwe informatie aan te leveren voor een herbeoordeling. Indien nodig kan UWV de zelfstandige ook oproepen voor een spreekuur.

Het arbeidsongeschiktheidscriterium is bij de herbeoordeling hetzelfde als bij de claimbeoordeling. Ingeval uit de herbeoordeling blijkt dat de zelfstandige ten minste het wettelijk minimumloon per maand kan verdienen in algemeen geaccepteerde arbeid, dan zal dat tot gevolg hebben dat de uitkering wordt beëindigd. Zie ook paragraaf 5.6 Eindigen van het recht op uitkering.

CONCEPT

7.4 Uitvoerbaarheid sociaal-medische beoordelingen

Door de problematiek ten aanzien van de mismatch tussen de vraag naar, en het aanbod van, sociaal-medische beoordelingen is er vanaf 2018 een oplopende wachttijd ontstaan bij de claimbeoordelingen van de Wet WIA. Werknemers wachten te lang op hun WIA-(her)beoordeling, wat onzekerheid geeft over het recht op een uitkering. Dit acht de regering ongewenst.

Mede daarom heeft de regering bij de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen gekeken hoe de beoordeling van arbeidsongeschiktheid zo efficiënt mogelijk kan worden vormgegeven. Hoewel dit wetsvoorstel de mismatch desondanks vergroot, kiest de regering ervoor om de uitwerking van dit wetsvoorstel voort te zetten. Er is sinds 2023 een voorzichtig positief beeld te schetsen ten aanzien van het aantal uitgevoerde WIA-claimbeoordelingen.[143] Het tegengaan van de mismatch en de verdere uitwerking en beraadslaging over dit wetsvoorstel worden parallel voortgezet, waarbij de regering verwacht dat er nog (enkele) jaren nodig zijn om voldoende capaciteit te creëren voor de uitvoering van dit voorstel.

8. Activering

8.1 Inleiding

Het werken als zelfstandige wordt vaak ingegeven door de wens om meer regie te hebben op het werk en het eigen werkzame leven. Specifieke en veel voorkomende redenen om als zelfstandige aan het werk te gaan zijn onder meer: de wens niet meer voor een baas te willen werken, de wens zelf te bepalen hoe en wanneer het werk verricht wordt, de wens werk- en privé beter te combineren en de mogelijkheid om als zelfstandige meer te verdienen.[144]
Aan het zelfstandig ondernemerschap ligt vaak een intrinsieke motivatie ten grondslag om niet in loondienst te werken. Daarmee kent de kring van verzekerden een uniek karakter waar rekening mee gehouden moet worden, ook ten aanzien van vormgeving van de re-integratie en de rechten en plechten. Doel is ten aanzien van de rechten en plichten aan te sluiten bij de keuze van de zelfstandige voor autonomie en het, waar mogelijk, benutten van de zelfredzaamheid en intrinsieke motivatie van de zelfstandige en de mogelijkheden om binnen het eigen bedrijf te re-integreren.

8.2 Re-integratie

In deze paragraaf wordt een onderscheid gemaakt in de periode voordat de zelfstandige door ziekte of gebrek uitvalt enerzijds, en de periode waarin de zelfstandige ongeschikt is voor eigen werk anderzijds.

8.2.1 Preventie en begeleiding van verzuim

Een noodzakelijke voorwaarde voor een adequate aanpak van verzuim en arbeidsongeschiktheid is preventie. Goede arbeidsomstandigheden dragen in veel gevallen bij aan het voorkomen van ongevallen, ziekten en blijvende arbeidsongeschiktheid. Instrumenten als voorlichting en het bieden van informatie zijn hierbij van belang. Afspraken rondom goede arbeidsomstandigheden bij de inzet van een zelfstandige zijn uitgewerkt in de Arbeidsomstandighedenwet. Binnen verschillende branches zijn hiervoor richtlijnen gemaakt.

Het raadplegen van een Arboprofessional door een zelfstandige is echter vaak niet mogelijk als iemand geen arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft. [145] Het is van belang dat preventieve ondersteuning ter voorkoming van gezondheidsklachten door werk voor alle werkenden toegankelijk is. De Stichting van de Arbeid adviseerde in 2020 onder meer om een Arbocentrum voor zelfstandigen op te richten, gefinancierd uit de premie-inkomsten.[146] De bedoeling van de Stichting is om specifieke kennis op het gebied van arbeidsgezondheidszorg samen te brengen en toegankelijk te maken voor zelfstandigen. Zo kunnen effectieve interventies voor herstel en

[143] Kamerstukken II 2023/ 24, 26448, nr. 756.
[144] https://www.cbs.nl/-/media/_pdf/2023/28/zea-2023-in-vogelvlucht.pdf.
[145] Oomkens, R., A. Drijvers, T. Grimmius & S. Rossetti (2021). *Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers.* Bilthoven: RIVM.
[146] Stichting van de Arbeid (2020). *Keuze voor zekerheid*.

werkhervatting worden ingezet. Hoewel de regering thans geen Arbocentrum uitwerkt, is in de Arbovisie 2040[147] preventie specifiek als prioriteit benoemd. Er wordt bijvoorbeeld gedacht aan een laagdrempelige ondersteuningsfaciliteit voor alle werkenden.

8.2.2 Re-integratie tijdens de wachttijd

De inzet van de regering is om zoveel mogelijk mensen met een arbeidsbeperking gegeven hun mogelijkheden te ondersteunen naar (duurzame) werkhervatting. Van zelfstandigen die publiek verzekerd zijn, wordt verwacht dat diegenen zich tijdens de wachttijd inspannen om het werk binnen het eigen bedrijf te hervatten, al dan niet met een andere werkinhoud, of, indien niet anders mogelijk, te re-integreren naar werkzaamheden als zelfstandige elders of als werknemer bij een ander bedrijf. De regering vindt het van groot belang dat iedereen die kan werken, deelneemt aan het arbeidsproces. Zelfstandigen die belemmeringen ervaren om het werk te hervatten, moeten maximaal mee kunnen doen en zichzelf verder kunnen ontwikkelen en ontplooien. Tijdens de wachttijd zijn zelfstandigen hier zelf voor verantwoordelijk. Zij kunnen zich indien gewenst melden bij UWV voor re-integratieondersteuning. Er bestaat geen re-integratieplicht tijdens de wachttijd. Dit sluit aan bij het karakter en de positie van de groep verzekerden.

Met dit wetsvoorstel wordt geregeld dat publiek verzekerde zelfstandigen al tijdens de wachttijd aanspraak kunnen maken op ondersteuning. Het wetsvoorstel voorziet in ondersteuning die bijdraagt aan werkhervatting van publiek verzekerde zelfstandigen naar arbeid. Zelfstandigen hebben mogelijk geen inkomsten gedurende de wachttijd en daardoor een financiële prikkel om het werk snel te hervatten. De verzekerde kan zelf besluiten om wel of geen gebruik te maken van het recht op re-integratieondersteuning door UWV tijdens de wachttijd. Zij kunnen UWV verzoeken om ondersteuning bij arbeidsinschakeling. Ondersteuning tijdens de wachttijd geeft de zelfstandige de kans om mogelijkheden te onderzoeken, zelf met suggesties te komen en zo nodig om zich daarbij te laten begeleiden.

Zelfstandigen kunnen zich tijdens de wachttijd bij UWV melden voor re-integratieondersteuning. De re-integratieondersteuning door UWV omvat bijvoorbeeld het voeren van gesprekken en eventuele inzet van re-integratietrajecten of scholing. De activiteiten dienen aan te sluiten bij de specifieke situatie van de zelfstandige, bij de competenties en capaciteiten, het ziektebeeld en eventuele beperkingen die de zelfstandige ervaart. Per individu verschilt dit. Om maatwerk te waarborgen, kan UWV een breed pakket aan re-integratieactiviteiten vanuit verschillende re-integratiebedrijven inzetten.

UWV en de zelfstandige maken afspraken over de inzet van (externe) ondersteuning in de wachttijdfase en leggen dit vast in een werkhervattingsvisie. In de werkhervattingsvisie wordt op hoofdlijnen aangegeven wat de mogelijkheden voor de verzekerde zijn. In de werkhervattingsvisie worden de algemene rechten en plichten, en de gevolgen van niet of onvoldoende naleving van de verplichtingen opgenomen wanneer de zelfstandige kiest om tijdens de wachttijdfase re-integratieondersteuning te ontvangen. UWV kan voorwaarden verbinden aan de re-integratieondersteuning, zoals het stopzetten van trajecten bij verwijtbaar gedrag. Tegen deze werkhervattingsvisie staat bezwaar- en beroep open. Aangezien een werkhervattingsvisie wordt opgesteld op initiatief van de verzekerde, kan het zijn dat er nog maar een korte periode aan wachttijd over is op het moment dat de werkhervattingsvisie wordt opgesteld. In zo'n geval ziet de werkhervattingsvisie op deze korte periode van bijvoorbeeld enkele maanden.

Het UWV kan besluiten een re-integratieplan op te laten stellen door een re-integratiebedrijf wanneer inkoop van externe ondersteuning door een re-integratiebedrijf noodzakelijk wordt geacht. In dit re-integratieplan worden de afspraken vastgelegd tussen een re-integratiebedrijf en de verzekerde. Het re-integratiebedrijf voert de activiteiten zoals opgesteld in de werkhervattingsvisie tussen UWV en de verzekerde uit. De afspraken zullen zo concreet mogelijk worden gemaakt en gekoppeld aan een beoogd eindresultaat. De inschakeling van een re-

[147] Kamerstukken II 2023/24, bijlage bij 25883, nr. 477.

integratiebedrijf is een bevoegdheid van UWV, en geen verplichting. De afspraken tussen UWV en/of het re-integratiebedrijf en de verzekerde op het terrein van re-integratie (en uitkering) worden schriftelijk vastgelegd. Als in de werkhervattingsvisie, dan wel het re-integratieplan opgenomen afspraken niet worden nageleefd, kan dit reden zijn voor het UWV om ingezette trajecten stop te zetten door een beschikking hierover te herzien of in te trekken. Het UWV kan gemaakte kosten van de ingezette ondersteuning gedurende de wachttijd in zo'n geval geheel, of gedeeltelijk terugvorderen.
Zelfstandigen kunnen er tijdens de wachttijd ook voor kiezen om zonder consequenties geen gebruik te maken van re-integratieondersteuning vanuit UWV. Een zelfstandige kan immers ook zelf, of via een aanvullende private verzekering, re-integratieondersteuning inkopen. UWV toetst en monitort geen re-integratie inspanningen van zelfstandigen in de wachttijdfase. Dit is passend bij het gegeven dat er nog geen uitkeringsrelatie is tussen UWV en zelfstandige, en de verantwoordelijkheid die de zelfstandige zelf draagt in deze fase. Door de financiële prikkel die zelfstandigen ervaren – door het niet hebben van een uitkering in het eerste ziektejaar – acht de regering het verder stimuleren van re-integratie inspanningen door aangescherpte re-integratieverplichtingen niet proportioneel.

8.2.3 Re-integratie na de wachttijd
Vanaf het moment dat een zelfstandige een uitkering ontvangt heeft de zelfstandige een re-integratieplicht en recht op ondersteuning door UWV. Voor een deel van de zelfstandigen gaat dit om verdere begeleiding van de al gestarte re-integratieondersteuning tijdens de wachttijd. Bij overloop naar de uitkeringsfase worden de afspraken die reeds zijn opgenomen in het werkhervattingsplan zo veel mogelijk overgenomen – en indien nodig bijgesteld– en is het mogelijk om deze re-integratieondersteuning verder voort te zetten. Zelfstandigen die geen gebruik hebben gemaakt van de re-integratieondersteuning van UWV gedurende de wachttijd, zullen vanaf het moment dat ze een uitkering ontvangen re-integratiedienstverlening vanuit UWV ontvangen. Mochten de re-integratieactiviteiten gericht op herstel en terugkeer naar het eigen werk of werk in het eigen bedrijf, al dan niet met een andere werkinhoud, niet leiden tot werkhervatting, dan bekijken de zelfstandige en UWV samen wat de mogelijkheden zijn voor re-integratie naar loondienst.

De activiteiten kunnen variëren van bijvoorbeeld begeleiding bij het zoeken naar een baan tot het volgen van trainingen. De aangeboden ondersteuning is persoonsafhankelijk, gericht ingezet en daarmee maatwerk. Dit kan ook inzet in de vorm van vrijwilligerswerk, werkervaringsplekken of participatieplaatsen met behoud van uitkering omvatten indien dit bijdraagt aan het doel van werkhervatting naar betaald werk. Daarnaast hebben de verzekerden de mogelijkheid zelf met voorstellen te komen voor de re-integratie en dit aan te geven in gesprekken die zij voeren met UWV. In de re-integratievisie wordt, voor zover nog niet gedaan in de wachttijd, op hoofdlijnen aangegeven wat de mogelijkheden voor de verzekerde zijn. Verschil met de wachttijd is dat de verzekerde gedurende de uitkeringsfase een re-integratieplicht heeft en inspanningen dient te leveren om het werk te hervatten. In de re-integratievisie worden de algemene rechten en plichten, en de gevolgen van niet of onvoldoende naleving van de verplichtingen opgenomen. Als vervolg op de re-integratievisie, die door de verzekerde en UWV in overleg wordt opgesteld, kan UWV besluiten een re-integratieplan op te laten stellen. In het re-integratieplan worden de afspraken vastgelegd tussen een re-integratiebedrijf, dat de activiteiten zoals overeengekomen in de re-integratievisie uitvoert, en de verzekerde. De afspraken zullen zo concreet mogelijk worden gemaakt en gekoppeld aan een beoogd eindresultaat. De inschakeling van een re-integratiebedrijf is een bevoegdheid en geen verplichting. De afspraken tussen UWV en/of het re-integratiebedrijf en de verzekerde op het terrein van re-integratie (en uitkering) worden schriftelijk vastgelegd. Als in de re-integratievisie, dan wel het re-integratieplan opgenomen afspraken niet worden nageleefd, kan dit reden zijn voor het UWV om een sanctie (boete of maatregel) op te leggen.

Bij re-integratie naar loondienst
Wanneer terugkeer of werkhervatting in het eigen werk en/of bedrijf niet meer mogelijk wordt geacht, kan worden gekeken naar re-integratie naar werk in loondienst. Om de stap naar werk in

loondienst makkelijker te maken stelt de regering voor om, naast de in paragraaf 8.2.3. genoemde mogelijkheden voor ondersteuning, voor publiek verzekerde zelfstandigen de instrumenten no-riskpolis en proefplaatsing beschikbaar te stellen.

Een proefplaatsing biedt de verzekerde de mogelijkheid om maximaal zes maanden werk te verrichten bij een nieuwe werkgever met behoud van uitkering. Op deze wijze kan de verzekerde wennen aan een nieuwe baan, terwijl de werkgever ervaring kan opdoen met de verzekerde. Een proefplaatsing is daarom een goede manier om te bekijken of zowel de verzekerde als de werkgever tevreden zijn met de invulling van de functie. Een proefplaatsing is niet geheel vrijblijvend, zowel de verzekerde als de werkgever dienen de intentie te hebben om met elkaar verder te willen. Het doel van het instrument proefplaatsing is dan ook begeleiding naar duurzaam werk. Gezien dit doel is de verzekerde gedurende de proefplaatsing vrijgesteld van de plicht passende arbeid elders te accepteren op grond van dit wetsvoorstel. Onder passende arbeid verstaan we re-integratie naar loondienst of naar arbeid als zelfstandige in de zin van deze wet, die naar krachten en bekwaamheden van de persoon kan worden uitgeoefend.

Naast het instrument proefplaatsing maakt de regering ook het instrument no-riskpolis beschikbaar voor publiek verzekerde zelfstandigen die re-integreren naar loondienst. De no-riskpolis komt beschikbaar voor zowel personen met een uitkering op grond van dit voorstel, als voor personen waarvan de uitkeringsaanvraag is afgewezen omdat zij niet arbeidsongeschikt zijn. Private verzekeraars kunnen indien gewenst eenzelfde soort instrument ontwikkelen voor privaat verzekerde zelfstandigen. Het instrument komt na het einde van de wachttijd beschikbaar. Ook voor (ex-)werknemers met een ziekte- of arbeidsongeschiktheidsverleden is de no-riskpolis na de voor hen geldende wachttijd beschikbaar. Daarnaast gelden gelijke voorwaarden als voor werknemers voor deze groep. Bij zelfstandigen waarvoor de uitkering is afgewezen, maar die de eigen arbeid niet kunnen verrichten, dient er geen nieuw dienstverband te zijn tien weken voor het einde van de wachttijd. Dit is gekoppeld aan het moment waarop UWV de verzekerde in kennis stelt van het doen van de aanvraag (indien de verzekerde zich al heeft ziekgemeld bij het UWV). Voor deze groep geldt de no-riskpolis ook alleen wanneer zij binnen vijf jaar na het einde van de wachttijd een dienstverband aangaan. Voor zelfstandigen die een uitkering op grond van dit voorstel ontvangen komt de no-riskpolis beschikbaar als zij vanuit de uitkering een dienstverband aangaan. Voor beide groepen geldt dat de no-riskpolis beschikbaar is in geval van ongeschiktheid tot werken wegens ziekte die is aangevangen in de vijf jaar na aanvang van de dienstbetrekking.

De no-riskpolis beoogt financiële drempels weg te nemen bij werkgevers door de kosten van loondoorbetaling bij ziekte van een werknemer met een arbeidsbeperking te compenseren vanuit de ZW. Het instrument draagt bij aan de ambitie om een inclusieve arbeidsmarkt te bevorderen. De veronderstelling achter de no-riskpolis is dat werkgevers terughoudend zijn om mensen met een ziekte of arbeidsbeperking aan te nemen, omdat zij vrezen voor de kosten in geval van (langdurig) verzuim. De werkgever mag de werknemer na de eerste twee maanden na aanvang van de dienstbetrekking vragen of de werknemer valt onder de no-riskpolis.[148] Met de inzet van de no-riskpolis worden de financiële risico's voor werkgevers beperkt bij het aannemen van zelfstandigen die niet meer terug kunnen re-integreren in hun eigen bedrijf.

In een kwart van de gevallen is de no-riskpolis effectief gebleken in het stimuleren van werkgevers om een sollicitant met een arbeidsbeperking aan te nemen of in dienst te houden.149 De no-riskpolis compenseert een deel van de kosten van hernieuwde uitval door ziekte in de eerste vijf jaar van het nieuwe dienstverband. UWV komt de werkgever in de eerste periode van het dienstverband dus tegemoet in de kosten voor de verplichte loondoorbetaling bij ziekte. Bovendien zorgt de no-riskpolis ervoor dat de werkgever geen hogere premie hoeft te betalen voor de ZW of voor de Wet WIA. De duur van vijf jaar kan in bijzondere gevallen verlengd worden met nog eens

[148] Artikel 38b van de ZW.
[149] Ruig, L., Heyma, A., Scholte, R. en Berg, E. van den (2018). *Bekendheid en effectiviteit no-riskpolis artikel 29b ZW*. De Beleidsonderzoekers en SEO Economisch Onderzoek.

vijf jaar, namelijk als er naar het oordeel van UWV ook na de eerste vijf jaar nog sprake is van een verhoogd risico op ernstige gezondheidsklachten.

8.3 Voorzieningen

Mensen die uitvallen met een arbeidsbeperking komen vaak moeilijk weer aan de slag en hebben ondersteuning nodig om het werk te hervatten. Werkvoorzieningen (hierna: voorzieningen) zoals een hulpmiddel op de werkplek of aanpassing van de werkplek, bieden noodzakelijke ondersteuning waardoor werk kan worden hervat. Daarmee wordt eveneens het gebruik van een uitkering beperkt.

De regering stelt daarom voor om deze voorzieningen breder beschikbaar te maken voor zelfstandigen. Opgemerkt zij dat op grond van de huidige regelgeving UWV al voorzieningen kan verstrekken aan startende zelfstandigen. Daarbij zijn uitgezonderd zelfstandigen die onder de Participatiewet vallen. Voor hen zijn gemeenten verantwoordelijk.

De regering stelt voor de bevoegdheid om aan zelfstandigen voorzieningen te verstrekken, te verruimen. De voorgestelde verruiming ziet op de publiek verzekerde zelfstandige die bij aanvang van de start als zelfstandige geen ziekte of handicap heeft, maar waarbij gedurende de werkzaamheden als zelfstandige een structurele functionele beperking ontstaat.

UWV kan de voorziening vanaf het ontstaan van de structurele functionele beperking op aanvraag toekennen. De toekenning van een voorziening strekt tot het behoud, herstel of bevordering van het verrichten van arbeid als zelfstandige. Daarmee kan (langdurige) uitval worden voorkomen en instroom in de uitkering worden beperkt.

Welke voorzieningen verstrekt kunnen worden, wordt vastgesteld bij algemene maatregel van bestuur. De regering voorziet dat voor het verstrekken van voorzieningen wordt aangesloten bij de voorzieningen en voorwaarden die gelden voor het verstrekken van voorzieningen aan startende zelfstandigen. De regering voorziet voor niet-startende zelfstandige de volgende voorzieningen:

- (Leef)vervoersvoorzieningen: voorzieningen die ertoe strekken dat de persoon zijn werkplek kan bereiken en mogelijk een voorziening voor het leefvervoer die daarmee rechtstreeks samenhangt. Bijvoorbeeld taxivergoeding, een vergoeding voor de aanschaf en het gebruik van een bijzonder type auto of aanpassing van een eigen auto.
- Intermediaire voorzieningen: activiteiten die zijn gericht op de vervanging of ondersteuning van een door ziekte of gebrek of (gedeeltelijk) ontbrekende lichaamsfunctie. Bijvoorbeeld een gebaren- of schrijftolk.
- Voorzieningen ten behoeve van de inrichting van de arbeidsplaats, de productie- en werkmethoden en de bij de arbeid te gebruiken hulpmiddelen: dit kunnen zowel voorzieningen zijn die ”meeneembaar” zijn als voorzieningen die naar de aard van de zaak duurzaam verenigd zijn met het bedrijf van de aanvrager. Bijvoorbeeld een brailleleesregel bij een visuele beperking of een traplift of aangepaste werkplek.

Een voorziening wordt niet verstrekt indien deze algemeen gebruikelijk is of wanneer er een vergoeding op grond van een andere wettelijke regeling mogelijk is. Bij de beoordeling en berekening van de kosten en de verlening van een voorziening gaat UWV uit van de goedkoopste adequate voorziening. De regering is voornemens om hierbij – voor zover van toepassing – aan te sluiten bij de reeds bestaande regels voor startende zelfstandigen in het Re-integratiebesluit.

Voor zelfstandigen geldt de volgende categorisering qua bevoegdheden omtrent het verstrekken van voorzieningen na ommekomst van het wetsvoorstel:

- Voor zelfstandigen die bij aanvang van de start als zelfstandige vanwege ziekte of gebrek een structurele functionele beperking hebben (of die binnen drie jaar na de aanvang van de arbeid als zelfstandige ontwikkelen), is UWV verantwoordelijk[150]. Ongeacht of deze zelfstandige privaat of publiek verzekerd is.

[150] Artikel 34a Wet WIA en artikel 2:23 Wajong.

- Voor zelfstandigen waarvoor de gemeente zorg draagt voor ondersteuning bij arbeidsinschakeling of onmiddellijk voorafgaand aan de aanvang van de arbeid als zelfstandige zorg droeg, is de gemeente verantwoordelijk voor het verstrekken van de noodzakelijke voorzieningen[151]. De verantwoordelijkheid van de gemeente eindigt op het moment dat de zelfstandige twee aaneengesloten jaren ten minste 100 procent van het WML heeft verdiend.
- Voor publiek verzekerde zelfstandigen die niet vallen onder bovengenoemde twee categorieën, is op grond van dit wetsvoorstel UWV verantwoordelijk.
- Privaat verzekerde zelfstandigen waarbij gedurende hun werkzaamheden als zelfstandige een beperking ontstaat, komen niet in aanmerking voor een voorziening bij UWV. Zij dragen niet bij in de kosten voor de verzekering en voor hen is de private verzekeraar verantwoordelijk.

De bevoegdheidsverdeling tussen UWV en gemeenten is complex en kan tot onduidelijkheid in de uitvoering leiden. Met het verruimen van de bevoegdheid voor UWV voor het verstrekken van voorzieningen aan publiek verzekerde zelfstandigen, zouden mogelijk samenloop- en onduidelijk situaties met gemeenten ontstaan. Daarom onderzoekt de regering de mogelijkheid of deze bevoegdheidsverdeling in de toekomst te vereenvoudigen is.

9. Premieheffing- en inning

9.1 Premieplichtig

Premieplichtig is de publiek verzekerde persoon met belastbare winst uit onderneming, met uitzondering van de winst op grond van artikel 3.3 van de Wet IB 2001 (zie paragraaf 4.4.4). Daar zijn de verzekerde personen die een recht op uitkering op grond van dit wetsvoorstel hebben, van uitgezonderd. Voor de volledigheid, dit betreffen ook de zelfstandigen die wel een recht op uitkering hebben, maar die door inkomensverrekening geen uitkering ontvangen.

De opgebrachte premies dienen, samen met de stabiliteitsbijdrage, ter dekking van alle uitgaven op grond van dit wetsvoorstel, zowel aan uitkeringslasten als uitvoeringskosten.

9.2 Maatstaf voor premie

De maatstaf voor premieheffing is de belastbare winst uit onderneming, zoals opgenomen in de Wet IB 2001. Deze winst uit onderneming is het bedrag van de gezamenlijke voordelen die, onder welke naam en in welke vorm ook, worden verkregen uit een onderneming. Voor de premiegrondslag geldt – net als de uitkeringsgrondslag – dat de belastbare winst uit onderneming vermeerderd wordt met de ondernemersaftrek en de MKB-winstvrijstelling. De belastbare winst uit onderneming is een bestaand fiscaal begrip, dat in dit voorstel als uitgangspunt dient voor de berekening van het premie-inkomen. Voor de premieheffing voor deze wet wordt derhalve aangesloten bij een fiscale grondslag die thans al jaarlijks moet worden vastgesteld. Daarnaast is de IB-ondernemer verplicht om aangifte inkomstenbelasting te doen en een fiscale winst- en verliesrekening te maken. Door het aansluiten bij die systematiek worden de administratieve lasten van zelfstandigen zoveel mogelijk beperkt.

Aanhaken bij het fiscale winstbegrip heeft als voordeel dat de in een kalenderjaar genoten winst wordt bepaald volgens goed koopmansgebruik. Die voorschriften en de daarop gebaseerde jurisprudentie werpen een dam op tegen willekeurige winstverschuiving. Bij het bepalen van de fiscale winst wordt rekening gehouden met de kosten van de onderneming en de vorming van voorzieningen. Zo kunnen bijvoorbeeld vanwege de financiering met vreemd vermogen, rentekosten in aanmerking worden genomen voor de winstberekening. Ook kan de winst worden beïnvloed door afschrijving en afwaardering van bedrijfsmiddelen voor zover dat op grond van de fiscale wet- en regelgeving is toegestaan. Daarmee vormt dit winstbegrip dan ook een reële grondslag voor de premieheffing bij ondernemers.

De regering wenst een bepaalde equivalentie na te streven tussen de grondslag voor de premie en de grondslag voor de uitkering. Daarom zijn deze gelijk (ook de winst, genoten door

[151] Artikel 7, eerste lid, onderdeel a, Participatiewet.

medegerechtigden, wordt niet in de premiegrondslag opgenomen). Ook voor de premiegrondslag geldt dat bij algemene maatregel van bestuur de grondslag kan worden verbreed en verengd.

9.3 (Maximum) premie-inkomen

De maximale premiegrondslag is – gelijk aan de maximale uitkeringsgrondslag – 142,86% van het WML. Als het bedrag dat de zelfstandige aan winst uit onderneming heeft, minder is dan dat bedrag, betaalt hij een lager bedrag aan premie. Als de zelfstandige een hoger bedrag aan winst uit onderneming heeft dan dat bedrag, betaalt hij premie over het maximum van 142,86% van het WML.

De maximale grondslag is gekozen naar aanleiding van het advies van de Stichting van de Arbeid. Met deze grondslag is er meer dekking dan in de oude AAW en WAZ, welke een premiegrondslag van 100% van het WML kenden. Hierdoor krijgen zelfstandigen die een iets hoger inkomen hebben dan het WML, ook een uitkering die hoger is dan de maximale uitkering van 70% WML in AAW en WAZ. Het voorkomt daarmee ook een beroep op een aanvulling vanuit de bijstand, voor het geval (het gezin van de kostwinnende) de zelfstandige uitsluitend de uitkering op grond van deze wet als inkomensbron heeft.

Een hogere premiegrondslag is eveneens niet wenselijk. De belangrijkste reden hiervoor is dat met een hogere premiegrondslag de totale kosten voor de verzekering ook stijgen, voor de inkomens boven de grondslag van 142,86% WML.

Het maximum premie-inkomen is grotendeels gelijk aan het maximum voor de uitkeringsgrondslag. Op deze wijze wordt een bepaalde equivalentie bewerkstelligd tussen de af te dragen premie en de potentieel te ontvangen uitkering.

9.4 Geen franchise

Er is niet gekozen voor een zogeheten franchise (anders gezegd, een premievrije voet).[152] Er is een aantal redenen waarom de regering er niet voor kiest om een dergelijke franchise op te nemen:

- Zoals hiervoor aangegeven ligt het in de rede om equivalentie tussen de uitkerings- en premiegrondslag na te streven. Zo werd de in de WAZ vormgegeven inkomenssolidariteit als te groot ervaren en de – voor de zelfstandigen die premie dienden te betalen – premie te hoog.[153] Bij het opnemen van een franchise zou wederom het verschuldigde premiepercentage en/of het maximum premie-inkomen zo moeten worden vastgesteld, dat hogere inkomens verhoudingsgewijs (de verschuldigde premie ten opzichte van de potentiële uitkering) meer dienen bij te dragen.
- Een franchise verhoudt zich niet goed tot een duaal stelsel, waarbij ook private verzekeraars een verzekering kunnen aanbieden. In een duaal stelsel moet de mate waarin kostenverschillen een rol spelen bij de keuze voor de publieke of een private verzekering zoveel mogelijk worden beperkt. Die keuze moet primair worden gedreven vanuit de verzekeringsbehoefte die de zelfstandige heeft. Een franchise zou ervoor zorgen dat lage inkomens een prikkel hebben om publiek verzekerd te blijven, en zelfstandigen met een hoger inkomen om uit te stappen.

Aangezien geen franchise wordt gehanteerd, is er daarmee ook geen reden voor middeling van belastbare winst over de jaren heen. Daarbij geldt tevens dat het introduceren van een dergelijke middeling onlogisch is, omdat de uitvoering daarmee gecompliceerd wordt.[154]

[152] Deze gold wel voor de WAZ. Daarmee werd bewerkstelligd dat over het eerste gedeelte van de genoten winst geen premie was verschuldigd. Zelfstandigen met een lagere winst werden daarmee niet of in mindere mate in de premieheffing betrokken. Om de regeling kostendekkend te houden, was het noodzakelijk dat hogere inkomens juist meer premie bijdragen. Er werd daarmee een grotere mate van (inkomens)solidariteit tussen hoge en lage inkomens bewerkstelligd.
[153] Kamerstukken II 2003/04, 29497, nr. 3, p. 3.
[154] Zie (de memorie van toelichting bij) het Belastingplan 2023.

9.5 Premiepercentage

Het UWV stelt het premiepercentage vast, inclusief het jaar waarvoor dat premiepercentage geldt. Dit gebeurt voor de start van het kalenderjaar. De premie wordt zo vastgesteld dat deze, samen met de stabiliteitsbijdrage, structureel dekkend is voor de publieke uitkeringslasten, re-integratiekosten en uitvoeringskosten (zie ook paragrafen 10.3, 17.1 en 17.5). Vooral gedurende de eerste tien jaar na inwerkingtreding van dit voorstel kan blijken dat de lasten en kosten hoger of lager uitvallen dan verwacht, doordat de kans op arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen groter of kleiner blijkt te zijn dan vooraf ingeschat. De premie zal dan worden bijgesteld naar het structurele kostendekkende niveau conform het beste voortschrijdende inzicht. Hierbij is er de mogelijkheid om bij een forse bijstelling van het premiepercentage, stapsgewijs naar het bijgestelde premiepercentage te groeien. Hiermee kunnen plotselinge fluctuaties van de premie worden gedempt. Doordat de premie lastendekkend wordt vastgesteld acht de regering het passend dat UWV deze vaststelt. UWV heeft informatie over de omvang van de verzekerde populatie en maakt jaarlijks een inschatting, op basis van het aantal uitkeringsgerechtigden, wat de uitkeringslasten per jaar zullen zijn.

Het totaal aan verschuldigde premie is de resultante van de in aanmerking te nemenpremiegrondslag, zo nodig gemaximeerd, vermenigvuldigd met het premiepercentage. Een vereenvoudigd voorbeeld: als de premiegrondslag €30.000 euro is, en het premiepercentage 8%, is de zelfstandige over dat kalenderjaar 0,08 x €30.000 = €2.400 verschuldigd.

9.6 Fiscale aftrekbaarheid premie en belastbaarheid uitkeringen

De premies voor de huidige vrijwillige private en publieke verzekeringen zijn fiscaal aftrekbaar als uitgaven voor inkomensvoorzieningen.[155] Daarmee kan de bruto verschuldigde premie, netto lager uitvallen. Met dit wetsvoorstel wijzigt dit niet voor private verzekeringen, waaronder verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is. Hiervoor blijven de huidige fiscale regels van toepassing.[156]

Met dit wetsvoorstel wordt voorgesteld voor de premie voor de nieuwe publieke verzekering ook te voorzien in deze fiscaal aftrekbaarheid als uitgaven voor inkomensvoorzieningen. Ook wordt voorgesteld te bepalen dat de premies van de publieke verzekering niet aftrekbaar zijn van de winst zodat geen dubbele aftrek van premies kan ontstaan. Daarnaast wordt voorgesteld dat de uitkeringen uit de publieke verzekering, evenals de private verzekeringen, belast zijn. Hiermee geldt een gelijke fiscale behandeling voor zowel de private verzekeringen als de publieke verzekering.

9.7 Uitvoering van de premieheffing- en inning

9.7.1 Uitvoerder en wijze van premieheffing en -inning

De Belastingdienst wordt belast met de premieheffing en -inning voor de publieke verzekering. Ten overvloede: deze premieheffing en -inningstaak ziet niet op het innen van de stabiliteitsbijdrage.

Door de Belastingdienst zal een aparte aanslag worden vastgesteld voor de premie voor deze wet. Voorgesteld wordt om zoveel mogelijk aan te sluiten bij het heffings- en invorderingskader van de Belastingdienst omdat zelfstandig ondernemers die regels van de Belastingdienst kennen. Daarmee kan voor de premieheffing worden aangesloten bij de bestaande fiscale regelgeving inzake onder meer uitstel van betaling, kwijtschelding, boeteoplegging en (dwang)invordering die geldt voor de inkomstenbelasting verschuldigd door natuurlijke personen die een bedrijf of zelfstandig een beroep uitoefenen.

Voorgesteld wordt om geen premie te heffen, indien het verschuldigde premiebedrag onder een grensbedrag blijft van de aanslaggrens voor de inkomstenbelasting.[157] Hiermee wordt voorkomen dat voor (te) kleine bedragen premie wordt geheven, waarvan de uitvoeringskosten niet in verhouding staan tot de met de premieheffing verkregen baten.

[155] Artikel 3.124, eerste lid, onderdeel c, Wet IB 2001.
[156] Zie ook paragraaf 3.2 van het Verzamelbesluit lijfrenten.
[157] Deze was in 2023 €51 (op jaarbasis).

9.7.2 Consequenties van een bij definitieve aanslag gewijzigde premie- en uitkeringsgrondslag
In hoofdstuk 4 is stilgestaan bij de consequenties als de betrokkene achteraf bezien (tussen anderhalf en vijf jaar) een andere verzekeringsstatus heeft dan eerder verondersteld.

Het kan tevens voorkomen dat er weliswaar terecht van een verzekeringsplicht is uitgegaan, maar dat bij de definitieve aanslag voor de inkomstenbelasting en premie volksverzekeringen de grondslag anders blijkt. Dit kan zowel voor- als nadelig voor de betrokkene uitvallen.

De betrokkene die een hogere premie verschuldigd is omdat de verzekerde grondslag hoger is dan bij het voorschot is aangehouden, moet deze premie alsnog (na)betalen. Mocht deze betrokkene recht hebben op een uitkering, kan het recht op deze uitkering ook hoger uitvallen.

Eventuele wijzigingen beperken zich tot een inkomen tot 142,86% van het WML. Wie boven 142,86% van het WML verdient, zal bij een wijziging van de hoogte van de winst geen extra premie hoeven betalen of terugkrijgen, zolang de totale grondslag ten minste gelijk is en blijft aan 142,86% van het WML. Een wijziging leidt dan niet tot andere premiebedragen of uitkeringen.

Voor de betrokkene die een lagere premie verschuldigd is omdat de verzekerde grondslag lager is dan bij de voorlopige aanslag is aangehouden, zal een gedeelte van de premie onverschuldigd betaald hebben. Het teveel betaalde bedrag wordt aan belanghebbende terugbetaald. Mocht deze betrokkene recht hebben op een uitkering, kan het recht op deze uitkering ook lager uitvallen.

10. Opt-out

10.1 Wenselijkheid van de opt-out

De publieke verzekering voor zelfstandigen beperkt zich tot een uniform basisniveau van bescherming tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid. Deze dekking is beperkter dan de dekking die veel vrijwillig privaat verzekerde zelfstandigen momenteel kiezen. Zo blijkt uit gegevens van het Verbond van Verzekeraars dat veel zelfstandigen een (veel) kortere wachttijd wensen dan 52 weken. De regering vindt het belangrijk dat zelfstandigen die keuzemogelijkheid behouden. Daarvoor zijn op hoofdlijnen twee manieren, gegeven de vormgeving van de publieke verzekering: (1) mogelijkheid voor het afsluiten van een private verzekering *in aanvulling op* de publieke verzekering; en (2) mogelijkheid voor het afsluiten van een private verzekering *in plaats van* de publieke verzekering (opt-out).

De regering wenst zowel ruimte te bieden om de verzekering privaat in te vullen, als geen blokkades op te werpen voor het door private verzekeraars invullen van een aanvullingsmarkt. Voor de private aanvullende verzekering behoeft dit ook geen verdere regels in dit voorstel (zie paragraaf 15.7.3). De private verzekering die in de plaats komt van de publieke verzekering – opt-out – wordt om de volgende redenen ook mogelijk gemaakt. Een opt-out voorkomt dat zelfstandigen die een ruimere verzekeringsbehoefte hebben, altijd aangewezen zijn op twee verschillende partijen: UWV voor de publieke verzekering, en een private verzekeraar voor een aanvullende verzekering. Dat maakt een opt-out eenvoudiger en overzichtelijker voor zelfstandigen, en voorkomt onduidelijkheid en inefficiëntie in de rolverdeling tussen de publieke en de private verzekeraar. Met een opt-out is er altijd één partij waar de zelfstandige terecht kan voor ondersteuning bij zijn re-integratie of de inzet van een voorziening.[158] En doordat deze partij de volledige uitkeringslasten draagt, zijn de mogelijkheden om investeringen in re-integratie of voorzieningen terug te verdienen maximaal. Dat beperkt het risico op onderinvestering in preventie, re-integratie of voorzieningen. Tot slot acht de regering een opt-out belangrijk voor het draagvlak; ook de Stichting van de Arbeid pleit in haar advies uit 2020 voor een opt-out.

Tegenover deze voordelen staan enkele nadelen. Ten eerste vergt een opt-out gegevensuitwisseling tussen private verzekeraars en publieke uitvoerders omdat de private verzekeringsstatus van de zelfstandige moet worden bijgehouden, om te borgen dat de

[158] Hierbij is geabstraheerd van zelfstandigen die bijstand van de gemeente ontvangen, als ze een inkomen onder het sociaal minimum hebben.

zelfstandige ofwel publiek ofwel privaat is verzekerd. Die noodzaak is er niet als private verzekeringen enkel aanvullend op een verplichte publieke verzekering zijn. Of de zelfstandige van rechtswege publiek verzekerd is, wordt pas later duidelijk dan dat de keuze gemaakt kan worden voor opt-out (als consequentie van het aansluiten bij de aan de fiscaliteit ontleende begrippen).[159] Ten tweede moeten er eisen worden gesteld aan private verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is (hierna kortweg te noemen: private verzekeringen) zodat zij een dekking bieden die in ieder geval op hoofdlijnen gelijkwaardig is aan de publieke verzekering. Daarbij blijven er verschillen in polisvoorwaarden tussen de publieke en private verzekering die lastig inzichtelijk kunnen zijn voor zelfstandigen.
Ten derde en tot slot treedt er bij een opt-out naar verwachting risicoselectie op, waardoor stabiliteitswaarborgen voor de publieke verzekering noodzakelijk zijn. De regering weegt bovengenoemde voordelen van een opt-out echter zwaarder dan deze nadelen.

Private uitvoering van sociale zekerheid is geen nieuw gegeven. Het bestaat al onder andere via de verplichting voor werkgevers om bij ziekte gedurende twee jaar het loon door te betalen aan de werknemer (artikel 629 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek), of de mogelijkheid om het eigen risico te dragen voor het derde tot en met twaalfde ziektejaar (artikel 82 van de Wet WIA). Het belang van de sociale zekerheid en het garanderen van bestaanszekerheid aan in casu arbeidsongeschikte zelfstandigen, waartoe artikel 20 van de Grondwet als inspiratie dient, kan daarmee ook privaat worden gediend. De regering stelt wel minimale eisen voor, zodat de bescherming van zelfstandigen ook privaat wordt geborgd en de solidariteit en stabiliteit in het duale stelsel wordt behouden.[160]

10.2 Selectie-effecten en risicoverevening

Bij de voorgestelde vormgeving van een duaal stelsel met opt-out, waarbij de publieke verzekeraar een acceptatieplicht heeft en de private verzekeraar niet, treedt naar verwachting risicoselectie op. Vooral zelfstandigen met een relatief laag risico om arbeidsongeschikt te raken – bijvoorbeeld jongeren werkend in de zakelijke dienstverlening – zullen economisch gezien geneigd zijn over te stappen naar een private verzekering, omdat zij voor dezelfde premie een ruimere dekking kunnen krijgen op de private markt, of dezelfde dekking tegen een lagere premie. Ze kunnen ook geneigd zijn om een lage dekking te kiezen, omdat ze verwachten een beperkt risico op arbeidsongeschiktheid te hebben. Private verzekeraars kunnen zelfstandigen met een relatief hoog risico op arbeidsongeschiktheid niet altijd een verzekering bieden, of enkel een verzekering met een hogere premie, omdat verzekeraars het zich in een concurrerende markt niet kunnen permitteren om naar verwachting verlies te lijden op een verzekeringsovereenkomst. Dat leidt ertoe dat het gemiddelde arbeidsongeschiktheidsrisico van de publiek verzekerden stijgt, waardoor ook de lastendekkende premie voor de publieke verzekering stijgt. Die stijging van de publieke premie kan potentieel ertoe leiden dat nog meer zelfstandigen met een relatief laag risico de publieke verzekering verlaten, waardoor de publieke premie verder stijgt. De regering vindt het onwenselijk dat de betaalbaarheid van de publieke verzekering onder druk komt te staan door dit mechanisme.

In lijn met het advies van de Stichting van de Arbeid stelt de regering daarom een aantal eisen aan private verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is. Dekking en premie moeten ten minste equivalent zijn aan de publieke verzekering. Deze eisen maken de gevolgen van risicoselectie beheersbaar, maar zijn op zichzelf onvoldoende om te voorkomen dat vooral zelfstandigen met een relatief laag risico op arbeidsongeschiktheid overstappen naar de private

[159] Zie paragraaf 4.4 voor de achtergrond hiervan.
[160] Zie ook het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State inzake het privatiseren van de Ziektewet (Kamerstukken II 1995/96, 24439, nr. B), waarbij de Afdeling advisering de toenmalige regering opriep om aandacht te hebben voor artikel 20 van de Grondwet en de wijze waarop het belang van sociale zekerheid wordt geborgd met private uitvoering.

markt.[161] Daarom acht de regering een aanvullende waarborg voor de stabiliteit van de publieke verzekeringspremie noodzakelijk. Daarvoor zijn op hoofdlijnen drie mogelijkheden:

1. Het opleggen van nadere beperkingen aan private verzekeringen waarmee een opt-out uit de publieke verzekering mogelijk is, in het bijzonder een verbod op differentiatie van premie naar bepaalde risicofactoren;
2. Het differentiëren van de publieke verzekeringspremie naar bepaalde risicofactoren; of
3. Het beprijzen van de opt-out om het effect van risicoselectie te verevenen.

De eerste optie kan het effect van risicoselectie naar verwachting niet wegnemen zonder vergaande beperkingen op te leggen aan private verzekeraars, met als risico dat zij dan geen verzekeringen zullen aanbieden omdat ze onvoldoende kunnen bepalen welke risico's ze op zich nemen tegen welke premie. De tweede optie leidt ertoe dat de publieke verzekering een hogere premie zal krijgen voor zelfstandigen met een relatief grote kans op arbeidsongeschiktheid. Dat betekent dat de toegankelijkheid van de publieke verzekering verslechtert voor zelfstandigen met een relatief grote kans op arbeidsongeschiktheid, wat ingaat tegen een van de doelen van dit wetsvoorstel: een toegankelijke verzekering voor iedereen uit de doelgroep. De regering kiest daarom voor optie 3: het beprijzen van de keuzevrijheid om het effect van risicoselectie te verevenen. Zij acht dit de minst ingrijpende manier om de stabiliteit van de publieke verzekering en van de beoogde duale markt als geheel te waarborgen.

De keuzevrijheid wordt daarbij zo beprijsd, dat:

1. Zelfstandigen die ervoor kiezen om privaat verzekerd te zijn, gemiddeld dezelfde lastendekkende premie betalen als zelfstandigen die publiek verzekerd zijn, afgezien van eventuele extra premie die ze betalen voor extra dekking; en
2. Zelfstandigen die publiek verzekerd zijn, dezelfde lastendekkende premie betalen als ze zouden betalen in het geval er niemand gebruik maakte van de opt-out.

Zelfstandigen krijgen aldus zoveel mogelijk een reële keuze voor een private verzekering die een ruimere dekking kan bieden, bijvoorbeeld met een hoger verzekerd bedrag. Voor de dekking die de private verzekering minimaal biedt – equivalent aan de dekking van de publieke verzekering – geldt dat de gemiddelde lastendekkende premie gelijk is aan de premie die zelfstandigen zouden betalen in de publieke verzekering.[162] Kostenverschillen tussen de publieke verzekering en de gemiddelde private verzekering zijn dan alleen het gevolg van ruimere dekking van private verzekeringen of eventuele verschillen in de kostenstructuur van private verzekeraars, en niet het gevolg van verschillen in het gemiddelde arbeidsongeschiktheidsrisico tussen de publiek en privaat verzekerde zelfstandigen.

Tegelijkertijd voorkomt deze risicoverevening dat de toegankelijkheid van de publieke verzekering onder druk komt te staan. Ook zelfstandigen die geen keuze hebben omdat ze geen private verzekering kunnen krijgen vanwege een te hoog risico op arbeidsongeschiktheid, houden toegang tot de publieke verzekering tegen dezelfde lastendekkende premie die er zou zijn als alle zelfstandigen publiek verzekerd waren.

Deze stabilisatie van de publieke premie om het effect van risicoselectie op die premie tegen te gaan is in lijn met het advies van de Stichting van de Arbeid.[163]

10.3 Stabiliteitsbijdrage

Bovenstaande risicoverevening tussen publiek en privaat verzekerden wordt vormgegeven als een stabiliteitsbijdrage *van* degenen die de mogelijkheid hebben en benutten om een verzekering te behouden of een private verzekering via opt-out af te sluiten, *aan* de zelfstandigen die die keuze

[161] Dit mechanisme wordt ook onderschreven door onafhankelijk onderzoek. Zie: SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO economische onderzoek.
[162] Private verzekeraars zijn niet verplicht om hun premie lastendekkend vast te stellen, maar marktwerking begrenst hun mogelijkheden om daarvan af te wijken.
[163] Stichting van de Arbeid (2020). *Keuzes voor zekerheid*. P. 20.

niet hebben of niet maken. De stabiliteitsbijdrage wordt aldus berekend over de volgende drie groepen:

1. Private verzekeringen via opt-out;
2. Private verzekeringen via overgangsrecht;
3. Publieke vrijwillige verzekeringen onder overgangsrecht.

De stabiliteitsbijdrage wordt gebruikt om een deel van de lasten van de publieke verzekering te dekken. De bijdrage is uniform, dat wil zeggen één gelijk bedrag voor iedereen uit bovenstaande groepen: de bijdrage is niet afhankelijk van iemands individuele kenmerken, zoals zijn arbeidsongeschiktheidsrisico. Daarmee blijft de stabiliteitsbijdrage uitlegbaar en uitvoerbaar terwijl de hierboven beschreven doelen kunnen worden bereikt. Het potentiële nadeel van een uniforme bijdrage is dat deze niet afgestemd kan worden op de mate waarin een individuele verzekerde bijdraagt aan de stijging van de publieke premie. Zoveel te lager iemands arbeidsongeschiktheidsrisico, zoveel te groter immers de opwaartse druk op de publieke premie als hij of zij ervoor kiest om gebruik te maken van de mogelijkheid om buiten de verplichte publieke verzekering te blijven. De regering weegt dit potentiële nadeel echter minder zwaar dan de voordelen van een uniforme premie, mede omdat zij verwacht dat er sowieso geen private verzekeraars zullen zijn die vooral verzekeringen met hele lage verzekerde bedragen zullen afsluiten – gegeven de minimale dekking- en minimale premie-vereisten – en waarvoor een uniforme stabiliteitsbijdrage onevenredig hoog zou uitvallen.

De regering kiest ervoor om ook dat deel van de private markt, dat met bestaande polissen een beroep doet op het overgangsrecht, te laten bijdragen aan de stabiliteit van het stelsel via de verplichte stabiliteitsbijdrage. Ten eerste omdat voor de gehele markt – nieuw en bestaand – dan zo goed mogelijk vergelijkbare minimale kosten voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering gaan gelden, wat het gelijke speelveld op de arbeidsmarkt ten goede komt. Ten tweede omdat er dan geen oneigenlijke financiële prikkels ontstaan om – voor de zelfstandige potentieel minder passende – bestaande polissen te behouden onder overgangsrecht, ten opzichte van de mogelijkheid om nieuwe private verzekeringen af te sluiten die voldoen aan de eisen die worden gesteld aan nieuwe verzekeringen (of de keuze voor de publieke verzekering). De regering vindt een zuivere afweging voor een van deze keuzes van belang omdat bestaande polissen vaak niet voldoen aan de minimale dekking-vereisten voor nieuwe verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is. Ten derde vindt de regering het onredelijk als het deel van de private markt dat (vlak) voor dit wetsvoorstel tot stand is gekomen niet hoeft bij te dragen aan een toegankelijke publieke verzekering terwijl het deel van de markt dat (vlak) daarna tot stand komt dat wel moet. En ten vierde geldt voor een deel van de reeds privaat verzekerde zelfstandigen dat zij zelf belang hebben bij een toegankelijke publieke verzekering, bijvoorbeeld omdat hun huidige verzekering eindigt voor de AOW-gerechtigde leeftijd of om andere redenen in de toekomst niet meer passend is. Zij kunnen dus in de toekomst zelf baat hebben bij de publieke verzekering.

Voor onder overgangsrecht vallende vrijwillig bij UWV verzekerde niet-zieke zelfstandigen, die hun bestaande verzekering behouden in het kader van het overgangsrecht, geldt deze motivering evenzeer.

10.4 Start van de opt-out

10.4.1 Aanvraag van de opt-out

Noodzakelijke voorwaarde voor de opt-out (dus de stap uit de publieke verzekering) is een aanvraag van opt-out bij UWV. Die aanvraag omvat de verklaring van de totstandkoming van een private verzekering die voldoet aan de eisen én de verklaring van de zelfstandige dat hij niet publiek verzekerd wenst te zijn. Zonder deze informatie kan UWV immers niet weten dat een zelfstandige een private verzekering heeft afgesloten waarmee hij gebruik kan en wil maken van de opt-out.

Daarbij is ervoor gekozen om de verzekeraar de aanvraag van de opt-out te laten doen en niet de zelfstandige zelf. Dit is allereerst een keuze voor een beperkt aantal partijen (namelijk verzekeraars en UWV) waartussen gegevens moeten worden uitgewisseld over de private

verzekeringsstatus van zelfstandigen. De regering beoogt hiermee de kans op fouten en de administratieve lasten voor zelfstandigen te beperken. Daarnaast zijn er verplichtingen voor de verzekeraar verbonden aan de opt-out, die het wenselijk maken dat de verzekeraar zelf bij UWV kenbaar maakt dat hij degene is op wie die verplichtingen rusten.

10.4.2 Startdatum van de opt-out

De verzekeraar vraagt bij UWV de opt-out aan voor de zelfstandige. Hij verklaart daarbij dat betreffende zelfstandige bij hem een verzekering heeft afgesloten die voldoet aan de minimale eisen. De ingangsdatum van deze verzekering moet op of voor de aangevraagde startdatum van de opt-out liggen. De aanvraag bij UWV gaat vergezeld van een verklaring van de betreffende zelfstandige, dat hij per de aangevraagde startdatum gebruik wil maken van de opt-out en dus niet publiek verzekerd wil zijn.

Op deze aanvraag beslist UWV over de startdatum van de opt-out. De startdatum van de opt-out is in beginsel de aangevraagde startdatum, tenzij die meer dan dertien weken vóór de datum van de aanvraag aan UWV ligt. In dat geval wordt de startdatum van de opt-out door UWV vastgesteld op dertien weken voor de datum van de aanvraag. Deze mogelijkheid voor een startdatum tot maximaal dertien weken terug geeft verzekeraars de kans om een eventuele fout met betrekking tot de aanvraag van de opt-out te herstellen, en daarmee te voorkomen dat een zelfstandige onbedoeld een periode dubbel verzekerd is. De private verzekering moet dan zijn ingegaan op of voor de aangevraagde startdatum in het verleden. Vanaf de door UWV vastgestelde startdatum van de opt-out is de zelfstandige niet publiek verzekerd en dus ook geen publieke premie verschuldigd. De startdatum van de opt-out is begrensd tot dertien weken in het verleden om te voorkomen dat over een lange periode publieke premie kan worden teruggekregen (die mogelijk al definitief was vastgesteld), wat de risicosolidariteit in het stelsel onder druk kan zetten.

UWV zal op de aanvraag van de verzekeraar jegens de zelfstandige en de verzekeraar beschikken, waarbij de startdatum waarop de opt-out ingaat wordt vastgesteld.[164]
Tegen dit besluit kan bezwaar worden gemaakt door de betreffende verzekeraar en de betreffende zelfstandige.

Als de zelfstandige niet (meer) publiek verzekerd wil zijn omdat hij een verzekering heeft bij een private verzekeraar, en de verzekeraar heeft (nog) geen opt-out aangevraagd, dient hij zijn private verzekeraar te vragen alsnog de aanvraag te doen. De zelfstandige kan de opt-out niet zelf aanvragen bij UWV. Als de verzekeraar heeft nagelaten de opt-out aan te vragen bij UWV, terwijl hij dat wel was overeengekomen met de zelfstandige, kan de zelfstandige zich tot zijn verzekeraar wenden om alsnog de opt-out aan te vragen bij UWV. Bij wijze van herstelmogelijkheid kan de verzekeraar UWV vragen om de opt-out tot maximaal dertien weken terug te laten plaatsvinden (zie hierboven).

Het wetsvoorstel regelt geen wettelijke plicht om een opt-out aan te vragen als er een verzekering tot stand komt waarmee een opt-out mogelijk is. Het uitblijven van een aanvraag zal echter betekenen dat er geen opt-out tot stand komt en dat de zelfstandige van rechtswege publiek verzekerd blijft naast zijn private verzekering. In de praktijk zal de zelfstandige de private

[164] Ten overvloede een voorbeeld: de private verzekeraar en de zelfstandige zijn op 1 mei een private verzekering overeengekomen die voldoet aan de minimumeisen en met het doel dat de zelfstandige uit de publieke verzekering stapt (opt-out). In de verzekeringsovereenkomst is overeengekomen dat de verzekering per 1 juni start en dus ook vanaf dat moment dekking biedt. Met de verzekeringsovereenkomst heeft de zelfstandige ook direct een verklaring aan de private verzekeraar afgegeven waarin staat dat hij met de totstandkoming van de private verzekering per 1 juni uit de publieke verzekering wenst te stappen. De verzekeraar vraagt UWV op 6 mei, te besluiten dat de zelfstandige per 1 juni (het moment waarop de verzekering ingaat) opt-out uit de publieke verzekering. Met die aanvraag stuurt de verzekeraar ook de verklaring van de zelfstandige mee waarin staat dat hij inderdaad per 1 juni gebruik wenst te maken van de opt-out-mogelijkheid en ook verklaart de verzekeraar aan UWV dat de private verzekering voldoet aan de minimale vereisten. UWV besluit dat er per 1 juni sprake is van een opt-out. Indien de private verzekeraar te laat is met de aanvraag (dat wil zeggen dat de datum van de aanvraag voor opt-out meer dan 13 weken na de aangevraagde startdatum van de opt-out ligt) stelt UWV de startdatum van de opt-out vast op de datum die 13 weken ligt vóór de datum van de aanvraag van de opt-out.

verzekering, waar het gaat om een verzekering waarmee een opt-out mogelijk is, in de regel afsluiten met als doel tot een opt-out uit de publieke verzekering te komen. Daarom zullen verzekeraar en privaat verzekerde zelfstandige naar verwachting ook duidelijk met elkaar afspreken dat de verzekeraar de opt-out aanvraagt bij UWV. Dient de verzekeraar desondanks niet (tijdig) een opt-out aanvraag in bij UWV dan kan dit duiden op nalatigheid van de private verzekeraar. De private verzekeraar is daarvoor door de verzekerde zelfstandige civielrechtelijk aan te spreken.

10.5 Verplichtingen verbonden aan de opt-out

Aan de opt-out zijn een viertal verplichtingen verbonden voor de verzekeraar die de opt-out heeft aangevraagd bij UWV:

1. De verzekeraar moet ervoor zorgen dat de verzekering voldoet aan het toetsingskader;
2. De verzekeraar heeft een informatieplicht jegens de zelfstandige;
3. De verzekeraar moet de stabiliteitsbijdrage volledig en tijdig betalen aan UWV;
4. De verzekeraar moet de beëindiging van de verzekering melden bij UWV, uiterlijk de dag voordat deze eindigt.

10.5.1 Toetsingskader voor verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is

De verzekering, waarmee een opt-out mogelijk is, dient een minimale dekking te bieden die op hoofdlijnen equivalent is aan de publieke verzekering en dient ten minste een even hoge premie te kennen. Deze minimale dekking- en minimale premie-vereisten staan hieronder uiteengezet. De verzekering mag voor de minimale premie een ruimere dekking bieden dan de minimale dekking.

Minimale dekking-vereiste

Onder minimale dekking wordt verstaan dat de private verzekering:

- een wachttijd van niet langer dan één jaar kent;
- bij arbeidsongeschiktheid een uitkering verstrekt tot ten minste de AOW-gerechtigde leeftijd van de betreffende zelfstandige;
- bij arbeidsongeschiktheid een uitkering verstrekt die qua hoogte ten minste gelijk is aan de uitkering die de publieke verzekering zou bieden;
- ten minste als arbeidsongeschikt beschouwt diegene, die als gevolg van ziekte of gebrek niet meer met arbeid ten minste het wettelijk minimumloon per maand kan verdienen;
- geen medische uitsluitingen bevat, die ertoe kunnen leiden dat bij het intreden van bepaalde ziektebeelden geen recht op uitkering ontstaat.

Aan de minimale dekking-vereiste is voldaan zo lang de verzekering volledig conform bovenstaande eisen tot uitkering kan komen. Voor zover de verzekering ruimere dekking biedt, bijvoorbeeld in de hoogte van de uitkering, staat het verzekeraars vrij om voor dat deel af te wijken van deze eisen. Dit betekent dat voor het deel dat boven de minimale dekking uitgaat de verzekeraar bijvoorbeeld mag overeenkomen dat zij bij arbeidsongeschiktheid uitkeert tot een bepaalde eindleeftijd, of dat voor dat deel wel bepaalde medische uitsluitingen gelden.

Met de minimale dekking-vereiste wordt niet nagestreefd dat de verzekering in alle opzichten gelijk is aan de publieke verzekering. Voor bovenstaande eisen is gekozen, omdat deze enerzijds voor een groot gedeelte borgen dat de private verzekering ten minste gelijke dekking biedt, en anderzijds uitlegbaar en uitvoerbaar blijven. Zo bevat de minimale dekking-vereiste bijvoorbeeld niet de verplichting dat ten minste dezelfde re-integratieondersteuning wordt geboden, dat het claimbeoordelingsproces van de private verzekeraar gelijk is aan dat van UWV, dat eventuele uitlooptermijnen moeten worden gehanteerd, regels over kwijtschelding van eventuele vorderingen, of dat een overlijdensuitkering aan de nabestaanden wordt uitgekeerd. Dergelijke eisen aan de private markt zijn moeilijk te formaliseren of dragen in beperktere mate bij aan de minimaal gelijkwaardige bescherming tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid die de regering met dit wetsvoorstel beoogt te regelen. Uitsluitingsgronden in private verzekeringen, die kunnen afwijken van die van de publieke verzekering, kunnen mogelijk wel afbreuk doen aan de minimaal gelijkwaardige bescherming die wordt beoogd; zie ook paragraaf 10.7. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen daarom nadere eisen worden gesteld ten aanzien van de

CONCEPT

uitsluitingsgronden die niet mogen worden opgenomen in private verzekeringen om voldoende mate van equivalentie tussen publieke en private verzekering te borgen.

Ten overvloede: verzekeraars zullen zelf de claimbeoordeling voor hun verzekering uitvoeren. UWV is daarin geen partij, dit is een zaak tussen private verzekeraar en verzekerde. Het is voor privaat verzekerde zelfstandigen en voor private verzekeraars ook niet mogelijk om bij UWV een oordeel of "second opinion" aan te vragen over een private uitkeringsclaim.

Arbeidsongeschiktheidscriterium
Een private verzekering mag een arbeidsongeschiktheidscriterium hanteren waarbij sneller een recht op uitkering wordt aangenomen. Zo mag de private verzekering ook uitkeren bij ongeschiktheid voor het verrichten van de eigen arbeid, of bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid op basis van een procentueel verlies van verdiencapaciteit. Dit wordt beschouwd als ruimere dekking dan de verzekering tegen ongeschiktheid om nog met arbeid het wettelijk minimumloon te verdienen, die de publieke verzekering biedt, zo lang de private verzekering uitkeert ingeval de zelfstandige niet meer met arbeid ten minste het wettelijk minimumloon kan verdienen.

Uitkeringsduur
De uitkeringsduur van de private verzekering moet met de AOW-gerechtigde leeftijd meebewegen om te voorkomen dat er een gat kan ontstaan waarin de arbeidsongeschiktheidsuitkering is geëindigd terwijl de zelfstandige de AOW-gerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt. De AOW-gerechtigde leeftijd is wettelijk gekoppeld aan de gemiddelde levensverwachting en de eindleeftijd van private verzekeringen moet dus meebewegen met deze koppeling.

Hoewel de regering niet dergelijke wijzigingen voorstaat, wenst de regering ook de invloed van – enkele in theorie mogelijke – wetswijzigingen die in de toekomst overwogen worden te duiden, omdat deze van invloed zijn op het duale stelsel en private verzekeringen in het bijzonder. Een eventuele verhoging van de AOW-gerechtigde leeftijd in de toekomst die niet gekoppeld is aan een stijging van de gemiddelde levensverwachting is voor private verzekeraars een moeilijk verzekerbaar risico. Om te voorkomen dat verzekeraars hoge premieopslagen moeten rekenen om dit risico af te dekken, mogen verzekeraars in hun verzekeringsovereenkomsten de stijging van de uitkeringsduur begrenzen tot de stijging van de levensverwachting. Dat betekent dat als de AOW-gerechtigde leeftijd van een verzekerde in de toekomst sneller wordt verhoogd dan de stijging van de gemiddelde levensverwachting, de eindleeftijd van zijn bestaande verzekering vanaf het moment van de snellere verhoging met niet meer dan de stijging van de levensverwachting hoeft mee te bewegen. Voor deze begrenzing is gekozen omdat de eindleeftijd hiermee niet sneller hoeft te stijgen dan de maximale snelheid waarmee de AOW-leeftijd in het verleden is verhoogd in relatie tot de stijging van de gemiddelde levensverwachting. Door de koppeling aan de levensverwachting kunnen verzekeraars zich hier redelijkerwijs aan committeren in hun verzekeringsovereenkomsten. De regering acht dit een goede balans tussen enerzijds het commitment dat vooraf van verzekeraars wordt gevraagd in geval van een toekomstige verhoging van de AOW-gerechtigde leeftijd, en anderzijds begrenzing van het risico voor privaat verzekerde zelfstandigen op een toekomstig gat tussen de uitkering van hun arbeidsongeschiktheidsverzekering en hun AOW-uitkering.

Uitkeringshoogte en indexatie
De hoogte van de uitkering van de private verzekering moet in beginsel meebewegen met de hoogte die de publieke uitkering zou hebben. Daarmee wordt een welvaartsvaste uitkering gewaarborgd die passend blijft bij het inkomen van de zelfstandige. De stijging van de publieke uitkering is gekoppeld aan de stijging van het wettelijk minimumloon. Een eventuele toekomstige extra verhoging van het wettelijk minimumloon, bovenop de wettelijke indexatie, is een moeilijk verzekerbaar risico. Om te voorkomen dat verzekeraars hoge premie-opslagen moeten rekenen om dit risico af te dekken, mogen verzekeraars de hoogte van de uitkering voor eenmaal lopende uitkeringen, in afwijking van paragraaf 6.4.4, jaarlijks indexeren met de consumentenprijsindex (CPI) van het CBS in plaats van met de hoogte van het wettelijk minimumloon. De regering acht dit een goede balans tussen enerzijds het begrenzen van het risico voor verzekeraars en

CONCEPT

anderzijds het waarborgen van een welvaartsvaste uitkering voor privaat verzekerde zelfstandigen.

Voor lopende verzekeringen waarbij (nog) geen sprake is van arbeidsongeschiktheid, dient de verzekeraar periodiek na te gaan of de uitkering die de verzekering biedt bij arbeidsongeschiktheid nog ten minste gelijk is aan 70% van de uitkeringsgrondslag die voor de publieke verzekering zou gelden, en of de premie nog ten minste gelijk is aan de daarvan afgeleide minimale premie. In gevallen waarin de uitkering bij arbeidsongeschiktheid lager uitkomt dan 100% van het wettelijk minimumloon moet de verzekeraar daarvoor de relevante inkomensgegevens van de zelfstandige opvragen. Dit waarborgt dat de uitkering bij arbeidsongeschiktheid meestijgt met een eventuele stijging van de winst uit onderneming en zo passend blijft bij het inkomen van de zelfstandige. Een periodieke herziening van de hoogte van de uitkering die de verzekering biedt, is momenteel reeds gebruikelijk in de private markt als waarborg dat de verzekering passend blijft bij de situatie van de zelfstandige. Om de administratieve lasten te beperken, hoeft de verzekeraar dit slechts eenmaal per drie jaar te doen, tenzij er eerder al aanwijzingen zijn dat de verzekering niet meer passend is (bijvoorbeeld doordat de zelfstandige dat zelf aangeeft bij zijn verzekeraar). De regering acht dit een goede balans tussen het beperken van de administratieve lasten enerzijds en het waarborgen dat de uitkering bij arbeidsongeschiktheid passend blijft anderzijds, en accepteert dat daardoor de private verzekering in sommige gevallen tijdelijk kan uitgaan van een lagere grondslag dan op dat moment zou gelden voor de publieke verzekering.

Minimale premie-vereiste
Onder de minimale premie wordt verstaan:

- het bruto premiebedrag is ten minste gelijk aan de bruto premie die zou gelden voor de publieke verzekering bij een premie-inkomen gelijk aan de uitkering die de private verzekering biedt bij arbeidsongeschiktheid gedeeld door 70%.

Het bruto premiebedrag is de premie die de zelfstandige betaalt voor de private verzekering na aftrek van eventuele (aanvangs)kortingen, cashbacks en de monetaire waarde van gekoppelde goederen (zoals cadeaus) en diensten.

De verzekeraar kan het minimale bruto premiebedrag berekenen door de overeengekomen uitkering bij arbeidsongeschiktheid tot maximaal 100% van het wettelijk minimumloon, te delen door het publieke uitkeringspercentage van 70% en te vermenigvuldigen met het publieke premiepercentage.

De verzekeraar moet ten minste eenmaal per drie jaar vaststellen wat de uitkeringsgrondslag is die zou gelden voor de publieke verzekering om te kunnen vaststellen dat zijn verzekering nog voldoet aan de minimale dekking-vereiste (zie hierboven). Met bovenstaande definitie van de minimale premie-vereiste hoeft de verzekeraar geen vergelijking te maken met de publieke premiegrondslag, die ex ante niet bekend is. Dat stelt de verzekerde en verzekeraar in staat om vooraf een premie overeen te komen behorend bij de overeengekomen uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid. De regering accepteert dat het bruto premiebedrag daardoor ex post hoger of lager kan uitvallen dan de premie die zou zijn betaald voor de publieke verzekering, bijvoorbeeld als gevolg van wisselende inkomsten van de zelfstandige.

Voor de minimale premie-vereiste geldt het publieke premiepercentage op het moment van afsluiten van de private verzekering. Voor eenmaal lopende private verzekeringen wordt de minimale premie dus niet meer beïnvloed door een aanpassing van het publieke premiepercentage.

De minimale premie-vereiste geldt voor elk tijdvak gedurende de looptijd van de verzekering. Dat wil zeggen dat wanneer een premie wordt overeengekomen die bijvoorbeeld toeneemt met de leeftijd van de verzekerde, deze bij elke leeftijd moet voldoen aan bovenstaande eisen. Dat betekent dus ook dat de premie al in de eerste periode waarover de verzekeraar premie heft, dient te voldoen aan de hierboven beschreven minimale premie. De minimale premie-vereiste geldt niet meer als en zo lang er sprake is van arbeidsongeschiktheid. Omdat voor private verzekeringen

soepelere arbeidsongeschiktheidscriteria mogen gelden dan voor de publieke verzekering, geldt specifiek dat de minimale premie-vereiste niet geldt wanneer de private verzekering een arbeidsongeschiktheidsuitkering uitkeert van ten minste 25% van de uitkering volgens de minimale dekking-vereiste. Op deze manier wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat de private verzekering bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid reeds (gedeeltelijk) uitkeert.

Toetsing aan het toetsingskader
De minimale dekking-vereiste en de minimale premie-vereiste zijn cumulatief, dat wil zeggen dat als een private verzekering niet aan alle eisen van het toetsingskader voldoet, deze niet geldt als verzekering waarmee opt-out mogelijk is.

De private verzekeraar is verplicht om ervoor te zorgen dat producten, die hij verkoopt als verzekering waarmee opt-out mogelijk is, daadwerkelijk aan het hierboven beschreven toetsingskader voldoen. De verzekeraar dient zijn producten daartoe zelf te toetsen aan dit toetsingskader. UWV toetst niet of een private verzekering voldoet aan het toetsingskader, ook niet op verzoek. UWV verwerkt enkel de opt-out-aanvragen die de private verzekeraar doet. Als de verzekeraar bij UWV verklaart dat een verzekering is afgesloten die voldoet aan de voorwaarden voor opt-out, is er geen noodzaak dat UWV toetst of daar daadwerkelijk aan wordt voldaan.

Een zorgvuldige toetsing aan het toetsingskader, door de verzekeraar, is primair van belang voor de privaatrechtelijke relatie tussen de verzekeraar en zijn verzekerden. Als blijkt dat de verzekering niet voldoet aan het toetsingskader, terwijl de verzekeraar heeft voorgespiegeld dat de verzekering daar wel aan voldoet, dan kunnen verzekerden de verzekeraar aansprakelijk stellen voor eventuele schade. Daarnaast kan de Autoriteit Financiële Markten onder andere boetes opleggen aan verzekeraars die verzekeringen met verkeerde voorstelling van zaken in de markt zetten; zie hieronder bij Zorgplicht en informatieplicht en bij Toezicht en handhaving opt-out (hoofdstuk 11).

10.5.2 Informatieplicht en zorgplicht
De regering acht het van belang dat de zelfstandige die overweegt gebruik te maken van de opt-out een goed geïnformeerde beslissing kan nemen. Daarbij geldt dat de zelfstandige ten opzichte van de private verzekeraar en bemiddelaar of adviseur doorgaans een achterstand aan informatie, kennis en deskundigheid zal hebben waar het gaat om een (in potentie complex) verzekeringsproduct. Daarom geldt er voor de private aanbieder van verzekeringen een informatie- en zorgplicht jegens de zelfstandige.

De verzekeraar heeft de volgende informatieplicht richting de zelfstandige:
- de al bestaande precontractuele informatieplicht op grond van de Wet op het financieel toezicht (Wft): de verzekeraar dient de zelfstandige voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering (precontractueel) de informatie te verschaffen die redelijkerwijs relevant is voor de beoordeling van de verzekering (denk aan de productvoorwaarden);
- de naar aanleiding van dit wetsvoorstel tot stand te brengen aanvulling van de precontractuele informatieplicht: de verzekeraar dient de zelfstandige te informeren over of en hoe een aantal bij algemene maatregel van bestuur te bepalen voorwaarden van de verzekering (kunnen) afwijken van de publieke verzekering. Het gaat daarbij in ieder geval om de voorwaarden die betrekking hebben op uitsluiting en royement, de eindleeftijd van de uitkering in relatie tot de AOW-leeftijd, de indexatie van de uitkering en de gevolgen van het niet of niet volledig melden van relevante (medische) gegevens door de zelfstandige.

Wordt de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten door tussenkomst van een bemiddelaar in verzekeringen dan dient deze bemiddelaar de, op grond van zowel de algemene als de aanvullende informatieplicht, te verschaffen informatie, aan de zelfstandige te verstrekken, tenzij de verzekeraar zelf de desbetreffende informatie aan de zelfstandige verstrekt.

In de Wft zijn diverse regels voor verzekeraars en bemiddelaars in verzekeringen opgenomen met als doel om klanten te beschermen die een verzekering willen afsluiten. Naast regels met

betrekking tot informatieverstrekking en advies, kent de Wft een algemene zorgplicht. Deze vangnetbepaling houdt in dat de verzekeraar op zorgvuldige wijze de gerechtvaardigde belangen van de zelfstandige in acht dient te nemen en bij advisering handelt in het belang van de zelfstandige. Ook dient een adviseur altijd een product (in dit geval een arbeidsongeschiktheidsverzekering) te adviseren dat geschikt is voor de desbetreffende klant. De Autoriteit Financiële Markten (AFM) houdt toezicht op of verzekeraars, bemiddelaars en adviseurs deze regels naleven. Ook binnen de civiele rechtsverhouding tussen de private verzekeraar of bemiddelaar en de zelfstandige heeft de private verzekeraar als financieel dienstverlener een zorgplicht.

De regering acht een, naast de reeds bestaande precontractuele informatieplicht, aanvullende informatieplicht noodzakelijk om te waarborgen dat de zelfstandige een goede geïnformeerde keuze kan maken tussen de publieke verzekering en een private verzekering. Ondanks de minimale dekking-vereiste, die een bepaalde mate van equivalentie met de publieke verzekering waarborgt (zie hierboven), kunnen er voor private verzekeringen voorwaarden gelden die ertoe leiden dat de private verzekeraar niet uitkeert waar de publieke verzekeraar dat wel zou hebben gedaan, of minder uitkeert. Dit kan potentieel verstrekkende gevolgen hebben voor de zelfstandige. Omdat de zelfstandige de publieke verzekering opzegt, via de aanvraag van de opt-out bij UWV door diens verzekeraar, is het belangrijk dat de zelfstandige hierover goed wordt geïnformeerd voorafgaand aan het afsluiten van de private verzekering.

Ter illustratie een voorbeeld. Onder de minimale dekking-vereiste van het toetsingskader geldt dat een verzekering geen medische uitsluitingen mag bevatten: de verzekering komt tot stand zonder medische uitsluitingsgronden in de voorwaarden óf hij komt niet tot stand. Echter, het niet melden van relevante medische gegevens vóór de totstandkoming van de verzekering kan ertoe leiden dat de zelfstandige die arbeidsongeschikt wordt, achteraf toch geen uitkering krijgt. De private verzekeraar kan dan, afhankelijk van de voorwaarden waaronder de verzekeringsovereenkomst is gesloten, stellen dat hij de verzekerde niet geaccepteerd zou hebben als de verzekerde de relevante medische gegevens wel had medegedeeld. De private verzekeraar heeft immers geen acceptatieplicht. Omdat het toetsingskader stelt dat er geen medische uitsluitingen mogen gelden, ziet de regering een risico dat zelfstandigen de gevolgen van het niet melden van medische informatie aan de private verzekeraar niet goed overzien. Het verstrekken van informatie over de met dit wetsvoorstel nader te benoemen voorwaarden die afwijken van de publieke verzekering beoogt ervoor te zorgen dat de zelfstandige inzicht heeft in de mogelijke gevolgen van zijn keuze. Resumerend: de verzekeraar heeft dus geen acceptatieplicht maar mag, indien hij de zelfstandige accepteert, geen medische uitsluitingsgronden opnemen (dus geen medische aandoeningen uitzonderen van de dekking, de zelfstandige dient zich onder meer daarvan bewust te zijn).

De regels omtrent informatieverstrekking en advies in de Wft zijn erop gericht te voorkomen dat een verzekering niet geschikt is voor de desbetreffende klant. Daarnaast draagt de aanvullende informatie die een verzekeraar dient te verstrekken over in hoeverre bepaalde voorwaarden van de arbeidsongeschiktheidsverzekering afwijken van de voorwaarden van de publieke verzekering eraan bij dat de zelfstandige in voldoende mate bewust is van de gevolgen van de keuze om een arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten en daarmee af te zien van de publieke verzekering. Daarnaast mag ook van de zelfstandige verwacht worden dat hij zich inspant om de persoonlijke gevolgen van de eigen keuze om gebruik te maken van de mogelijkheid tot opt-out voldoende in kaart te brengen.

10.5.3 Betaling van de stabiliteitsbijdrage

De verzekeraar is verplicht om voor iedere opt-out, vanaf de door UWV vastgestelde startdatum, de stabiliteitsbijdrage te betalen aan UWV. Hiertoe heft en int UWV bij de verzekeraar op basis van de opt-out-aanvragen die de betreffende verzekeraar bij UWV heeft gedaan. De plicht tot het betalen van de stabiliteitsbijdrage aan UWV ligt aldus bij de verzekeraar en niet bij de zelfstandige. UWV heft en int de stabiliteitsbijdrage dus niet bij privaat verzekerde zelfstandigen. Hierdoor hoeft de heffing en inning slechts tussen UWV en een beperkt aantal private verzekeraars te gebeuren. Dit bevordert de uitvoerbaarheid, verkleint het risico op fouten en beperkt de administratieve

lasten voor privaat verzekerde zelfstandigen. De verzekeraar kan met zijn verzekerden overeenkomen of en hoe hij deze bijdrage doorberekent in de premie.[165]

Bovenstaande geldt voor private verzekeringen via opt-out en via overgangsrecht. Vrijwillig verzekerde niet-zieke zelfstandigen bij UWV, die hun bestaande verzekering behouden in het kader van het overgangsrecht betalen ook de stabiliteitsbijdrage. Voor deze groep krijgt UWV de wettelijke taak om de stabiliteitsbijdrage in rekening te brengen.

10.5.4 Tijdige melding van de beëindiging van de verzekering

Tot slot is de verzekeraar verplicht om de beëindiging van de verzekering die ten grondslag ligt aan een opt-out zo snel mogelijk, doch uiterlijk de dag voordat deze verzekering eindigt, te melden bij UWV. UWV kan de opt-out dan tijdig beëindigen en ervoor zorgen dat de zelfstandige van rechtswege publiek verzekerd is als hij vanaf die datum tot de kring van verzekerden behoort. Met deze verplichting voor de verzekeraar beoogt de regering te voorkomen dat de zelfstandige enige tijd onverzekerd is na het einde van zijn private verzekering.

Als de verzekeraar (eventueel herhaaldelijk) geen tijdige melding doet van de beëindiging van een verzekering die ten grondslag lag aan een opt-out, kan UWV de verzekeraar een boete opleggen. Voor het geval dat een verzekeraar niet meer in staat is om de melding bij UWV te doen, is er voor de zelfstandige een mogelijkheid om zelf bij UWV aan te geven dat hij zijn opt-out wil beëindigen (zie Einde van de opt-out).

10.6 Einde van de opt-out

De opt-out kan enkel per toekomende datum eindigen. De opt-out kan eindigen op een van de volgende manieren:

1. De verzekeraar meldt het einde van de private verzekering bij UWV; of
2. De zelfstandige vraagt beëindiging van de opt-out aan bij UWV; of
3. UWV beëindigt de opt-out wegens het niet voldoen aan de verplichting tot betaling van de stabiliteitsbijdrage door de verzekeraar (zie Bijzondere situaties).

UWV stelt de zelfstandige en de verzekeraar op de hoogte van het besluit om de opt-out te beëindigen, inclusief de datum waarop de opt-out eindigt en waarop de zelfstandige – indien hij op of na dat moment tot de kring van verzekerden behoort – van rechtswege publiek verzekerd wordt. De verplichtingen voor de verzekeraar, die verbonden zijn aan de opt-out, vervallen vanaf de door UWV vastgestelde einddatum van de opt-out.[166]

In het algemeen zal gelden dat een opt-out wordt beëindigd omdat de verzekeraar het einde van de verzekering meldt bij UWV. Daarmee eindigt ook de verplichting van de verzekeraar om de stabiliteitsbijdrage te betalen die verbonden is aan de opt-out. Er kunnen echter situaties zijn waarin de verzekeraar de melding niet doet, bijvoorbeeld omdat de verzekeraar is opgehouden te bestaan. Daarom kan de zelfstandige ook zelf bij UWV aangeven dat hij zijn opt-out wil beëindigen. Ook dat kan alleen per toekomende datum. Als er iets misgaat met de verzekeraar en de zelfstandige wordt arbeidsongeschikt voordat zijn opt-out is beëindigd, kan hij dus geen aanspraak maken op een uitkering van UWV. Het is daarom belangrijk dat de zelfstandige zelf tijdig een aanvraag tot beëindiging van zijn opt-out doet als er een probleem is met zijn private verzekeraar. Als de zelfstandige een periode onverzekerd is doordat zijn verzekeraar niet aan zijn wettelijke plicht heeft voldaan om het einde van de private verzekering te melden bij UWV, dan kan hij zijn verzekeraar civielrechtelijk aansprakelijk stellen voor eventuele nadelige gevolgen daarvan. De zelfstandige, die arbeidsongeschikt raakt voordat zijn opt-out is beëindigd, kan geen aanspraak maken op een publieke uitkering en de opt-out kan niet met terugwerkende kracht eindigen. Deze beperking is noodzakelijk om te voorkomen dat zelfstandigen publiek verzekerd worden als en nadat zich eenmaal een arbeidsongeschiktheidsrisico heeft gemanifesteerd, wat de risicosolidariteit en betaalbaarheid van de publieke verzekering onder druk zou zetten.

[165] De hierboven beschreven minimale premie-vereiste geldt voor de overeengekomen premie, waarin de stabiliteitsbijdrage geheel of gedeeltelijk doorberekend kan zijn.
[166] Met uitzondering van verplichtingen die op grond van internationale verdragen bestaan. Zie paragraaf 16.1.

Tot de door UWV vastgestelde einddatum van de opt-out gelden alle verplichtingen die aan de opt-out verbonden zijn, in het bijzonder de verplichting tot betaling van de stabiliteitsbijdrage door de verzekeraar. Dat betekent onder meer dat de stabiliteitsbijdrage verschuldigd blijft:

- Als er sprake is van arbeidsongeschiktheid, waarvoor de zelfstandige mogelijk een uitkering ontvangt van zijn private verzekeraar, terwijl de opt-out niet beëindigd is (bijvoorbeeld omdat er nog winst uit onderneming is en de zelfstandige wil voorkomen dat hij van rechtswege publiek verzekerd wordt);
- Als de zelfstandige niet meer tot de kring van verzekerden behoort – bijvoorbeeld omdat de Belastingdienst heeft vastgesteld dat er geen sprake was van winst uit onderneming – maar de opt-out niet beëindigd is;
- Als sprake is van een geschil tussen de privaat verzekerde en zijn verzekeraar, bijvoorbeeld omdat de verzekerde de premie niet of niet volledig afdraagt, maar de verzekering is (nog) niet beëindigd (of de verzekeraar heeft niet aan UWV gemeld dat de verzekering beëindigd is).

De zelfstandige kan een aanvraag einde opt-out doen als er nog sprake is van een doorlopende arbeidsongeschiktheidsuitkering of -verzekering. Implicatie daarvan is wel, dat als de zelfstandige na de vastgestelde einddatum opt-out (weer) tot de kring van verzekerden behoort, bijvoorbeeld omdat hij opnieuw een onderneming start, hij van rechtswege publiek verzekerd wordt tenzij zijn verzekeraar bij UWV tijdig een nieuwe opt-out-aanvraag doet.

Met deze afbakening ligt op elk moment eenduidig vast voor welke zelfstandigen op dat moment een opt-out geldt. Dat is noodzakelijk om op ieder moment definitief te kunnen vaststellen welke stabiliteitsbijdrage betaald moet worden door de private verzekeraar. Het schept ook duidelijkheid voor de zelfstandige: zo lang er sprake is van een opt-out, is hij niet publiek verzekerd. Hij hoeft dan geen publieke premie te betalen en kan – in geval van arbeidsongeschiktheid – niet bij UWV terecht voor een uitkering. Gevolg van deze vormgeving van de opt-out is dat er sprake kan zijn van een opt-out – met alle daaraan verbonden verplichtingen – terwijl een zelfstandige op een zeker moment niet meer tot de kring van publiek verzekerden zou behoren als er geen opt-out was. Dat betekent dat de zelfstandige en/of diens verzekeraar een financieel belang hebben bij het tijdig aanvragen van beëindiging van de opt-out wanneer de zelfstandige niet meer tot de kring van verzekerden behoort. De opt-out eindigt namelijk niet automatisch als de zelfstandige niet meer tot de kring van verzekerden behoort omdat er geen winst uit onderneming is, wat in sommige gevallen pas na enkele jaren definitief wordt vastgesteld door de Belastingdienst. Dit is een potentieel nadeel, maar voor de regering weegt zwaarder dat de zelfstandigen met de hierboven beschreven systematiek zelf helderheid en controle hebben over wanneer de opt-out start en eindigt, en wanneer zij dus niet publiek verzekerd zijn.

10.7 Bijzondere situaties

10.7.1 Overstapmomenten en proratering van de premie

Voor zelfstandigen geldt dat het inkomen waarop de premiegrondslag voor de publieke verzekering wordt gebaseerd per kalenderjaar wordt vastgesteld. Het is niet mogelijk om in voorkomende mate vast te stellen welk deel van dit inkomen in welke periode binnen het kalenderjaar is genoten. Voor de vaststelling van de premiegrondslag zou daarom één overstapmoment per jaar, op 1 januari, het eenvoudigst zijn. Bij overstappen gedurende een kalenderjaar moeten premiegrondslagen worden toebedeeld aan gedeeltes van een kalenderjaar.

Ondanks deze complicatie acht de regering het wenselijk om de beoogde start- en einddatum van een opt-out op elke dag van het jaar toe te staan. Daarmee wordt voorkomen dat er piekmomenten in de verwerking van overstappers voor publieke en private uitvoerders ontstaan, dat het lang kan duren voordat een keuze voor een opt-out (of terugkeer naar de publieke verzekering) geëffectueerd wordt, en dat startende zelfstandigen in hun startjaar altijd eerst publiek verzekerd worden terwijl ze bij de start van hun onderneming al behoefte kunnen hebben aan een private verzekering. Het voorkomt tevens onbedoeld onverzekerde periodes in bijzondere gevallen, bijvoorbeeld als een private verzekeraar onverhoopt ophoudt te bestaan.

CONCEPT

De regering kiest ervoor om niet te bezien welk inkomen daadwerkelijk in een bepaalde periode van het jaar is genoten, maar de vastgestelde grondslagen in een kalenderjaar te "prorateren". De premiegrondslag die zou gelden als een zelfstandige het hele kalenderjaar publiek verzekerd was, wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen dat een zelfstandige behoort tot de kring van verzekerden en niet privaat verzekerd is in dat kalenderjaar, en gedeeld door het totaal aantal dagen in het jaar om de premiegrondslag voor de publieke verzekering in dat kalenderjaar te berekenen. Voor de minimale private premie voor het betreffende kalenderjaar volgens de minimale premie-vereiste geldt dat deze wordt geprorateerd naar het aantal dagen van het kalenderjaar dat de zelfstandige privaat verzekerd is.

Voor een startende zelfstandige geldt dat hij van rechtswege publiek is verzekerd zodra hij onder de kring van verzekerden valt. De regering vindt het wenselijk dat de startende zelfstandige direct bij aanvang van het ondernemerschap een private verzekering kan afsluiten, die voor hem passender kan zijn dan de publieke verzekering. Om te voorkomen dat zelfstandigen eerst korte tijd van rechtswege publiek verzekerd worden en daarvoor premie moeten betalen, omdat hun opt-out nog niet is ingegaan, en om de publieke en private uitvoering hiermee niet onevenredig te belasten, kan de private verzekeraar UWV vragen de opt-out vanaf dertien weken voor de datum van aanvraag te laten ingaan (zie Start van de opt-out).

Binnen twaalf maanden na de startdatum van een opt-out is geen nieuwe opt-out mogelijk, tenzij de eerdere opt-out is beëindigd op initiatief van UWV (zie hieronder). Deze begrenzing van de frequentie van overstapbewegingen tussen publieke en private verzekering beperkt de administratieve lasten voor publieke en private verzekeraars en de kans op fouten door een van de betrokken partijen.

10.7.2 Overgang van een lopende verzekering naar een andere verzekeraar

Indien een lopende verzekering, waarmee een opt-out is aangevraagd, overgaat naar een andere verzekeraar (bijvoorbeeld in verband met een overname) melden de bij de overgang betrokken verzekeraars deze overgang bij UWV. De verplichtingen die verbonden zijn aan de opt-out, waaronder de verplichting tot betalen van de stabiliteitsbijdrage door de verzekeraar, gaan per de gemelde datum, doch niet eerder dan de dag na de melding, over van de oude naar de nieuwe verzekeraar.

In geval van een overstap door de zelfstandige naar een andere verzekeraar, waarbij de oude verzekeringsovereenkomst wordt opgezegd en een nieuwe verzekeringsovereenkomst tot stand komt, gelden de normale procedures voor de melding van de beëindiging van de verzekering door de oude verzekeraar en de aanvraag van een nieuwe opt-out door de nieuwe verzekeraar.

10.7.3 Beëindiging van de verzekering door de private verzekeraar

Een private verzekeraar mag een verzekering niet zomaar beëindigen, dan wel niet tot uitkering laten komen. Voor private verzekeringen gelden doorgaans echter andere beëindigings- en uitsluitingsgronden dan voor de publieke verzekering. Zo zijn specifieke gebeurtenissen veelal uitgesloten van dekking in private verzekeringen (molest, terrorisme, kernreacties). In geval de private verzekeringsovereenkomst in stand blijft, maar de verzekering niet tot uitkering komt, is er in beginsel geen gevolg voor de opt-out: die blijft in stand. De zelfstandige voor wie een opt-out geldt, is niet publiek verzekerd en kan dus ook geen aanspraak maken op een uitkering van UWV.

In geval de verzekering wordt beëindigd door de verzekeraar, bijvoorbeeld omdat de verzekerde wordt geroyeerd door zijn verzekeraar wegens fraude of wanbetaling, moet de verzekeraar het einde van de verzekeringsovereenkomst tijdig melden bij UWV conform de normale procedure (zie Einde van de opt-out). UWV beëindigt dan de opt-out per toekomende datum.

Omdat beëindiging van de verzekering door de verzekeraar of niet tot uitkering laten komen ervan ingrijpende gevolgen kan hebben voor de zelfstandige, dient de private verzekeraar de zelfstandige van tevoren goed te informeren over de gronden voor uitsluiting en royement en de gevolgen daarvan voor het recht op een uitkering (zie Informatieplicht en zorgplicht).

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen uitsluitingsgronden worden toegevoegd aan het toetsingskader, die niet mogen gelden in private verzekeringen waarmee opt-out mogelijk is. Dit kan bijvoorbeeld wenselijk zijn als blijkt dat private verzekeraars uitsluitingsgronden hanteren die te veel afbreuk doen aan de beoogde minimale equivalentie tussen de publieke verzekering en private verzekeringen waarmee opt-out mogelijk is.

10.7.4 Beëindiging van de opt-out door UWV

UWV beëindigt een opt-out in beginsel alleen naar aanleiding van de verplichte melding van de betrokken private verzekeraar dat de private verzekering eindigt, of een aanvraag einde opt-out door de zelfstandige. Uitzondering is de situatie waarin de verzekeraar zijn verplichting tot betaling van de stabiliteitsbijdrage niet nakomt. In die situatie gaat UWV uiteindelijk over tot het beëindigen van de opt-out op eigen initiatief. De regering beschouwt dit als een logische en noodzakelijke consequentie van het uitblijven van de betaling van de stabiliteitsbijdrage door de betreffende verzekeraar. Ten eerste omdat de stabiliteit van het stelsel alleen gegarandeerd kan worden als het stabiliteitsmechanisme blijft werken zoals bedoeld. Als een deel van de verzekeraars niet bijdraagt aan dat stabiliteitsmechanisme, kan dat het stelsel onder druk zetten. En ten tweede omdat er een belang kan zijn voor individuele zelfstandigen. Als de verzekeraar alsmaar niet voldoet aan zijn verplichting tot betaling van de stabiliteitsbijdrage, kan immers ook twijfel rijzen of de verzekeraar wel zal voldoen aan zijn verplichtingen jegens een bij hem verzekerde zelfstandige die arbeidsongeschikt wordt.

UWV stuurt de private verzekeraar maandelijks een factuur voor de stabiliteitsbijdrage die de verzekeraar dient te betalen op basis van het op dat moment geldende aantal opt-outs die zijn aangevraagd door de betreffende verzekeraar. Een snelle heffing en inning van de stabiliteitsbijdrage dient als waarborg dat er inderdaad sprake is van een verzekering overeenkomstig de door UWV ontvangen aanvraag. Omdat een zelfstandige niet met terugwerkende kracht publiek verzekerd kan worden, is een dergelijke waarborg van belang om een mogelijk on(der)verzekerde periode voor de zelfstandige zo kort mogelijk te laten bestaan. De verzekeraar dient de factuur binnen zes weken na de factuurdatum te betalen. Is de factuur na die termijn nog niet betaald, dan stuurt UWV de verzekeraar een aanmaning om binnen een termijn van twee weken alsnog te betalen. Als een verzekeraar de gefactureerde stabiliteitsbijdrage na de aanmaningstermijn nog niet (geheel) heeft betaald, stuurt UWV alle zelfstandigen, voor wie de betreffende verzekeraar een opt-out heeft aangevraagd, hiervan een kennisgeving. Dit geeft de betreffende zelfstandigen de mogelijkheid om hun verzekeraar alsnog te bewegen tot het betalen van de stabiliteitsbijdrage, en zo te voorkomen dat hun opt-out wordt beëindigd. Daarnaast kan UWV een invordering bij dwangbevel uitvaardigen om de verzekeraar er alsnog toe te bewegen te betalen.

Indien de verzekeraar vier weken na de kennisgeving aan de zelfstandigen nog steeds niet heeft betaald, gaat UWV ertoe over de opt-out van betreffende zelfstandigen te beëindigen. UWV beëindigt de opt-out in dit geval per twee maanden na de beschikking dat de opt-out wordt beëindigd. Dit geeft de zelfstandige de kans om zich hierop voor te bereiden, inclusief eventueel het zoeken van een nieuwe private verzekering waarmee een nieuwe opt-out mogelijk is. Het stelt de zelfstandige ook in de gelegenheid om zijn bestaande verzekering op te zeggen per de dag waarop UWV de opt-out beëindigt, waartoe hij in de tussenliggende periode het wettelijk recht krijgt.

De door UWV verstuurde factuur voor de stabiliteitsbijdrage is een voor bezwaar en beroep vatbare beschikking. Bezwaar en beroep heeft echter geen opschortende werking voor de betalingsverplichting en de eventuele beëindiging van de opt-out van betreffende zelfstandigen indien er niet wordt betaald. De regering heeft hierbij overwogen dat een verzekeraar een professionele financiële instelling is, waarvan kan worden gevergd dat deze de factuur eerst volledig betaalt binnen de gestelde uiterste termijnen en eventuele verschillen van inzicht over de hoogte van de factuur daarna beslecht. De factuur is daarom ook ondeelbaar, dat wil zeggen: de

verzekeraar kan de stabiliteitsbijdrage niet enkel voor een bepaald deel van zijn cliënten betalen zo dat er enkel gevolgen zijn voor de opt-outs van het andere deel van zijn cliënten.

UWV kan met verzekeraars afwijkende betaalmomenten en -termijnen overeenkomen.

11. Informatie- en medewerkingsverplichting, terugvordering, toezicht en handhaving

11.1 Plichten van de verzekerde

Met de rechten en plichten die in dit wetsvoorstel zijn opgenomen, wordt beoogd een evenwichtige verzekering te bewerkstellingen die rekening houdt met de eigen autonomie en de eigen gedrevenheid van de zelfstandige (die vaak ook ten grondslag liggen aan de keuze voor het zelfstandig ondernemerschap).
De zelfstandige die een beroep doet op de verzekering moet weten wat hij van onder meer UWV mag verwachten. De zelfstandige moet echter ook weten wat van hem op grond van deze wet verwacht mag worden. In dat laatste geeft deze paragraaf meer inzicht.

11.1.1 Plichten tijdens de uitkeringsfase

Binnen de verplichtingen die onderdeel uitmaken van dit wetsvoorstel is een onderscheid gemaakt naar de volgende vier categorieën:

- De informatieplicht van de verzekerde en de plicht tot medewerking aan controle: onder de informatieplicht en medewerking aan controle vallen alle plichten die erop gericht zijn om alles dat relevant is voor de uitkering (of het vaststellen daarvan) uit zichzelf of op verzoek mondeling mede te delen of schriftelijk te verstrekken. Daarnaast valt onder deze verplichting, waar dat voor de uitvoering van dit wetsvoorstel van belang is, het meewerken aan verzoeken of opdrachten van UWV of het door UWV in het kader van de uitvoering van deze voorgestelde wet ingeschakelde reïntegratiebedrijf. Het verstrekken van de relevante informatie door verzekerde en het meewerken aan controle is ook essentieel voor UWV om de eerste dag van de wachttijd vast te kunnen stellen maar ook het recht op uitkering (en de hoogte daarvan) vast te kunnen stellen. Onder controle kan bijvoorbeeld een medisch onderzoek door de verzekeringsarts vallen waar dat noodzakelijk is voor bijvoorbeeld het vaststellen van arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering.
- De plicht van de verzekerde, gedurende de uitkeringsfase, ter voorkoming van het ontstaan en bestaan van recht op uitkering op grond van deze voorgestelde wet: onder deze verplichting wordt verstaan dat de verzekerde in redelijkheid uitkeringsafhankelijkheid tracht te vermijden en gehouden is schadebeperkende maatregelen te nemen (denk onder meer aan het nalaten van het opzettelijk veroorzaken of vergroten van arbeidsongeschiktheid).
- De plicht van de verzekerde tot het vergroten van de mogelijkheden tot het verrichten van arbeid: deze verplichting kan zowel het benutten van de medische mogelijkheden omvatten als het benutten van de mogelijkheden die zijn gericht op competenties die vereist zijn voor het verrichten van arbeid.
- De plicht van de verzekerde zich in te spannen voor inschakeling in arbeid: onder deze plicht worden de inspanningen verstaan die de verzekerde moet verrichten om te re-integreren en zich daadwerkelijk aan te bieden op de arbeidsmarkt. UWV schat samen met de verzekerde in of er mogelijkheden zijn voor inspanningen gericht op inschakeling in arbeid (en zo ja welke dan). Dit mede met het oog op ruimte voor maatwerk voor o.a. die verzekerde die (al dan niet tijdelijk) niet of beperkt in staat is beoogde inspanningen (gericht op inschakeling in de arbeid) te verrichten. De re-integratieactiviteiten richten zich op herstel en werkhervatting in het eigen werk of passend werk in het eigen bedrijf. Mocht dit niet leiden tot werkhervatting, dan bekijken de zelfstandige en UWV samen wat de mogelijkheden zijn voor re-integratie naar loondienst.

CONCEPT

11.1.2 Plichten tijdens en voor de wachttijd

De verplichtingen voor de verzekerde zoals omschreven in bovenstaande paragraaf 11.1 gelden wat betreft de eerste twee punten (de informatieplicht, plicht tot medewerking aan controle en de plicht ter voorkoming van het ontstaan en bestaan van recht op uitkering op grond van deze voorgestelde wet) reeds tijdens de conform dit wetsvoorstel geldende wachttijd. Hieronder zijn in drie punten de belangrijkste verplichtingen van de verzekerde tijdens de wachttijdfase uiteengezet:

- Ook tijdens de wachttijd geldt een informatieplicht en plicht tot medewerking aan controle waar dat voor de uitvoering van dit wetsvoorstel noodzakelijk is. Dit is bijvoorbeeld nodig voor de beoordeling met betrekking tot de gemelde eerste ziektedag en de ingangsdatum van de wachttijd. Ook voor de claimbeoordeling (beoordeling van het recht op uitkering) – die binnen de wachttijd kan vallen – geldt een informatieplicht en plicht tot medewerking aan controle (bijvoorbeeld om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te kunnen stellen).
- Voor de verzekerde geldt ook voor en tijdens de wachttijd (net als tijdens de uitkeringsfase) een algemene verplichting dat hij uitkeringsafhankelijkheid in redelijkheid tracht te vermijden door schadebeperkende maatregelen te nemen. Indien UWV vaststelt dat een verzekerde door opzet of bewuste roekeloosheid in een staat verkeerd waardoor hij een beroep doet op deze voorgestelde wet kan de uitkering geweigerd worden. Voor de verzekerde geldt tijdens de wachttijd, in lijn met vigerende arbeidsongeschiktheidswetgeving, tevens een verplichting een naar algemeen medische maatstaven adequate behandeling te ondergaan voor zijn ziekte of gebrek.
- In het wetsvoorstel is opgenomen dat al tijdens de wachttijd een recht op ondersteuning bij re-integratie voor de ziekte zelfstandigen mogelijk is. UWV kan tijdens de wachttijdfase ondersteuning en voorzieningen aanbieden in het kader van de re-integratie. UWV kan voorwaarden verbinden aan de re-integratieondersteuning, zoals het stopzetten van trajecten bij verwijtbaar gedrag.

11.2 Wettelijk vertegenwoordiger

De verzekerde heeft op grond van dit wetsvoorstel verschillende verplichtingen waaronder een inlichtingenverplichting, medewerkingsverplichting en inspanningsverplichting. Indien de verzekerde een wettelijk vertegenwoordiger heeft, is deze gehouden deze verplichten na te leven. Daar waar de verplichtingen gericht zijn op de persoon en niet zelf door de wettelijk vertegenwoordiger nageleefd kunnen woorden, bevordert de wettelijk vertegenwoordiger de naleving van de verplichtingen door de verzekerde.

11.3 Terugvordering en schuldregeling UWV

Het kan zijn dat een verzekerde zelfstandige onverhoopt een teveel aan uitkering (of onterecht andere voorzieningen op grond van deze wet) heeft ontvangen. In beginsel dient dat onverschuldigd betaalde bedrag door de verzekerde terugbetaald te worden aan UWV. Indien een verzekerde daardoor in de problemen komt, bijvoorbeeld door andere schulden, heeft het UWV afhankelijk van de omstandigheden en mits voldaan aan een aantal voorwaarden de mogelijkheid om tot een oplossing te komen. Bovenstaande wordt verder toegelicht in de onderstaande paragrafen.

11.3.1 Terugvordering

UWV heeft in beginsel de verplichting tot terugvordering van al hetgeen in het kader van de uitkeringsrelatie ten onrechte (dus onverschuldigd) is betaald. Het gaat om een terugvordering van de persoon aan wie of de instelling waaraan de uitkering (of onverschuldigde voorziening en in het kader van deze voorgestelde wet) is betaald. Het zal daarbij in praktisch alle gevallen gaan om de verzekerde zelfstandige die een (zo blijkt al dan niet achteraf) onverschuldigde betaling heeft ontvangen. Een onverschuldigd betaalde uitkering kan onder meer ontstaan door een herziening van de uitkering of door een opgelegde maatregel. Een concreet voorbeeld hiervan kan de situatie zijn waarbij de zelfstandige een hoger inkomen heeft genoten dan eerder is verrekend met de uitkering. Diegene van wie wordt teruggevorderd is ook verplicht desgevraagd aan UWV de

inlichtingen te verstrekken die voor de terugvordering van belang zijn. Het UWV kan de onverschuldigd betaalde uitkering, invorderen bij dwangbevel.

Onder voorwaarden kan UWV besluiten van terugvordering of verdere terugvordering af te zien. Daarbij is aangesloten bij de huidige systematiek daaromtrent in onder meer de Wet WIA en WAZ. Situaties waarin UWV af mag zien van de vordering betreffen:

1. De situatie waarin diegene van wie wordt teruggevorderd gedurende vijf jaar volledig aan zijn betalingsverplichtingen heeft voldaan.
2. De situatie waarin diegene van wie wordt teruggevorderd gedurende vijf jaar niet volledig aan zijn betalingsverplichtingen heeft voldaan, maar het achterstallige bedrag over die periode, vermeerderd met de daarover verschuldigde wettelijke rente en de op de invordering betrekking hebbende kosten, alsnog heeft betaald.
3. De situatie waarin diegene van wie wordt teruggevorderd gedurende vijf jaar geen betalingen heeft verricht en niet aannemelijk is dat hij deze op enig moment zal gaan verrichten.
4. De situatie waarin diegene van wie wordt teruggevorderd een bedrag, overeenkomend met ten minste 50% van de restsom in één keer aflost.

Ten aanzien van bovenstaande situaties en de daarvoor geldende termijn (onder 1, 2 en 3) gelden een aantal afwijkingen en uitzonderingen. Zo gaat de termijn van vijf jaar (situatie 1, 2 en 3) naar tien jaar indien de onverschuldigde betaling het gevolg is van het niet voldoen aan de informatieplicht**.** De termijn van vijf jaar (onder 1 en 2) is echter drie jaar indien het gemiddelde inkomen van de betrokkene van wie wordt teruggevorderd in die periode op of onder de beslagvrije voet blijft mits de onverschuldigde betaling niet het gevolg is van het niet voldoen aan de informatieplicht.

Tot slot heeft UWV, zoals gebruikelijk in de socialezekerheidswetgeving, de bevoegdheid om, in geval van dringende redenen, geheel of gedeeltelijk af te zien van herziening en/of terugvordering.

UWV kan, onder door de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid te stellen voorwaarden, besluiten van terugvordering af te zien indien het terug te vorderen bedrag een bij ministeriële regeling vast te stellen bedrag niet te boven gaat.[167] Ook kunnen door de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid regels gesteld worden over de wijze waarop UWV omgaat met de invordering van bedragen.[168]

11.3.2 Preferentie

Ten aanzien van het invorderen van onverschuldigd betaalde uitkering is met dit wetsvoorstel gekozen aansluiting te zoeken bij (onder meer) de Wet WIA en de WAZ. Dat wil zeggen dat UWV de ruimte heeft om medewerking te verlenen aan schuldregelingen in problematische schuldensituaties (zie hieronder). Daarmee is het van belang en passend aan vorderingen van UWV, net als binnen het geldende stelsel van socialezekerheidswetgeving, een preferentie toe te kennen.[169] In de praktijk betekent dit dat openstaande vorderingen van het UWV op grond van dit voorstel met voorrang worden voldaan vóór vorderingen van concurrerende schuldeisers, indien er sprake is van een faillissement.

11.4 Schuldregeling

Aanvullend op de hierboven beschreven terugvorderingsregeling is, in aansluiting op onder meer de Wet WIA, ook in het wetsvoorstel opgenomen dat UWV onder bepaalde voorwaarden (bij problematische schuldensituaties) kan meewerken aan een (minnelijke) schuldregeling.[170] Indien

[167] Deze regels zijn neergelegd in de Regeling terugvordering geringe bedragen.
[168] Deze regels zijn neergelegd in de Regeling tenuitvoerlegging bestuurlijke boeten en terugvordering onverschuldigde betalingen.
[169] Zie ook Kamerstukken II 2007/08, 31586, nr. 3.
[170] Hierbij is tevens aangesloten bij de in Kamerstukken II 2007/08, 31586, nr. 3, opgenomen systematiek en uiteenzetting.

er een schuldregeling tot stand is gekomen kan UWV besluiten van terugvordering of van verdere terugvordering af te zien.

UWV zal bij een schuldregeling in veel gevallen een (groot) deel van de vordering prijsgeven. Het gaat daarbij om het kwijtschelden van onterecht verstrekt publiek geld, opgebracht door de ingelegde premies van zelfstandigen. Van de schuldenaar mag dan ook verwacht worden dat hij zich voor de duur van de schuldregeling tot het uiterste inspant om zijn schulden te voldoen. Naast bovenstaande voorwaarden van inspanningen en medewerking aan een schuldregeling worden daarom een aantal aanvullende (en cumulatieve) voorwaarden gesteld:

1. Er dient redelijkerwijs voorzien te worden dat degene van wie wordt teruggevorderd niet zal kunnen voortgaan met het betalen van zijn schulden óf degene van wie wordt teruggevorderd betaalt in de praktijk zijn schulden al niet. Dit betekent dat een structurele problematische schuldsituatie zeer binnenkort te verwachten valt of al is ingetreden.
2. Medewerking van UWV aan de schuldenregeling dient redelijkerwijs noodzakelijk te zijn. UWV moet, al dan niet na enig beperkt onderzoek, aan de hand van het voorstel tot schuldregeling de conclusie trekken dat een schuldregeling zonder het betrekken van de vordering van UWV en in redelijkheid niet mogelijk is.
3. Er dient een naar het oordeel van UWV betrouwbaar voorstel voor een schuldregeling tot stand te zijn gekomen met behulp van een erkende, onafhankelijk en deskundige schuldhulpverlener (als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet). UWV moet er daarbij op kunnen vertrouwen dat de schuldhulpverlener zijn werk goed doet en dat hij vaststelt of er sprake is van een problematische schuldsituatie als bedoeld onder punt 1. De schuldhulpverlener stelt daarbij onderzoek in naar het bestaan van de ingediende vorderingen en onderzoekt of de ingediende vorderingen voldoende aannemelijk zijn. De schuldhulpverlener moet voorts een op betrouwbaarheid getoetst en zo nodig (volledig) gedocumenteerd schuldregelingsvoorstel aan UWV kunnen voorleggen.
4. UWV zal geen medewerking aan een schuldregeling verlenen indien aannemelijk dat dit concurrentieverstorende effecten zou hebben. Bij medewerking aan schuldregelingen dient geen sprake te zijn van een schuld die is ontstaan in relatie met activiteiten van betrokkene als ondernemer. Deze voorwaarde dient gesteld te worden in het kader van de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid om indirecte, ongeoorloofde staatssteun te voorkomen.
5. Tot slot kan UWV slechts medewerking aan een schuldregeling verlenen indien artikel 349 van de Faillissementswet toegepast wordt. Op grond van dat artikel en de in het wetsvoorstel voorgestelde preferentie (voorrang) van de vordering van UWV, krijgt UWV, als uiteindelijk een schuldregeling tot stand komt, daarmee tweemaal zoveel betaald als een concurrente schuldeiser indien de vordering van UWV nog niet geheel is voldaan.

11.4.1 Van een schuldregeling uitgesloten vorderingen

In dit wetsvoorstel worden vorderingen, ontstaan vanwege het opzettelijk of door grove schuld niet nakomen van de inlichtingenplicht en waarbij als gevolg van dit gedrag een bestuurlijke boete is opgelegd of waarvan aangifte is gedaan bij het Openbaar Ministerie, expliciet uitgesloten van een buitengerechtelijke schuldregeling. Hieronder vallen naast de vordering zelf, in ieder geval de als gevolg van voornoemd gedrag opgelegde boetes en vorderingen ontstaan als gevolg van een vermoeden van opzet, misbruik of ander bedrieglijk handelen. In deze gevallen dient medewerking aan een buitengerechtelijke schuldregeling met finale kwijtschelding niet aan de orde te komen.

11.4.2 Finale kwijting

De bevoegdheid om van terugvordering of verdere terugvordering af te zien als de schuldregeling tot stand is gekomen betekent dat UWV het na de schuldregeling resterende deel van de vordering volledig kan kwijtschelden (finale kwijting). Het besluit tot het niet (verder) terug- en invorderen van het restant wordt pas onherroepelijk als de vereiste schuldregeling definitief tot stand is gekomen en is voltooid/afgerond. Daarmee wordt voorkomen dat UWV, in de positie zou geraken,

waarbij de vordering voor een gedeelte zou zijn vervallen, terwijl een schuldregeling gaandeweg of achteraf niet haalbaar is gebleken.

Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld ten aanzien van de bevoegdheid om mee te werken aan schuldregelingen.

11.5 Toezicht en handhaving

In deze paragraaf wordt primair het toezicht en de handhaving van UWV beschreven. Het toezicht en handhaving op de opt-out wordt in de volgende paragraaf behandeld, het toezicht en de handhaving van de Belastingdienst op de premieheffing en inning is kort behandeld in paragraaf 9.7.

Als een verzekerde onverhoopt niet of onvoldoende meewerkt aan de verplichtingen in dit wetsvoorstel, moet er een middel zijn om het gedrag van deze verzekerde te beïnvloeden. In het onverhoopte geval dat een verzekerde niet of onvoldoende meewerkt aan de verplichtingen in dit wetsvoorstel zal door UWV eerst contact opgenomen worden om in te schatten of in gesprek tot passende afspraken gekomen kan worden. Blijkt dat niet of onvoldoende mogelijk of heeft dat geen of onvoldoende effect dan kan UWV een zwaarder middel in de vorm van een sanctie (blijvende of tijdelijke, gehele of gedeeltelijke weigering van de uitkering dan wel een bestuurlijke boete) opleggen om onder meer de re-integratie-inspanningen van de verzekerde te stimuleren. De mogelijkheid om sancties op te leggen, vormt uitdrukkelijk een sluitpost en middel indien de verzekerde zich niet houdt aan de aan de in dit wetsvoorstel opgenomen verplichtingen maar vormt dus geen doel op zich. Uitgangspunt is dat de verzekerde in de meeste gevallen (op basis van intrinsieke motivatie) zal meewerken aan re-integratie en werkhervatting en de overige aan dit wetsvoorstel verbonden verplichtingen.

11.5.1 Handhavings- en sanctie-instrumentarium

Voor het handhavings- en sanctie-instrumentarium van dit voorstel wordt aangesloten bij het huidige handhavingsstelsel uit de sociale zekerheid. Het gaat hierbij dus niet om handhaving aan de premie- en inningskant, daarvoor wordt de fiscale wetgeving gevolgd (zie paragraaf 9.7). Door de regering wordt bezien of, en zo ja hoe, wijziging van het handhavingsstelsel in de toekomst wenselijk is in het kader van passend handhaven.[171] De regering is voornemens eventuele wijzigingen in het handhavingsstelsel die voortvloeien uit de herijking van het handhavingsinstrumentarium, ook in dit voorstel op te nemen.

Het onderhavige wetsvoorstel heeft voor UWV op zichzelf geen ingrijpende wijzigingen in de uitvoering van het handhavingsbeleid tot gevolg. Het reeds reguliere sanctie-instrumentarium kan voor UWV ongewijzigd blijven.

Indien de verzekerde niet of in onvoldoende mate gevolg geeft aan zijn verplichtingen op grond van dit wetsvoorstel (denk aan het meewerken aan zijn re-integratie waar er nog kansen/mogelijkheden zijn), kan een sanctie worden opgelegd. Hierbij is bij het sanctie-instrumentarium in de Wet WIA aangesloten. Dat betekent dat de sanctie kan bestaan uit een maatregel (zoals een blijvende of tijdelijke gehele of gedeeltelijke weigering van de uitkering) of een bestuurlijke boete.

De hoogte van de sanctie moet – zoals ook op grond van de huidige wetgeving het geval is – worden afgestemd op de ernst van de gedraging en de mate waarin de verzekerde de gedraging verweten kan worden. Indien de sanctie bestaat uit het opleggen van een boete worden bij de belangenafweging ook de omstandigheden waarin de verzekerde verkeert, betrokken. Bij het ontbreken van elke vorm van verwijtbaarheid wordt in elk geval afgezien van het opleggen van een sanctie.

[171] Kamerstukken II 2022/23, 17050, nr. 605.

Zoals in paragraaf 11.1.2 uiteengezet geldt tijdens de wachttijdfase voor de verzekerde:

- een informatieplicht;
- een plicht tot medewerking aan controle waar dat nodig is voor de uitvoering van dit wetsvoorstel zoals voor de beoordeling van ziekte (ongeschiktheid voor eigen arbeid) en voor het vaststellen van de datum waarop de wachttijd aanvangt (na ziekmelding);
- een algemene verplichting tot het trachten de uitkeringsafhankelijkheid in redelijkheid te vermijden door schadebeperkende maatregelen te nemen;
- een verplichting een naar algemeen medische maatstaven adequate behandeling te ondergaan voor zijn ziekte of gebrek.

Het reeds in de socialezekerheidswetgeving bestaande sanctie-instrumentarium is gekoppeld aan het recht op uitkering. In de wachttijdfase is nog geen sprake van een uitkeringsrelatie tussen de verzekerde en het UVW. De verplichtingen die tijdens de wachttijdfase door de verzekerde worden geschonden, kunnen in die fase aldus niet door het UWV worden gesanctioneerd. Niettemin heeft de verzekerde er wel belang bij om gedurende de wachttijdfase (voldoende) gevolg te geven aan de hiervoor vermelde verplichtingen. Het naar aanleiding van de ziekmelding niet aanleveren van relevante informatie of niet meewerken aan controle kan bijvoorbeeld tot gevolg hebben dat de ziekte (en dus de ingangsdatum van de wachttijd) niet kan worden vastgesteld en dat de ziekmelding buiten behandeling wordt gesteld of zelfs wordt afgewezen. Deze omstandigheden kunnen (bij voortduring daarvan) ook doorwerken in de uiteindelijke claimbeoordeling na einde wachttijd. Bij de claimbeoordeling heeft UWV tenslotte de nodige informatie en medewerking aan controle van de verzekerde nodig om het recht op uitkering vast te kunnen stellen. Verder geldt voor de verzekerde onder meer een schadelastbeperkende plicht. Indien na de wachttijd bij de claimbeoordeling bijvoorbeeld blijkt dat de verzekerde de arbeidsongeschiktheid opzettelijk heeft veroorzaakt, kan dat leiden tot een blijvende gehele weigering van de uitkering. Gezien het belang van de verzekerde om ook tijdens de wachttijdfase aan de verplichtingen te voldoen acht de regering het niet noodzakelijk hiervoor een separaat sanctie-instrumentarium tot stand te brengen.

11.5.2 Bevoegdheid tot het opleggen van sancties door UWV

UWV is bevoegd om sancties (maatregelen en bestuurlijke boeten) op te leggen. Dit kunnen sancties zijn in verband met het niet of in onvoldoende mate (bijvoorbeeld het niet tijdig) naleven van verplichtingen in het kader van het recht en de hoogte van de uitkering. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn indien de verzekerde bepaalde informatie niet of niet tijdig heeft verstrekt. Daarnaast kan het gaan om sancties die worden opgelegd op het moment dat de verzekerde niet of in onvoldoende mate meewerkt aan zijn re-integratie (daar waar daar in redelijkheid wel mogelijkheden zijn tot re-integratie).

Net als in de ZW en WW is in dit wetsvoorstel de mogelijkheid opgenomen dat UWV de uitkering geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of blijvend weigert, indien de verzekerde door zijn doen of laten het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen benadeeld. Deze bevoegdheid kan UWV inzetten indien de betrokkene (te kwader trouw) een recht op uitkering tracht te verzilveren, terwijl de eerste dag van ziekte naar algemene maatstaven gelegen is voor de eerste dag dat betrokkene publiek verzekerd is. Zo kan deze bevoegdheid bijvoorbeeld worden ingezet in de situatie dat een zelfstandige wiens verzekeraar een succesvolle opt-outaanvraag heeft gedaan en die vervolgens ziek is geworden, zijn verzekeraar verzoekt om de opt-out te beëindigen. In deze situatie heeft het arbeidsongeschiktheidsrisico zich al verwezenlijkt, voordat betrokkene (publiek) verzekerd werd. In theorie is het met deze voorkennis mogelijk om zowel een publieke als private uitkering te verkrijgen, indien UWV deze bevoegdheid niet zou hebben. Dit acht de regering in deze situatie ongewenst.

Tegen de beslissing tot sanctieoplegging kan de verzekerde bezwaar maken en daarna eventueel beroep instellen. Langs deze weg heeft de verzekerde dezelfde rechtsbescherming als hij thans op grond van de huidige wet- en regelgeving heeft.

11.6 Toezicht en handhaving opt-out

11.6.1 (Geen) toezicht door UWV en Belastingdienst

In hoofdstuk 11 is toegelicht dat verzekerden de mogelijkheid hebben om zich privaat te verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid en zodanig niet langer publiek verzekeringsplichtig te zijn. Om te kwalificeren als verzekering waarmee een opt-out mogelijk is, dient de private verzekering aan bepaalde minimumvoorwaarden te voldoen, zoals vervat in het toetsingskader voor de opt-out. Het is aan de private verzekeraars om ervoor zorg te dragen en te beoordelen dat de aangeboden en afgesloten verzekeringen daadwerkelijk aan de gestelde voorwaarden voldoen en als zodanig in de plaats van de publieke verzekering kunnen treden. De verantwoordelijk hiervoor ligt dus in eerste instantie bij de verzekeraars zelf. De regering heeft de noodzaak erkend van het vergewissen dat de verzekeringen die door verzekeraars worden aangeboden voldoen aan de voorwaarden die deze wet minimaal hieraan stelt. Toezicht op de private markt is dan ook belangrijk.

De private verzekeraar vraagt een opt-out aan bij UWV, en verklaart daarbij dat hij met betreffende zelfstandige een verzekeringsovereenkomst heeft gesloten die voldoet aan de minimumvoorwaarden beschreven in het toetsingskader. Het UWV mag ervan uitgaan dat de afgesloten verzekering daadwerkelijk aan het toetsingskader voldoet. Het UWV heeft geen rol in het toezicht op de private verzekeringsmarkt en toetst dan ook niet of een private verzekering voldoet aan het toetsingskader.

Ook de Belastingdienst heeft geen rol in het toezicht op de private verzekeringsmarkt.

11.6.2 DNB

DNB houdt prudentieel toezicht. Dit betekent dat DNB erop toeziet of partijen op de financiële markten aan hun verplichtingen kunnen voldoen. DNB controleert daarom hoe financieel gezond een financiële instelling is. Zo wordt het risico op faillissement van een financiële instelling zo klein mogelijk gehouden.

11.6.3 AFM

De Autoriteit Financiële Markten (AFM) heeft als taak om het gedragstoezicht op private verzekeraars uit te oefenen. Dit is verankerd in de Wet op het financieel toezicht (Wft). De AFM houdt toezicht op de zorgvuldige behandeling door private verzekeraars van hun cliënten. Dit houdt onder andere in dat de AFM toezicht houdt op het naleven van de Wft door private verzekeraars. De AFM toetst in dat kader onder andere of verzekeraars de regels omtrent het productontwikkelingsproces naleven.

11.6.4 Toezicht op buitenlandse producten

Het toezicht op buitenlandse verzekeraars berust bij de toezichthouder in de lidstaat van herkomst en de rol van de AFM is beperkt. Buitenlandse verzekeraars dienen ook te voldoen aan de voorwaarden indien zij opt-outproducten willen aanbieden. Hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 16.4.

12. Overgangsrecht

Een gedeelte van de zelfstandigen heeft reeds een verzekering tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico afgesloten, voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. Enerzijds zijn dat zelfstandigen die na het werken in loondienst, de verzekering (ZW of WIA) vrijwillig hebben doorgezet.[172] Anderzijds zijn dat zelfstandigen die zich privaat hebben verzekerd.

Er zijn, volgens cijfers van het CBS ultimo 2019 circa 200.000 zelfstandigen, die vallen onder de kring van verzekerden én die privaat verzekerd zijn voor arbeidsongeschiktheid. Zonder overgangsrecht zouden al deze private verzekeringen aan het toetsingskader voor opt-out van de publieke verzekering moeten voldoen, wil de zelfstandige worden ontheven van de publieke verzekeringsplicht (zie hoofdstuk 10). In dit hoofdstuk wordt eerst betoogd waarom

[172] Zie paragraaf 15.2.

overgangsrecht voor deze groep wenselijk is. Vervolgens vindt er een uiteenzetting plaats van de precieze vormgeving van het overgangsrecht. Ten slotte wordt ingegaan op de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan het overgangsrecht en wordt er ingegaan op enkele kleinere punten.

12.1 Wenselijkheid van overgangsrecht

Zonder overgangsrecht zouden de reguliere regels van het toetsingskader bij de opt-out naar de private markt gelden, vanwege de onmiddellijke werking van de wet. Alle zelfstandigen die al een verzekeringsproduct hebben (afgesloten) voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, zouden daarmee aan het toetsingskader bij de opt-out moeten voldoen, wil de zelfstandige worden ontheven van de publieke verzekeringsplicht.

Niet al deze verzekeringen zullen voldoen aan dat toetsingskader. Op de volgende onderdelen verwacht de regering dat het grootste aantal afgesloten private verzekeringen niet voldoet:

- De uitkerings- en/of verzekeringsduur loopt niet tot de AOW-gerechtigde leeftijd. Dit komt doordat de uitkeringsduur is beperkt in jaren of er een eindleeftijd in de polis is opgenomen die lager is dan de AOW-gerechtigde leeftijd.
- In de verzekering is een beperkende bepaling ten aanzien van bepaalde ziekten en/of oorzaken van arbeidsongeschiktheid opgenomen; een bepaalde ziekte of oorzaak van arbeidsongeschiktheid is uitgesloten van dekking.
- De te betalen premie ligt lager dan voor de publieke verzekering wordt gevraagd.

Het kabinet verwacht dat in zo'n 20% van de huidige private verzekeringspolissen sprake is van een beperkte uitkerings- en of verzekeringsduur, of een beperkende bepaling is opgenomen. Als niet aan het toetsingskader wordt voldaan, dreigt de zelfstandige dubbel verzekerd, met dubbele kosten, te geraken. De zelfstandige zal daarom:

- Ofwel de private verzekering willen aanpassen, zodat deze wel voldoet aan het toetsingskader;
- Ofwel de private verzekering willen opzeggen.

Voor beide opties geldt dat er handelingen van de zelfstandige worden gevraagd, terwijl deze door vraag en aanbod een verzekeringsovereenkomst met de private verzekeraar heeft afgesloten. Het aantasten van deze contractsvrijheid tussen verzekerde en zelfstandige vraagt nadere weging.

12.1.1 Beoordelingstraject

Voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen geldt in de private markt geen acceptatieplicht. Aspirant-verzekerden moeten veelal een gezondheidsverklaring invullen. De gezondheidsverklaring bevat een aantal vragen over de gezondheid, waarbij de beantwoording kan leiden tot een medische keuring. Die medische keuring is bedoeld om zo goed mogelijk in te schatten of een betaalbare verzekering kan worden aangeboden en zo ja, tegen welke voorwaarden en premie. De medische keuring is aan regels gebonden.[173] Deze keuring mag alleen bij het aangaan van de verzekering plaatsvinden of als het risico wijzigt.[174]

Indien er geen overgangsrecht zal gelden, kan dit voor een gedeelte van de huidige privaat verzekerden onwenselijke gevolgen hebben. Bij een verzoek om een aanpassing om een bestaande verzekering te laten voldoen aan het toetsingskader voor nieuwe private verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is, bijvoorbeeld het verzoek om de technische eindleeftijd op te heffen of een kortere wachttijd te hanteren c.q. het verzoek om een andere verzekering af te sluiten, kan de verzekeraar dit weigeren of een nieuw beoordelingstraject starten. In de tijd dat de oorspronkelijke verzekering is afgesloten en het verzoek tot aanpassen ofwel het afsluiten van een nieuwe overeenkomst, kan er veel gebeurd zijn in de gezondheidspositie van de betrokkene. Dit kan ervoor zorgen dat de verzekering een stuk duurder wordt, waardoor de verzekeraar naar aanleiding van de medische keuring geen verzekering tegen de gevraagde voorwaarden kan aanbieden. In geval van het laatste scenario wordt de keuze om de private verzekering voort te zetten die groep ontnomen. Dat acht de regering onwenselijk.

[173] Zie de Wet op de medische keuringen en het Protocol verzekeringskeuringen.
[174] Het risico wijzigt als een verzekerde bijvoorbeeld van een beroep met veelal kantoorwerk, een beroep wil gaan uitoefenen met fysiek zwaar werk.

12.1.2 Gedragseffect

Aanvullend op het bovenstaande verwacht de regering dat het opnemen van overgangsrecht een licht positief effect heeft op de publieke premie. De verwachting is dat een aantal van de zelfstandigen die nu een beperking op de uitkerings- of verzekeringsduur hebben, of waar een beperking in de polis voor is opgenomen, ervoor kiezen om deze verzekering te continueren. Van deze groep is, zonder beperkingen op de dekking, het arbeidsongeschiktheidsrisico naar verwachting relatief hoog. Als zij in de publieke verzekering terecht komen, stijgt daarmee het gemiddelde arbeidsongeschiktheidsrisico en daarmee de premie. Dit effect wordt waarschijnlijk maar gedeeltelijk tenietgedaan door zelfstandigen die na de technische eindleeftijd de publieke verzekering instromen en voor de AOW-gerechtigde leeftijd in de uitkeringsfase geraken.

12.1.3 Vast tarief of combitarief

Het niet opnemen van overgangsrecht zou voor verschillende groepen privaat verzekerden in de praktijk verschillend uitpakken. In de huidige private markt wordt gewerkt met twee soorten tarieven: een combitarief (ook wel leeftijdsafhankelijk tarief genoemd) en een vast tarief. Bij het combitarief stijgt de premie met de leeftijd en wordt deze op de omslagleeftijd (meestal 45 jaar) voor de rest van de verzekeringsduur vastgesteld (op jongere leeftijd betaalt de verzekerde minder, op latere leeftijd meer). Bij het vaste tarief wordt bij het aangaan van de verzekering al de premie voor de gehele verzekeringsduur vastgesteld (in de beginjaren van de verzekering wordt daardoor iets teveel ingelegd, wat op latere leeftijd de premie juist drukt).

Als er geen overgangsrecht wordt toegestaan en de verzekering voldoet niet aan de voorwaarden voor het toetsingskader, kan dit met zich meebrengen dat zelfstandigen die een verzekering met vast tarief hebben afgesloten, verhoudingsgewijs te veel premie hebben betaald voor hun private verzekering doordat zij niet meer het voordeel kunnen hebben van de relatief lagere premie die voor hun verzekering zou gelden op latere leeftijd.

12.1.4 Argumenten tegen het opnemen van overgangsrecht en conclusie om overgangsrecht op te nemen

Hoewel er goede redenen zijn om overgangsrecht op te nemen, zijn er ook redenen om dat niet te doen.

Er zullen zelfstandigen zijn die ervoor kiezen om hun private verzekering te behouden die niet aan het toetsingskader voor de opt-out voldoet, en niet in te stromen in de publieke verzekering als die mogelijkheid er is onder overgangsrecht. Het kan zijn dat zij bij ingetreden arbeidsongeschiktheid niet tot de AOW-gerechtigde leeftijd een uitkering krijgen, of helemaal geen uitkering omdat er een beperking op de dekking is overeengekomen en het uitgesloten ziektebeeld de arbeidsongeschiktheid heeft veroorzaakt. Hierdoor kan het zo zijn dat er alsnog een groep zelfstandigen terugvalt op de bijstand in het geval van arbeidsongeschiktheid, terwijl dit wetsvoorstel dat juist tracht te voorkomen.

De regering weegt echter de keuzemogelijkheid van de groep zelfstandigen die reeds verzekerd zijn, zwaarder, gegeven bovenstaande nadelen van het niet opnemen van een dergelijke keuzemogelijkheid.

In het hiernavolgende wordt ingegaan op de precieze vormgeving van het overgangsrecht.

12.2 Vormgeving van het overgangsrecht

12.2.1 Welke verzekeringsproducten vallen onder het overgangsrecht

In de vorige paragraaf zijn enkele voorbeelden opgenomen van verzekeringen waarvan de regering het gerechtvaardigd vindt dat daarvoor overgangsrecht geldt ondanks dat ze niet voldoen aan het toetsingskader, zoals een verzekering met een technische eindleeftijd. De regering is van mening dat het overgangsrecht niet onbegrensd moet zijn, maar beperkt wordt tot periodiek uitkerende verzekeringsproducten die bedoeld zijn langdurig het arbeidsongeschiktheidsrisico af te dekken. Producten die niet langdurig het arbeidsongeschiktheidsrisico afdekken, vallen daardoor niet onder het overgangsrecht. Ten aanzien van verzekeringen met een technische eindleeftijd

hanteert de regering een ondergrens van 55 jaar. De regering sluit uit dat zogeheten woonlasten-/betalingsbeschermers[175], ongevallenverzekeringen, producten die voorzien in premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid en schenkkringen ook onder het overgangsrecht vallen.

De regering acht deze minimumvereisten aan een "overgangsrecht"-verzekering gerechtvaardigd. Dit vindt zijn oorsprong in de doelen voor deze verplichte verzekering. Als er geen minimumvereisten worden gesteld, bijvoorbeeld in het geval van een woonlastenbeschermer, wordt er in te beperkte mate voorzien in het bereiken van een gelijk speelveld, en het voorkomen van terugval op de bijstand.

Daarnaast geldt dat – net als verzekeringen waarmee geopt-out kan worden - verzekeraars bij UWV een aanvraag moeten doen zodat zelfstandigen niet publiek verzekerd geraken. Private verzekeraars hebben dertien weken de tijd om na ommekomst van de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, een dergelijke aanvraag in te dienen. Betrokkene wordt dan ontheven van de verplichte publieke verzekering vanaf de dag van inwerkingtreding. UWV verleent de ontheffing op basis van de verklaringen van de verzekeraar en de betreffende zelfstandige, dat er sprake is van een private verzekering die aan de minimumvereisten voldoet en waarmee de zelfstandige niet publiek verzekerd wil zijn. Analoog aan de opt-out geldt dat UWV niet toetst of de private verzekering daadwerkelijk voldoet aan alle minimumvereisten voor het overgangsrecht.

12.2.2 Stabiliteitsbijdrage

Zoals tevens beschreven in hoofdstuk 10 acht de regering het wenselijk om ook van zelfstandigen, die een bestaande verzekering behouden onder overgangsrecht, de stabiliteitsbijdrage te vragen. Daarom worden verzekeraars ook verplicht om de stabiliteitsbijdrage te betalen voor al hun privaat verzekerden die hun bestaande polis behouden onder overgangsrecht en daarmee niet publiek verzekerd zijn. Vrijwillig verzekerden bij UWV, die hun bestaande verzekering behouden in het kader van het overgangsrecht, worden zelf wettelijk verplicht om de stabiliteitsbijdrage te betalen. UWV krijgt de wettelijke taak om de stabiliteitsbijdrage in rekening te brengen bij deze zelfstandigen.

12.2.3 Reeds zieke en arbeidsongeschikte zelfstandigen

In het hiervoor gaande is ingegaan op de zelfstandigen die 1) privaat verzekerd zijn en 2) die niet ziek of arbeidsongeschikt zijn bij de inwerkingtreding van het wetsvoorstel. Er zijn ook zelfstandigen die reeds ziek of arbeidsongeschikt zijn bij inwerkingtreding van dit voorstel.

De Stichting van de Arbeid heeft met betrekking tot deze laatste groep geadviseerd: *Op het moment dat zelfstandigen deze private verzekering stopzetten of als de verzekering afloopt voor de AOW-leeftijd is bereikt, zullen ze instromen in de publieke verzekering. Met private verzekeraars zullen financiële afspraken moeten worden gemaakt over de mogelijke overgang van zelfstandigen die nu een private uitkering ontvangen.*

De regering is hierover in overleg getreden met sociale partners en private verzekeraars. De regering begrijpt de wens van sociale partners vanuit de gedachte dat het niet wenselijk is dat zieke of arbeidsongeschikte zelfstandigen bij het bereiken van de technische eindleeftijd van een private verzekering op de regels van de bijstand terugvallen. Als deze groep alsnog kan terugvallen op de publieke verzekering of verlenging van de private arbeidsongeschiktheidsverzekering zou dit echter betekenen dat deze groep een verzekering krijgt waartegenover geen premieafdracht staat. Er wordt daarmee een verschil in behandeling aangebracht dat de regering niet kan motiveren. Er zou dan een onuitlegbaar verschil ontstaan met zelfstandigen die arbeidsongeschikt zijn geraakt, en die helemaal geen verzekering hadden.

In onderstaande tabel wordt samengevat hoe wordt omgegaan met zelfstandigen in verschillende situaties.

[175] Zo zijn er verzekeringsproducten die bij ziekte of arbeidsongeschiktheid een uitkering uitkeert om een gedeelte van de hypotheeklasten te betalen.

Situatie van de zelfstandige	Welk recht van toepassing
Niet ziek of arbeidsongeschikt en niet privaat verzekerd	Toetsingskader voor de opt-out van toepassing
Niet ziek of arbeidsongeschikt en 1. Wel privaat verzekerd; en 2. Verzekering voldoet aan minimumvereisten	Overgangsrecht van toepassing: privaat verzekerd
Wel ziek of arbeidsongeschikt en geen ondernemer op moment van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, niet privaat verzekerd. Deze betrokkenen kunnen al dan niet vallen onder: de WAZ, vrijwillige ZW, vrijwillige WIA, vrijwillige WAO, IOAZ, bijstand, BBZ.	Wetsvoorstel gedurende het ziek of arbeidsongeschikt zijn niet op de betrokkene van toepassing (tot het moment van herstel van de betrokkene)
Wel ziek of arbeidsongeschikt en privaat verzekerd	Overgangsrecht van toepassing: privaat verzekerd. Bij volledige arbeidsongeschiktheid heeft de betrokkene mogelijk geen winst uit onderneming meer, omdat hij vanwege ziekte of gebrek niet langer winst uit onderneming kan genereren. Na herstel van de betrokkene zijn de regels van ”niet ziek of arbeidsongeschikt en wel privaat verzekerd” van toepassing.

12.2.4 Uitvoering van het overgangsrecht

Om uitvoering te geven aan het overgangsrecht is van belang dat het UWV duidelijkheid heeft over wie een private verzekering heeft die voldoet aan de minimumvereisten voor het overgangsrecht, en op basis daarvan niet publiek verzekerd wil zijn. Daarvoor wordt hetzelfde stramien gebruikt als bij de opt-out: de verzekeraar doet een aanvraag bij UWV en verklaart dat de zelfstandige bij hem een private verzekering heeft die voldoet aan bovenstaande minimumvereisten voor een overgangsrechtverzekering, en verplicht zich daarmee ook om een eventuele beëindiging van die verzekering of overgang van de lopende verzekering naar een andere verzekeraar tijdig te melden bij UWV. Voor overgangsrechtverzekeringen geldt dat, naast de gegevensstroom voor de opt-out, een gegevensstroom over het overgangsrecht tussen verzekeraars en UWV zal ontstaan. Verzekeraars zullen bij UWV dezelfde gegevens moeten aanleveren als voor de opt-out. Daarmee hebben de publieke instanties voldoende informatie om te bepalen dat er geen premie verschuldigd is, noch recht op een uitkering bestaat, en dat de stabiliteitsbijdrage geheven moet worden bij de verzekeraar.

Ook heeft de zelfstandige – gelijk aan het proces bij de opt-out – de mogelijkheid om een aanvraag in te dienen om het overgangsrecht te beëindigen. UWV heeft, bij het niet betalen van de stabiliteitsbijdrage, ook de mogelijkheid om het overgangsrecht te beëindigen.

13. Verwerking van persoonsgegevens

13.1 Inleiding

In voorgaande hoofdstukken is uiteengezet hoe de uitvoering van dit wetsvoorstel eruit zal komen te zien en welke uitvoerders hierbij zijn betrokken. De uitvoering zal voornamelijk bij UWV en de Belastingdienst plaatsvinden. In het kort houdt dit in dat UWV re-integratieondersteuning biedt, het recht op en de hoogte van een eventuele (publieke) uitkering vaststelt, de uitbetaling van de eventuele (publieke) uitkering verzorgt, de stabiliteitsbijdrage heft en int bij private verzekeraars en een zelfstandigenadministratie inricht en bijhoudt. De Belastingdienst heft en int de publieke premie, met inbegrip van een voorschot hierop. Ten behoeve van deze taken, zijn persoonsgegevens van zelfstandigen nodig. Met dit voorstel wordt getracht de verwerkingen van deze gegevens te beperken tot het noodzakelijke. Om dit te bewerkstelligen is, samen met de uitvoerders, uitvoerig gesproken over welke taak bij welke uitvoerder zal worden belegd en welke gegevens voor welke doeleinden worden gedeeld. Dit heeft er eveneens toe geleid dat de

gegevens die, zoals het wetsvoorstel nu is vormgegeven, zullen worden verwerkt voor een groot deel voorzienbaar zijn voor de zelfstandigen.[176]

Het beleid van de regering is erop gericht om door middel van gegevensuitwisseling tussen bestuursorganen te bewerkstelligen dat sociale verzekeringen en voorzieningen rechtmatig en doelmatig kunnen worden uitgevoerd. Met het oog hierop zijn in verschillende sociale zekerheidswetten bepalingen opgenomen, waaronder de Wet SUWI en de Wfsv, die bestuursorganen verplichten dan wel de bevoegdheid geven zelf gegevens te verwerken en desgevraagd gegevens aan elkaar en aan derden te verstrekken. Deze bepalingen zijn onverkort van toepassing op de in het kader van de publieke verzekering noodzakelijke gegevensdeling tussen bestuursorganen. In aanvulling hierop, wordt een aantal nieuwe bepalingen opgenomen ten behoeve van specifieke gegevensuitwisselingen ten behoeve van dit voorstel.

In dit hoofdstuk wordt per uitvoerder toegelicht welke persoonsgegevens voor welke doeleinden zullen worden verwerkt (paragraaf 13.2 tot en met 13.5) en wordt ingegaan op de persoonsgegevens die de zelfstandigen zullen moeten delen.

13.2 Gegevensverwerking door UWV

UWV is hoofdzakelijk belast met het bieden van re-integratieondersteuning tijdens en na de wachttijd, het uitvoeren van de claimbeoordeling, het vaststellen en verstrekken van de uitkering en het heffen en innen van de stabiliteitsbijdrage. Voor het uitvoeren van deze taken dient UWV te beschikken over gegevens van zelfstandigen. In deze paragraaf wordt toegelicht welke gegevens dit zijn en op welke wijze deze gegevens worden verwerkt.

13.2.1 Zelfstandigenadministratie

De regering onderschrijft de noodzaak en wenselijkheid van een doelmatige en zo eenvoudig mogelijke gegevensdeling tussen de betrokken partijen. Dit uitgangspunt wordt gedeeld door verzekeraars en andere uitvoerders. Dit houdt in dat onderling enkel gegevens worden gedeeld die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van dit wetsvoorstel. UWV richt in dat verband een zelfstandigenadministratie in voor de uitvoering van dit wetsvoorstel.[177] Hierin houdt zij bij welke zelfstandigen publiek verzekerd zijn en premie moeten afdragen. UWV gebruikt deze gegevens ook bij het uitvoeren van haar andere, hiervoor genoemde taken, waaronder het bieden van re-integratieondersteuning, uitvoeren van de claimbeoordeling en het heffen en innen van de stabiliteitsbijdrage. UWV put eveneens uit de zelfstandigenadministratie ten behoeve van het informeren van de Belastingdienst over welke zelfstandige publiek is verzekerd en derhalve premie is verschuldigd.

De zelfstandigenadministratie wordt gevoed met gegevens die UWV ontvangt van de Belastingdienst, private verzekeraars, de SVB, de Kamer van Koophandel en de BRP.[178] UWV is verwerkingsverantwoordelijke voor de verwerking van gegevens van zelfstandigen, voor zover deze verwerking noodzakelijk is voor de uitvoering van haar taken. De Belastingdienst verschaft inzage aan UWV of er sprake is van (verwachte) winst uit onderneming. De Belastingdienst verstrekt in dit kader gegevens die nodig zijn ter identificatie van de zelfstandige (zoals de naam en het burgerservicenummer). De Belastingdienst verstrekt ten behoeve van het opnemen van de zelfstandige in de zelfstandigenadministratie nog geen gegevens over de hoogte van de winst uit onderneming van de zelfstandige. Deze gegevens heeft UWV pas nodig bij het vaststellen van de hoogte van de uitkering en worden daarom, in het kader van dataminimalisatie, daaraan voorafgaand nog niet door de Belastingdienst gedeeld. Op de gegevensverwerking door de Belastingdienst wordt hieronder in paragraaf 13.4 verder ingegaan. Indien de zelfstandige een

[176] De verzekerde zelfstandige is al gewend om bepaalde persoonsgegevens (zoals NAW, BSN en financiële gegevens) met de (semi-)overheid te delen. Door bijvoorbeeld voor de publieke premieheffing en -inning in dit wetsvoorstel hierbij aan te sluiten is het voor zelfstandigen, in ieder geval die reeds een onderneming hebben, voorzienbaar en begrijpelijk dat zij inkomensgegevens bij de Belastingdienst moeten aanleveren en dat de Belastingdienst deze gegevens verwerkt voor het uitvoeren van de premieheffing en -inning. Zie ook paragraaf 13.6.1.

[177] De zelfstandigenadministratie wordt met dit wetsvoorstel wettelijk verankerd in artikel 33e van de Wet SUWI. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de artikelsgewijze toelichting op dit wetsvoorstel.

[178] In paragraaf 4.3.6 wordt de relevantie van bepaalde gegevens van de Kamer van Koophandel toegelicht.

private verzekering heeft afgesloten waarmee wordt beoogd een opt-out uit de publieke verzekering te effectueren of waarmee de zelfstandige onder het overgangsrecht valt, ontvangt UWV hiervan een aanvraag van de private verzekeraar. Daarbij worden de verklaringen overgelegd, zoals genoemd in paragraaf 10.4.1.

Ditzelfde proces geldt wanneer de private verzekering wordt beëindigd. De verzekeraar geeft in ieder geval gegevens door ter identificatie van de zelfstandige (zoals de naam en het burgerservicenummer). Daarnaast geeft de verzekeraar door per wanneer de private verzekering aanvangt of eindigt. Het polisnummer is eveneens nodig, om vast te stellen of het gaat om een private verzekering die voldoet aan het toetsingskader van de opt-out of waarmee de zelfstandige onder het overgangsrecht valt. Voor beide verzekeringen gelden immers andere voorwaarden (de voorwaarden worden in paragrafen 10.5 respectievelijk 12.2 uiteengezet). Hierdoor is het van belang dat UWV de private verzekering op de juiste wijze in de zelfstandigenadministratie registreert. Op de gegevensdeling tussen verzekeraars en UWV wordt hieronder in paragraaf 13.6 verder ingegaan.

Indien door de SVB aan de zelfstandige ontheffing van de verzekerings- en premieplicht voor deze verzekering is verleend vanwege een gemoedsbezwaar, ontvangt UWV hiervan melding van de SVB. De gegevens die de SVB in dat geval aan UWV doorgeeft, zijn gegevens ter identificatie van de zelfstandige (zoals de naam en het burgerservicenummer), het gegeven dat de zelfstandige gemoedsbezwaard is voor deze wet en de datum van aanvang of einde gemoedsbezwaardheid. Op het proces van gemoedsbezwaardheid wordt in paragraaf 4.3.4 ingegaan. Verder verkrijgt UWV uit de BRP gegevens over de zelfstandige ter verificatie en gegevens over de verblijfsstatus en leeftijd van de zelfstandige. Deze laatste gegevens zijn nodig voor het UWV om vast te stellen of de zelfstandige een vreemdeling en/of AOW-gerechtigd is, aangezien dit uitsluitingsgronden zijn voor het recht op een uitkering (zie paragraaf 4.3.6).

UWV verwerkt de hiervoor genoemde gegevens in haar zelfstandigenadministratie en gebruikt deze gegevens vervolgens om vast te stellen welke zelfstandigen publiek verzekerd zijn en welke zelfstandigen hiervan zijn uitgezonderd. Vervolgens verstrekt UWV aan de Belastingdienst gegevens over de zelfstandigen die premieplichtig zijn, voor zover deze gegevens noodzakelijk zijn voor het heffen en innen van de premie. Ten behoeve hiervan deelt UWV gegevens ter identificatie van de zelfstandige (zoals de naam en het burgerservicenummer). Zodra er een mutatie plaatsvindt, bijvoorbeeld wanneer een zelfstandige niet langer een private verzekering heeft en doordoor van rechtswege publiek verzekerd wordt, geeft UWV dit eveneens door aan de Belastingdienst. Ook wanneer door UWV is vastgesteld dat een zelfstandige recht heeft op een uitkering, geeft UWV aan de Belastingdienst inzage per welke datum er geen premie moet worden geheven en geïnd.

Omdat UWV de zelfstandigen die niet publiek zijn verzekerd vanwege een private verzekering, gemoedsbezwaar of een van de andere uitzonderingen uit de initiële groep zelfstandigen, gebaseerd op de gegevens van de Belastingdienst, filtert en de Belastingdienst enkel informeert over welke zelfstandigen wel premie moet worden geheven en geïnd, wordt de gegevensstroom tussen UWV en de Belastingdienst zoveel mogelijk beperkt.[179] Deze verdeling van taken heeft wel tot gevolg dat UWV mogelijk ook gegevens zal verwerken van zelfstandigen die na de definitieve aanslag niet publiek verzekerd blijken te zijn. Bijvoorbeeld in de situatie waarin een zelfstandige op basis van inkomensgegevens bij de Belastingdienst winst uit onderneming lijkt te genieten, maar bij de definitieve aanslag wordt vastgesteld dat het om resultaat uit overige werkzaamheden of loon uit dienstbetrekking gaat. Gegevens die UWV in haar administratie heeft verwerkt maar die niet (langer) noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dit wetsvoorstel dienen te worden verwijderd.

[179] Uitzondering hierop betreft de gegevensverstrekking door UWV aan de Belastingdienst met betrekking tot de zelfstandigen die gemoedsbezwaard zijn voor deze wet. UWV geeft in dat geval door dat over de betreffende zelfstandige geen premie voor de publieke verzekering moet worden geheven en geïnd. De Belastingdienst heft en int in dat geval een vervangende premie. Zie ook paragraaf 13.4.

13.2.2 Gegevensverwerking bij vaststellen recht op en hoogte uitkering

Wanneer de zelfstandige ziek wordt, stelt UWV vast of de zelfstandige recht heeft op een uitkering en wat de hoogte hiervan is. Het claimbeoordelingsproces wordt in hoofdstuk 7 toegelicht. Voor het vaststellen van het recht op een uitkering levert de zelfstandige op verzoek van UWV alle relevante informatie aan bij UWV, waaronder gegevens ter identificatie (zoals naam en burgerservicenummer) en medische gegevens (zoals de eerste ziektedag, de oorzaak van arbeidsongeschiktheid en eventuele lopende behandeltrajecten). In hoofdstuk 6 wordt uiteengezet hoe de hoogte van de uitkering wordt bepaald. Voor het bepalen van de hoogte van de uitkering heeft UWV inkomensgegevens van de zelfstandige nodig. De Belastingdienst verstrekt deze gegevens, op verzoek van UWV, aan UWV. Inkomensgegevens worden door UWV eveneens verwerkt voor het verrekenen van inkomsten met de uitkering (paragraaf 6.2.4). Voor het uiteindelijk betalen van de uitkering aan de zelfstandige heeft UWV ook bepaalde gegevens nodig, waaronder contactgegevens en het bankrekeningnummer van de zelfstandige. UWV verwerkt persoonsgegevens enkel voor de daarvoor overeengekomen doeleinden. Dit geldt des te meer voor bijzondere persoonsgegevens. Zo verwerkt UWV medische gegevens van de zelfstandige enkel voor het bieden van re-integratieondersteuning en het vaststellen van het recht op een uitkering.

Uitgangspunt is dat zodra de zelfstandige zich ziekmeldt of een aanvraag van een uitkering indient bij UWV, UWV reeds via verstrekking door de Belastingdienst weet of de betrokkene (voorlopig) verzekeringsplichtig is en derhalve eventueel aanspraak kan maken op een uitkering. Het zal echter ook voorkomen dat de zelfstandige nog niet bekend is bij het UWV of de Belastingdienst, waardoor beide organisaties nog niet beschikken over de benodigde gegevens van de betrokkene voor vaststelling van het recht op uitkering en de hoogte van de (eventuele) uitkering. In zo een voorkomend geval zal de betrokkene worden verzocht om de benodigde gegevens omtrent de verwachte winstgegevens bij de Belastingdienst bekend te maken (middels het aanleveren van gegevens ten behoeve van een definitieve aanslag over de relevante jaren en eventueel het aanvragen van een voorlopige aanslag over het lopende jaar ten einde een zo goed mogelijke inschatting te kunnen maken van de grondslag van de uitkering).

13.3 Gegevensverwerking door de Belastingdienst

De Belastingdienst heft en int de verschuldigde premie dan wel het voorschot hierop bij de zelfstandige. De Belastingdienst heeft voor het uitvoeren van deze taak gegevens van de zelfstandigen nodig. De Belastingdienst verstrekt gegevens over deze zelfstandigen aan UWV, zodat UWV kan vaststellen of de zelfstandige (voorlopig) publiek verzekerd is en premie moet betalen. Dit betreffen gegevens ter identificatie van de zelfstandige (zoals de naam en het burgerservicenummer). Voor het verstrekken van deze gegevens door de Belastingdienst aan UWV wordt met dit wetsvoorstel een wettelijke grondslag in artikel 33f, eerste lid, Wet SUWI gecreëerd.[180] Dit is in paragraaf 13.2 hiervoor toegelicht. UWV verstrekt vervolgens aan de Belastingdienst gegevens over de zelfstandigen bij wie premie moet worden geheven en geïnd. Dit betreffen gegevens ter identificatie van de zelfstandige. Deze gegevens vloeien voort uit een mutatie in de zelfstandigenadministratie. Op basis van deze informatie en de door de zelfstandige aangeleverde financiële gegevens conform de reguliere IB-aangifte (winst uit onderneming), stelt de Belastingdienst de hoogte van de te betalen premie of het voorschot hierop vast en informeert de Belastingdienst de zelfstandige hierover. Vervolgens heft en int de Belastingdienst de premie of het voorschot hierop, waarvoor zij eveneens voornoemde gegevens zal verwerken.

Doordat wordt gewerkt met een voorlopige en definitieve aanslag (voor de premie voor dit voorstel), zal de Belastingdienst ook bij het vaststellen van de definitieve aanslag bepaalde gegevens van de zelfstandige met UWV delen (gegevens ter identificatie van de zelfstandige) en vice versa (bijvoorbeeld per wanneer de zelfstandige publieke premie verschuldigd is). Indien bij de definitieve aanslag blijkt dat de door de zelfstandige betaalde voorschotten onverschuldigd zijn betaald, dan zal het onverschuldigde betaalde worden terugbetaald aan de zelfstandige. Indien de zelfstandige nalaat de verschuldigde premie (voorschotten) te betalen, gaat de Belastingdienst

[180] Op grond van dit artikel rust op de Belastingdienst eveneens de plicht om inkomensgegevens van de zelfstandige met UWV te delen. Deze gegevens worden echter pas gedeeld nadat UWV hierom heeft verzocht ten behoeve van het vaststellen van het recht op een uitkering.

over tot het sturen van een (betalings-)herinnering, aanmaning of dwangbevel. Dit wordt toegelicht in paragraaf 4.4. Voor het uitvoeren van deze taken heeft de Belastingdienst bepaalde gegevens van de zelfstandige nodig, namelijk gegevens ter identificatie, financiële gegevens (inkomen en betaalde of verschuldigde premies) en contactgegevens.

13.4 Gegevensverwerking door SVB

In paragraaf 4.3.4 is uiteengezet dat de zelfstandige bij de SVB ontheffing van de verzekeringsplicht en premieplicht kan aanvragen vanwege gemoedsbezwaren. Wanneer de SVB ontheffing heeft verleend, geeft de SVB dit door aan UWV. Dit doet zij middels het verstrekken van gegevens over de zelfstandige aan wie ontheffing is verleend en die UWV nodig heeft voor het zorgdragen voor de inrichting en adequate werking van de zelfstandigenadministratie. Het gaat hierbij om het BSN en de geboortedatum van de zelfstandige, het gegeven dat de zelfstandige gemoedsbezwaard is voor deze wet en de datum van aanvang of beëindiging van de gemoedsbezwaardheid. Zodra UWV deze gegevens in de zelfstandigenadministratie heeft verwerkt, verstrekt zij aan de Belastingdienst gegevens over de betreffende zelfstandige. UWV geeft hierbij door dat over deze zelfstandige geen premie voor de publieke verzekering moet worden geheven en geïnd. In plaats daarvan zal de Belastingdienst een vervangende premie heffen en innen. Dit komt eveneens in paragraaf 4.3.4 aan de orde.

De SVB verstrekt ook aan de Belastingdienst gegevens over de zelfstandige die gemoedsbezwaard is voor deze verzekering. Dit doet de SVB thans al op maandelijkse basis voor de andere verzekeringen waarvoor een burger gemoedsbezwaard kan zijn. De gegevensdeling tussen de SVB en de Belastingdienst sluit dan ook aan bij gegevensdelingen in andere bestaande wet- en regelgeving, hetgeen zorgt voor dataminimalisatie.[181]

13.5 Gegevensverwerking door private verzekeraars

13.5.1 Gegevensdeling tussen verzekeraars en UWV

Vanwege het duale karakter van het stelsel kunnen zelfstandigen een private verzekering afsluiten die, mits deze voldoet aan het toetsingskader van de opt-out (paragraaf 10.5) of waarmee de zelfstandige onder het overgangsrecht valt (paragraaf 12.2), in de plaats treedt van de publieke verzekering. UWV dient in haar zelfstandigenadministratie bij te houden welke zelfstandigen publiek dan wel privaat zijn verzekerd. Daarvoor heeft zij ook bepaalde gegevens over de privaat verzekerde zelfstandigen nodig.

In hoofdstuk 10 is toegelicht dat de private verzekeraar een aanvraag van een opt-out door een zelfstandige bij UWV indient, vergezeld van enkele verklaringen. Ten behoeve van deze aanvraag verstrekt de private verzekeraar aan UWV gegevens ter identificatie van de zelfstandige (zoals de naam en het burgerservicenummer), de aanvangsdatum van de private verzekering en het polisnummer. Zodra een private verzekering wordt beëindigd, valt de zelfstandige in beginsel automatisch terug op de publieke verzekering. Het is aan de betreffende private verzekeraar om UWV over het eindigen van de private verzekering te informeren, middels het verstrekken van gegevens ter identificatie van de zelfstandige (zoals de naam en het burgerservicenummer), einddatum van de private verzekering en, voor zover relevant, de reden voor beëindiging van de private verzekering. Vorenstaande geldt ook in het geval een zelfstandige overstapt naar een andere verzekeraar en daarbij een nieuwe verzekering afsluit. Met deze gegevens wordt vastgesteld per welke datum de zelfstandige publiek is verzekerd en wordt voorkomen dat de zelfstandige (tijdelijk) onverzekerd is dan wel zowel privaat als publiek is verzekerd (en dubbel premie moet afdragen). Indien een lopende private verzekering waarmee een opt-out is aangevraagd overgaat naar een andere verzekeraar, bijvoorbeeld als gevolg van een fusie of overname, dienen bij de overgang betrokken verzekeraars deze overgang bij UWV te melden. Zij verstrekken in dat geval gegevens over de betreffende zelfstandige (gegevens ter identificatie en over de eind- en aanvangsdatum van de private verzekering) aan UWV. Doordat verzekeraars bepaalde gegevens over zelfstandigen aan UWV moeten verstrekken bij het aangaan of beëindigen

[181] In artikel 124 van de Wfsv wordt met dit voorstel toegevoegd dat de SVB, de Belastingdienst en UWV ook onderling opgaven en inlichtingen dienen te verstrekken over gemoedsbezwaren die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van dit wetsvoorstel. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de artikelsgewijze toelichting.

van een private verzekering, en niet ook de zelfstandigen zelf, wordt het aantal gegevensverwerkingen beperkt. UWV verwerkt deze gegevens in haar zelfstandigenadministratie. Met dit wetsvoorstel wordt in artikel 54, derde lid, Wet SUWI een wettelijke grondslag gecreëerd op grond waarvan de verzekeraar verplicht is (voornoemde) gegevens te verstrekken die UWV nodig heeft voor de uitvoering van dit wetsvoorstel. Hieronder valt ook het verstrekken van het burgerservicenummer van de zelfstandige. Private verzekeraars delen in geen geval medische gegevens met UWV, dan wel een andere uitvoeringsinstantie.

Sommige gegevens die de private verzekeraar met UWV deelt ten behoeve van het verwerken in de zelfstandigenadministratie en vaststellen wat de verzekeringsstatus van de zelfstandige is, zullen eveneens worden gebruikt voor het bepalen van de hoogte van de stabiliteitsbijdrage die de verzekeraar voor de privaat verzekerde zelfstandigen moet afdragen aan UWV. Het gaat dan om gegevens ter identificatie van de zelfstandige (zoals de naam en het burgerservicenummer).[182] Voor het heffen en innen van de stabiliteitsbijdrage kan UWV verzekeraars inzage verschaffen op basis van welke verzameling van personen de berekening van de hoogte van de stabiliteitsbijdrage tot stand is gekomen.

De reguliere, reeds voor inwerkingtreding van dit wetsvoorstel bestaande, renseignering tussen private verzekeraars en de Belastingdienst, ten behoeve van de aftrekbaarheid van de fiscale premie, wordt met dit voorstel niet inhoudelijk gewijzigd.[183]

13.5.2 Gegevensdeling door buitenlandse verzekeraar aan UWV

Hetgeen in paragraaf 13.6.1 hiervoor is uiteengezet geldt ook voor de buitenlandse verzekeraar die onder het toepassingsbereik van dit wetsvoorstel valt. Dit betekent dat wanneer de buitenlandse verzekeraar een private verzekering met een zelfstandige afsluit waarmee wordt beoogd een opt-out uit de publieke verzekering te effectueren, dan wel waarmee de zelfstandige onder het overgangsrecht valt, de verzekeraar hiervoor een aanvraag bij UWV kan indienen. De gegevens die de verzekeraar hierbij verstrekt, zijn in de paragraaf hiervoor uiteengezet.[184]

13.6 Informatieverplichtingen zelfstandigen

13.6.1 Informatieverstrekking aan de Belastingdienst en UWV

Het vorenstaande brengt met zich mee dat de zelfstandige zowel aan de Belastingdienst als UWV bepaalde gegevens moet verstrekken, evenals in de WAZ en thans bij de vrijwillige verzekering het geval is.

De zelfstandige zal aan de Belastingdienst inzicht moeten verschaffen in de (te verwachten) winst uit onderneming in een bepaald jaar. De regering stelt voor om zoveel mogelijk aan te sluiten bij het bestaande heffings- en invorderingskader van de Belastingdienst, vanwege de bekendheid met die regels bij zelfstandigen. Zelfstandigen zijn namelijk belastingplichtig voor de inkomstenbelasting en doen jaarlijks aangifte. Dit is in paragraaf 9.7 nader toegelicht. Door voor de publieke premieheffing en -inning in dit wetsvoorstel hierbij aan te sluiten is het voor zelfstandigen, in ieder geval die reeds een onderneming hebben, voorzienbaar en begrijpelijk dat zij inkomensgegevens bij de Belastingdienst moeten aanleveren en dat de Belastingdienst deze gegevens verwerkt voor het uitvoeren van de premieheffing en -inning.
Zoals in paragraaf 4.4 is opgemerkt, voorziet de regering een mogelijkheid voor zelfstandigen om geen voorschot voor deze wet te betalen, ook al is er wel sprake van een voorlopige aanslag voor de inkomstenbelasting en/of inkomensafhankelijke bijdrage Zvw. Deze keus is aan de zelfstandige, en al naar gelang de beoordeling over de definitieve verzekeringsstatus bij de definitieve aanslag inkomensheffing, zal deze een bedrag ineens verschuldigd worden voor de premies volgend uit deze wet.

[182] In paragrafen 10.3 (opt-out) en 12.2 (overgangsrecht) wordt toegelicht voor welke privaat verzekerden de verzekeraar een stabiliteitsbijdrage moet afdragen.
[183] Voor de Fiscale aftrekbaarheid premie en belastbaarheid uitkeringen wordt verwezen naar paragraaf 9.6.
[184] Bij het verwerken van persoonsgegevens van zelfstandigen is de buitenlandse verzekeraar, net als de verzekeraar die in Nederland is gevestigd, gebonden aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), die geldt voor alle bedrijven en organisaties in de landen binnen de EER voor zover zij persoonsgegevens verwerken.

Wanneer de zelfstandige aanspraak wenst te maken op een publieke uitkering bij arbeidsongeschiktheid of tijdens de wachttijd gebruik wenst te maken van re-integratieondersteuning door UWV, zal de zelfstandige ook gegevens aan UWV moeten verstrekken. Op de zelfstandige rust geen verplichting om zich als verzekerde bij UWV aan te melden zolang hij geen gebruik wens te maken van re-integratieondersteuning of aanspraak wil maken op een publieke uitkering. Op de zelfstandige rust de plicht om aan UWV alle gegevens en inlichtingen te verschaffen die nodig zijn voor een correcte vaststelling van het recht op en de hoogte van een (eventuele) uitkering. Dit betreft onder andere (strikt) noodzakelijke medische gegevens (waaronder over de eerste ziektedag, de oorzaak van arbeidsongeschiktheid en eventuele lopende behandeltrajecten). Welke gegevens dit precies zijn, is naar het oordeel van de behandelend verzekeringsarts. Daarnaast zijn in deze wet algemene en specifieke inlichtingen- en medewerkingsverplichtingen opgenomen zoals beschreven in paragraaf 11.1 in dit wetsvoorstel.

13.6.2 Informatieverstrekking gemoedsbezwaarden

In paragraaf 4.3.3 is toegelicht dat de mogelijkheid voor zelfstandigen om ontheffing te vragen van de verzekerings- en premieplicht wegens gemoedsbezwaren ook zal gelden voor dit wetsvoorstel. Bij het indienen van een verzoek om ontheffing van de verzekerings- en premieplicht dient de zelfstandige bijzondere persoonsgegevens te delen met de SVB (bijvoorbeeld over religie), die de SVB nodig heeft voor het vaststellen of de verklaring van gemoedsbezwaren tegen elke vorm van verzekering overeenkomstig de waarheid is.

13.7 Gegevensdeling bij detentie in binnen- of buitenland

Zoals in paragraaf 5.4 uiteengezet, heeft een zelfstandige in detentie in beginsel geen recht op een uitkering. Dit geldt ook als een zelfstandige zich onttrekt aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel. Artikel 54, zevende en negende lid, Wet SUWI is onverkort van toepassing op de publieke verzekering. Dit betekent dat indien de zelfstandige rechtens zijn vrijheid is ontnomen of zich onttrekt aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel, de Minister van Justitie en Veiligheid onverwijld en kosteloos de gegevens en alle overige opgaven en inlichtingen waarover deze beschikt en die noodzakelijk zijn voor het recht op uitkering van de betreffende zelfstandige, aan de SVB en het UWV verstrekt. Voor de zelfstandige die in het buitenland rechtens zijn vrijheid is ontnomen, verstrekt de Minister van Buitenlandse Zaken onverwijld en kosteloos de gegevens en inlichtingen waarover hij beschikt en die noodzakelijk zijn voor het recht op uitkering van de betreffende zelfstandige aan de SVB en het UWV. Voor beide vormen van detentie kan worden aangesloten voor de bestaande wijze van gegevensuitwisseling in het kader van de bestaande wet- en regelgeving rondom de sociale verzekeringswetten zoals de Wet WIA, Wajong, WAO en WW.

13.8 Gegevens ten aanzien van uitreiziger

Zoals in paragraaf 5.4 uiteengezet, wordt de uitreiziger eveneens uitgesloten van het recht op een uitkering. De wettelijke grondslag in artikel 72, eerste lid, onderdeel h, Wet SUWI voor de gegevensdeling door UWV, de SVB en gemeenten aan de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid betreffende de uitreiziger wordt onverkort van kracht voor de publieke verzekering. Dit artikel is voor de publieke verzekering uitgebreid.

CONCEPT

14. Ministeriele verantwoordelijkheid

De beleidsverantwoordelijkheid van dit wetsvoorstel ligt primair bij de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Voor het ten uitvoer leggen van de taken in dit wetsvoorstel geldt het volgende:

- UWV is als zelfstandig bestuursorgaan primair verantwoordelijk voor de uitkeringskant van de publieke verzekering. Aangezien het een zelfstandig bestuursorgaan betreft staat de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid "op afstand", maar deze is alsnog beleidsverantwoordelijk.
- De Belastingdienst is de verantwoordelijke voor de uitvoering van de premieheffing en -inning. Dit brengt met zich mee dat de Minister van Financiën[185] verantwoordelijk is voor de door de Belastingdienst uit te voeren collecterende deel van de publieke verzekering (niet zijnde de stabiliteitsbijdrage).
- De wijze waarop uitvoering plaatsvindt van private verzekeringen door private verzekeraars, valt niet onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Wel is de minister stelselverantwoordelijk. Dit brengt met zich mee dat de minister verantwoordelijk is voor de balans in het stelsel.

15. Overig

15.1 Regres

Het komt voor dat de arbeidsongeschiktheid van een zelfstandige het gevolg is van het handelen van een derde. Om de kosten van het verstrekken van een uitkering en de daarmee gepaard gaande redelijke re-integratiekosten in dergelijke gevallen neer te leggen bij degene die verantwoordelijk is voor het intreden van de arbeidsongeschiktheid, stelt de regering voor een regresbepaling in dit wetsvoorstel op te nemen. Hiermee heeft UWV voor publiek verzekerden een verhaalsbevoegdheid jegens de derde.

Hierbij is aangesloten bij de vigerende regelgeving voor regresacties.[186] Dit betekent dat de regels rondom het civiele plafond ook van toepassing zijn, net als een regeling die in grote lijnen de Regeling vordering contante waarde periodieke uitkeringen WAO en Wet WIA volgt.

Ter verduidelijking merkt de regering op dat de bevoegdheid tot het instellen van een regresactie van de private verzekeraar geregeld is in artikel 7:962 van het Burgerlijk Wetboek. Dat artikel bepaalt – in het kort – dat de vordering die de privaat verzekerde zelfstandige heeft, gesubrogeert worden aan de verzekeraar.

15.2 Vrijwillige verzekeringen bij het UWV

Thans hebben zelfstandigen de mogelijkheid om zich, onder voorwaarden, bij UWV vrijwillig te verzekeren. Deze mogelijkheid bestaat niet alleen voor zelfstandigen, maar ook voor verscheidene andere groepen, zoals alfahulpen. Zelfstandigen hebben de mogelijkheid om een verzekering af te sluiten die voor de eerste twee ziektejaren een uitkering biedt (de vrijwillige verzekering ZW), en hebben de mogelijkheid om zich te verzekeren voor na de eerste twee ziektejaren (vrijwillige verzekering Wet WIA), met een mogelijke uitkering tot de AOW-gerechtigde leeftijd, of voor beide. De belangrijkste voorwaarde om toegang te krijgen tot de vrijwillige verzekering, is dat zelfstandigen eerder als werknemer moeten hebben gewerkt, en binnen dertien weken na het einde van de dienstbetrekking (zijnde het niet langer verzekerd zijn via de verplichte werknemersverzekeringen) bij UWV te kennen hebben gegeven de verzekering voor de ZW of Wet WIA voort te willen zetten. Dat doen zelfstandigen thans in beperkte mate. Volgens UWV zijn er zo'n 15.000 zelfstandigen vrijwillig publiek verzekerd, verspreid over de verschillende

[185] Desgewenst kan op grond van artikel 46 Grondwet een dergelijke taak worden toebedeeld aan een staatssecretaris.
[186] Zie bijvoorbeeld artikel 99 van de Wet WIA.

regelingen.[187] Er geldt een acceptatieplicht voor de vrijwillige verzekeringen en zelfstandigen kunnen – binnen de voorwaarden – zelf het verzekerde (dag)loon bepalen.

Dit wetsvoorstel regelt een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering na 52 weken wachttijd. Dat roept de vraag op in welke mate dat ingrijpt in de regels rondom de huidige vrijwillige UWV-verzekeringen.

De regering stelt het volgende voor.

15.2.1 Nieuwe instroom vrijwillige verzekeringen

De toegang tot de vrijwillige verzekeringen Wet WIA wordt vanaf de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel voor IB-ondernemers afgesloten. Met dit wetsvoorstel wordt beoogd een publieke verzekering te bieden voor het risico op arbeidsongeschiktheid. Het ligt daarbij niet in de rede om twee verschillende publieke verzekeringen aan te bieden.[188]

Ook de toegang tot de vrijwillige verzekering ZW wordt afgesloten. Daarvoor geldt bovenstaande motivering ook, met dien verstande dat de vrijwillige verzekering ZW in tegenstelling tot de verplichte verzekering ook gedurende het eerste ziektejaar dekking biedt terwijl voor dat jaar de verplichte verzekering als wachttijd geldt. Er zijn zelfstandigen die ook de behoefte zullen hebben om het arbeidsongeschiktheidsrisico voor dat jaar, of gedeeltes daarvan, te verzekeren. De regering maakt echter de afweging om niet de toegang tot de vrijwillige verzekering voor deze groep open te houden.
Ten eerste zijn er alternatieven voorhanden. Zo zijn er in veel sectoren schenkkringen die voor de eerste periode van ziekte soelaas bieden. Deze kennen veelal geen medisch beoordelingstraject om te worden toegelaten, waardoor deze schenkkringen veelal laagdrempelig en toegankelijk zijn. Ook via een private opt-out- of aanvullende verzekering kan een kortere wachttijd dan een jaar worden overeengekomen.
Ten tweede geldt dat de vrijwillige verzekering voor de ZW niet is ingericht op de vormgeving van deze verplichte verzekering, omdat beide verzekeringen dekking bieden voor het tweede ziektejaar. Die dubbele dekking gaat tevens gepaard met dubbele kosten. Dit acht de regering niet wenselijk. Ook niet wenselijk is het om de vrijwillige verzekering ZW voor IB-ondernemers zo aan te passen dat voor die groep uitsluitend voor het eerste ziektejaar dekking wordt geboden. Daardoor zouden verschillende vrijwillige verzekeringen ZW ontstaan, met verschillende premies. Deze complexiteit in de uitvoering acht de regering niet wenselijk.

15.2.2 Reeds vrijwillig verzekerden

In de vorige paragraaf is uiteengezet dat de toegang tot de vrijwillige verzekering wordt afgesloten voor IB-ondernemers. De regering ziet aanleiding om op twee punten in te gaan op IB-ondernemers die reeds voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel een vrijwillige verzekering hebben.

Reeds zieke vrijwillig verzekerden ZW en Wet WIA

Voor vrijwillig verzekerden ZW en Wet WIA die reeds ziek zijn bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, al dan niet waarvan het recht op uitkering al tot uitkering komt, wordt de verzekering gecontinueerd. Dat leggen we vast in overgangsrecht. Het betekent ook dat vrijwillig verzekerden die ziek zijn maar nog niet de wachttijd voor de vrijwillige verzekering Wet WIA hebben volbracht, in aanmerking blijven komen voor een uitkering op grond van die vrijwillige verzekering. Deze verzekerden hebben een verzekering, zij hebben daarvoor premie betaald en het verzekerbaar risico is opgetreden. Het zou daarom niet uitlegbaar zijn om de verzekering voor hen af te sluiten. Ze hebben immers geen mogelijkheid meer zich op andere wijze adequaat te verzekeren, omdat het risico al is opgetreden.

[187] Dit betreft de stand van zaken in 2023, waarbij het gaat om zowel IB-ondernemers als andere groepen zelfstandigen. Uit de beschikbare data is geen nader inzicht te verkrijgen. Het gaat hier om zowel zelfstandigen die alleen vrijwillig verzekerd zijn voor de Wet WIA of de Ziektewet, of allebei. Nog enkele zelfstandigen zijn vrijwillig verzekerd voor de WAO.
[188] Ten overvloede: voor de directeur-grootaandeelhouder blijft de toegang tot de vrijwillige verzekering onverkort open.

- *Niet zieke vrijwillig verzekerden ZW*
  Voor IB-ondernemers die voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel de vrijwillige verzekering ZW hebben afgesloten en nog niet ziek zijn geworden, gelden gedeeltelijk dezelfde argumenten, zoals aangedragen in de passage over nieuwe instroom, voor het al dan niet laten voortbestaan van de verzekering. Er zijn verschillende keuzes mogelijk hoe om te gaan met de vrijwillige verzekering van de ZW indien de verzekerde nog niet ziek is geworden: De vrijwillige verzekering onder dezelfde voorwaarden voortzetten. De zelfstandige is zowel vrijwillig verzekerd als verplicht publiek verzekerd op grond van dit wetsvoorstel. De vrijwillige verzekering ZW biedt uitsluitend dekking voor de eerste twee ziektejaren en de verplichte publieke verzekering op grond van dit wetsvoorstel begint na een wachttijd van één jaar. Dit houdt in dat er sprake is van een dubbele verzekering waar dan ook twee keer premie voor betaald moet worden. Het aanbieden van deze dubbele verzekering vindt de regering echter niet wenselijk.
- De vrijwillige verzekering onder dezelfde voorwaarden voortzetten. Met dien verstande dat het voortzetten van deze verzekering met zich meebrengt dat deze zelfstandige niet verplicht verzekerd wordt. Hiermee wordt voorkomen dat er overlap is tussen de dekking die beide verzekeringen bieden.. De regering heeft hiervan ook afgezien. De vrijwillige verzekering ZW biedt uitsluitend dekking voor de eerste twee ziektejaren en dekt niet langjarig het arbeidsongeschiktheidsrisico af. Het risico bestaat dat deze groep zelfstandigen als het arbeidsongeschiktheidsrisico zich verwezenlijkt, zich niet van een bepaald inkomen tot de AOW-gerechtigde leeftijd kan voorzien. Naar analogie met het overgangsrecht voor zelfstandigen met een voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel afgesloten verzekering, geldt dat ook voor de publieke verzekering het arbeidsongeschiktheidsrisico langjarig moet zijn afgedekt. Alleen een dergelijke verzekering komt in aanmerking om onder het overgangsrecht te vallen en daar valt de vrijwillige ZW-verzekering, die alleen de eerste twee ziektejaren dekking biedt, niet onder.
- Blijft over de keuze dat voor niet zieke zelfstandigen die thans een vrijwillige verzekering ZW hebben, deze verzekering eindigt op de dag van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. Dit brengt met zich mee dat deze zelfstandige potentieel – als deze geen alternatief, zoals een schenkkring, vindt of wenselijk acht – de eerste 52 weken van ziekte niet verzekerd is. Gezien de andere hierboven geschetste keuzes acht de regering dit desondanks aangewezen.

Niet zieke vrijwillig verzekerden Wet WIA
Voor IB-ondernemers die voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel de vrijwillige verzekering WIA hebben afgesloten en nog niet ziek zijn geworden, is van belang dat een dergelijke verzekering in tegenstelling tot de vrijwillige ZW wel langjarig dekking biedt tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. Deze zelfstandigen zullen niet verplicht verzekerd worden voor de verplichte verzekering en er zal hier net zoals bij privaat verzekerden sprake zijn van overgangsrecht. Dit geldt zolang de vrijwillige verzekering Wet WIA wordt voortgezet. Zodra de zelfstandige zijn vrijwillige verzekering beëindigt en behoort tot de kring van verzekerden van dit wetsvoorstel, wordt hij van rechtswege verplicht verzekerd. Zoals beschreven in hoofdstuk 10 acht de regeling het wenselijk om ook van zelfstandigen, die een bestaande verzekering behouden onder overgangsrecht, de stabiliteitsbijdrage te vragen. Omdat de vrijwillige WIA-verzekering zoals hierboven toegelicht, onder het overgangsrecht valt, gaat dat ook voor deze groep gelden. UWV krijgt de wettelijke taak om de stabiliteitsbijdrage in rekening te brengen bij deze zelfstandigen.

Het voorgaande roept de vraag op of zelfstandigen die:

- Voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel zowel een vrijwillige verzekering voor de Wet WIA hebben;
- als daarbij een vrijwillige verzekering voor de ZW;
- en nog niet ziek zijn;

ook de vrijwillige verzekering voor de ZW moeten kunnen behouden. Deze vraag wordt bevestigend beantwoord. Immers, ook voor deze groep wordt langjarig het

arbeidsongeschiktheidsrisico afgedekt. Daarom wordt, zolang de vrijwillige verzekering WIA voortduurt, ook in deze situatie de vrijwillige verzekering ZW gecontinueerd.

Resumerend kan het voorgaande in tabelvorm worden samengevat.

IB-ondernemers met een vrijwillige verzekering voor inwerkingtreding van dit voorstel	**Alleen vrijwillige verzekering ZW**	**Alleen vrijwillige verzekering Wet WIA**	**Zowel vrijwillige verzekering ZW als vrijwillige verzekering WIA**
Ziek	Zolang de uitkering wordt voortgezet, wordt men niet verplicht verzekerd	Zolang de uitkering wordt voortgezet, wordt men niet verplicht verzekerd	Zolang de uitkering wordt voortgezet, wordt men niet verplicht verzekerd
Niet ziek	Geen overgangsrecht, verzekering wordt beëindigd	Zolang de vrijwillige verzekering voortduurt, wordt men niet verplicht verzekerd en is de stabiliteitsbijdrage verschuldigd	Zolang de vrijwillige verzekering WIA voortduurt, wordt men niet verplicht verzekerd en is de stabiliteitsbijdrage verschuldigd
	Vrijwillige verzekering ZW	**Vrijwillige verzekering Wet WIA**	
IB-ondernemers die geen vrijwillige verzekering hebben	Geen mogelijkheid om in te stromen	Geen mogelijkheid om in te stromen	Geen mogelijkheid om in te stromen

15.3 Bijzondere bepalingen in de Algemene wet bestuursrecht

15.3.1 (Bijzondere) beslistermijnen

Verzekerden hebben er belang bij zo snel mogelijk op de hoogte te zijn van de gevolgen en rechten voortvloeiende uit dit wetsvoorstel. Daarbij zijn de termijnen van de Algemene wet bestuursrecht leidend. Er zijn in lijn met de Wet WIA en de WAZ een aantal beslistermijnen in dit wetsvoorstel opgenomen die soms afwijken van de algemene en gangbare termijnen van de Algemene wet bestuursrecht. Daarbij is altijd gekozen voor een termijn die nodig is om tot een zorgvuldige en volledige beschikking te komen. Bijvoorbeeld omdat UWV voor het afgeven van een beschikking onderzoek moet doen en/of bij (eventueel externe en/of medisch) deskundigen advies in moet winnen. De belangrijkste beslistermijnen (en wanneer deze aan de orde zijn) zijn hieronder nader uiteengezet.

Hieronder worden de termijnen uiteengezet die van belang zijn voor het uitkeringsrecht. De termijnen voor de te innen en te heffen premie volgen veelal de fiscaliteit; de Algemene wet inzake rijksbelastingen en de Invorderingswet 1990. Alleen voor de vaststelling van de definitieve aanslag van de verschuldigde premie, is opgenomen dat de beslistermijn voor de inspecteur op een eventueel bezwaarschrift 26 weken behelsd. Deze verlengde termijn is wenselijk, omdat bij de definitieve aanslag verschillende uitvoerders potentieel een rol kunnen spelen. Zo is informatie uit

de zelfstandigenadministratie – waarbij UWV richting inspecteur aangeeft of de betreffende persoon niet uitgesloten was van de verzekerings- danwel premieplicht – noodzakelijk om uit te vragen. De inspecteur beslist niet, anders dan na overleg met UWV.

Beslistermijn vaststelling wachttijd
De verzekerde die wegens ziekte ongeschikt is voor zijn arbeid meldt de eerste dag van die ongeschiktheid aan UWV. Binnen dertien weken na ontvangst van de melding controleert UWV, in het kader van het vaststellen van de eerste dag van de wachttijd, of er per de datum van de gemelde eerste ziektedag inderdaad sprake is van ongeschiktheid tot het verrichten van eigen arbeid ten gevolge van ziekte. Binnen die termijn van dertien weken na ontvangst van de ziekmelding beslist UWV of de wachttijd is ingegaan, per welke datum de wachttijd is ingegaan en of de wachttijd op het moment van de controle nog loopt. Indien UWV niet binnen bovenstaande termijn tot een zorgvuldig besluit kan komen kan UWV die termijn verlengen onder vermelding van een zo kort mogelijke termijn waarbinnen het besluit wel tegemoet kan worden gezien. Het UWV stelt de zelfstandige tijdig schriftelijk in kennis over de verlenging van die beslistermijn en de duur daarvan.

Beslistermijn over het ontstaan, later ontstaan of herleven van de uitkering
Op een aanvraag voor een uitkering beslist het UWV binnen de redelijke termijn van de Algemene wet bestuursrecht. Het kan hier gaan om een eerste aanvraag, om een aanvraag voor het recht op een uitkering dat op een later moment ontstaat omdat bijvoorbeeld (tijdelijk) een uitsluitingsgrond van toepassing was, maar het kan ook gaan om een verzoek voor het herleven van het recht op een uitkering.

De redelijke termijn zoals hierboven genoemd is in ieder geval verstreken wanneer binnen acht weken na ontvangst van de aanvraag geen beschikking is gegeven. Indien de beschikking, niet binnen de termijn van acht weken kan worden gegeven, kan deze termijn verlengd worden met een nieuwe redelijke termijn. Bij verlenging wordt de aanvrager daarvan schriftelijk door het UWV in kennis gesteld onder vermelding van een zo kort mogelijke termijn waarbinnen de beschikking wel tegemoet kan worden gezien. Indien de beschikking niet binnen de redelijke termijn van de Algemene wet bestuursrecht gegeven kan worden omdat van een deskundige, die niet onder verantwoordelijkheid van het UWV werkzaam is, advies is gevraagd, dan wordt de redelijke termijn met ten hoogste vier weken verlengd en wordt de aanvrager daarvan schriftelijk in kennis gesteld.

Indien in verband met het geven van een beschikking een in het buitenland wonende persoon is opgeroepen en om die reden de beschikking niet binnen de redelijke termijn van de Algemene wet bestuursrecht, gegeven kan worden, wordt de redelijke termijn verlengd met ten hoogste zes maanden én wordt de aanvrager van deze verlenging schriftelijk door UWV in kennis gesteld.

Beslistermijnen bij bezwaar
Net als in de Wet WIA en de WAZ geldt er voor beslissingen op bezwaar een bijzondere beslistermijn van dertien weken. Deze termijn is nodig om tot een zorgvuldige en volledige beoordeling van het bezwaar te kunnen komen.

Beslistermijnen bij bezwaar tegen beschikkingen waar een verzekeringsgeneeskundige of arbeidskundige beoordeling aan ten grondslag ligt
In geval het gaat om een bezwaar tegen een beschikking waaraan een verzekeringsgeneeskundige of arbeidskundige beoordeling ten grondslag ligt, geldt in afwijking van bovenstaande een beslistermijn van zeventien weken. Deze beoordelingen en beschikkingen vergen extra onderzoek waardoor de reguliere beslistermijn te kort is voor UWV. Om die reden is de beslistermijn in die gevallen bepaald op zeventien weken. Indien de verzekeringsgeneeskundige of arbeidskundige herbeoordeling niet door UWV zelf wordt verricht, maar door een externe deskundige, wordt deze termijn met vier weken verlengd. De beslistermijn voor bezwaar gaat lopen vanaf de dag na die

waarop de (bezwaar)termijn voor het indienen van het bezwaarschrift is verstreken. Indien in verband met het geven van een beslissing op bezwaar een in het buitenland wonende persoon is opgeroepen en om die reden de beslissing op bezwaar niet binnen respectievelijk zeventien of eenentwintig weken gegeven kan worden, wordt de beslissing, in afwijking van bovenstaande , verdaagd met ten hoogste zes maanden en wordt de aanvrager, daarvan schriftelijk in kennis gesteld.

Onder bovenstaande vallen dus niet de beschikkingen die uitsluitend betrekking hebben op de vraag of de verzekerde ongeschikt is voor eigen arbeid (en daarmee of de wachttijd is aangevangen en nog loopt). Die beschikking wordt immers verricht op basis van onderzoek, dat in de regel minder tijd vergt dan het verzekeringsgeneeskundig onderzoek voor de claimbeoordeling (vaststellen recht op uitkering). Voor deze beslissingen op bezwaar geldt aldus de genoemde termijn van dertien weken.

15.3.2 Verlaagd griffierecht

Voorgesteld wordt om de Regeling verlaagd griffierecht uit te breiden naar onderhavig wetsvoorstel. Dat brengt met zich mee dat voor zowel het lager als het hoger beroep een verlaagd tarief aan griffierrecht geldt. Ook de andere socialezekerheidswetten zijn opgenomen in deze regeling.

15.3.3 Rechtsbescherming

Voor publiek verzekerden is de bestuursrechter - en in hoger beroep de CRvB - de ingang tot rechtsbescherming indien de verzekerde het niet eens is met een besluit van UWV (bijvoorbeeld waar het gaat om besluiten betreffende het recht op uitkering of de hoogte daarvan). Een eventuele gang naar de bestuursrechter is pas aan de orde indien de publiek verzekerde eerst een bezwaarprocedure bij UWV heeft gevoerd. Voor besluiten inzake de premie-inning of -heffing door de Belastingdienst geldt dat hoger beroep plaatsvindt bij het gerechtshof, en cassatie mogelijk is bij de Hoge Raad. Deze onderverdeling strookt met de onderverdeling zoals deze plaatsvindt voor uitkeringsbesluiten van UWV inzake de Wet WIA, en premiebesluiten van de Belastingdienst inzake de Werkhervattingskaspremie.

De verzekering zoals beschreven in hoofdstuk 10 van dit wetsvoorstel is een private verzekeringsovereenkomst tussen de zelfstandige en de private verzekeraar. Die rechtsverhouding valt bij juridische procedures onder de civiele rechter. Er zijn in de civiele rechtsverhouding eerst laagdrempeligere stappen die gezet kunnen worden alvorens een eventuele gang naar de rechter wordt gemaakt: de zelfstandige kan bij onenigheid eerst een klacht indienen bij de verzekeraar en daarna (bij onbevredigend resultaat) een klacht bij het Kifid indienen.

Om de kans op geschillen te beperken, dienen zowel verzekeraar als zelfstandige preventieve maatregelen te treffen. De verzekeraar dient de zelfstandige precontractueel te informeren over de voorwaarden van de verzekering en de zelfstandige dient vervolgens een weloverwogen keuze te maken om wel of niet de verzekering af te sluiten (zie paragraaf 10.3.1). De verzekeraar geeft met het aanbieden van de verzekering zowel impliciet als expliciet aan dat het product voldoet aan het wettelijk toetsingskader (waaronder de minimale dekking-vereiste, zie paragraaf 10.2.3). Tot slot is er gedrags- en prudentieel toezicht door AFM en DNB op de verzekeraars en de markt (zie paragraaf 11.6).

15.4 Cliëntenparticipatie

In de Wet SUWI is bepaald dat UWV de mogelijkheid (moet) bieden voor cliëntenparticipatie.[189] Met dit wetsvoorstel zal het UWV een grote nieuwe doelgroep krijgen. Er zijn immers alleen een beperkt aantal zelfstandigen die thans een uitkering krijgen, namelijk uitkeringsgerechtigden onder de WAZ, vrijwillig verzekerde zelfstandigen en werkenden die vanuit een

[189] Artikel 7 van de Wet SUWI. Dat artikel is ook zonder wijziging na aanname van dit wetsvoorstel van toepassing.

werknemersverzekering aan de slag zijn gegaan als zelfstandige. De totale populatie van zelfstandigen die met UWV te maken krijgt, stijgt sterk door dit wetsvoorstel. Het ligt daarom in de rede dat ook zelfstandigen die onder dit wetsvoorstel vallen, inspraak kunnen leveren bij de totstandkoming vanuit dienstverlening vanuit het UWV.

15.5 Menselijke maat en eenvoud

Wetten en regels moeten worden beoordeeld op eenvoud, menselijke maat en uitvoerbaarheid, zo stelt het Coalitieakkoord "Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst".[190] In deze paragraaf wordt ingegaan op de rol die eenvoud en menselijke maat hebben gespeeld bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel. Op de uitvoerbaarheid van deze wetgeving wordt reeds ingegaan bij de reactie op de uitvoeringstoetsen (zie hoofdstuk 19). Tevens wordt kort ingegaan waarom in dit wetsvoorstel geen algemene hardheidsclausule is opgenomen.

15.5.1 Eenvoud

Dit wetsvoorstel heeft mede ten doel om te borgen dat zelfstandigen adequaat verzekerd zijn tegen inkomensverlies bij ingetreden arbeidsongeschiktheid. De regeling is daarmee bedoeld om mensen te ondersteunen in hun inkomen, en ze te helpen weer aan het werk te gaan, als ze daartoe nog – gezien de arbeidsbeperking – in staat zijn. Het IBO Vereenvoudiging Sociale Zekerheid leert dat voor een brede groep mensen de sociale zekerheid ingewikkeld is, en dat die complexiteit voor onzekerheid zorgt over de rechten en plichten die een regeling vergezellen.[191] Daarmee ontstaat het risico dat dit doel van de regeling niet wordt behaald.

Het voornoemde IBO constateert ook dat de reeds bestaande arbeidsongeschiktheidswetgeving (WAO, Wajong, WGA/IVA) als zeer complex wordt ervaren.[192] Dit wetsvoorstel is op onderdelen eenvoudiger, maar kent ook overeenkomsten. Het ligt daarom in de lijn der verwachting dat een gedeelte van de zelfstandig ondernemers deze regeling als complex – zowel als stelsel, als in de praktische uitwerking – zal ervaren. Hierbij moet worden meegewogen dat er sprake kan zijn van een levensgebeurtenis – de zelfstandige is in meer of mindere mate arbeidsbeperkt geworden – waardoor de complexiteit als groter kan worden ervaren.

Op stelselniveau geldt dat een bepaalde complexiteit voortvloeit uit padafhankelijkheid en de wens om regelingen voor verschillende groepen (jonggehandicapten, werknemers, zelfstandigen) te laten aansluiten bij de behoeften en omstandigheden van de doelgroep. In het geval van zelfstandigen kan het zo zijn dat er zowel recht bestaat op een Wajong- of WIA-uitkering, als recht op een uitkering op grond van dit wetsvoorstel.[193] Dit kan leiden tot versnippering van rechten en onduidelijkheid omtrent de verschillende voorwaarden en verplichtingen die de regelingen met zich mee brengen.
Evenwel kiest de regering ervoor om verschillende verzekeringen voor verschillende doelgroepen te behouden, die daardoor beter kunnen aansluiten bij de behoeften en omstandigheden van de doelgroep.

Desondanks is geprobeerd om een en ander zo eenvoudig mogelijk uit te werken. Ten opzichte van de Wet WIA kent deze verzekering geen verschillende uitkeringsregimes: er is geen sprake van onderverdeling in rechten en plichten tussen volledig en duurzaam arbeidsongeschikten (zoals voor werknemers de IVA dan van toepassing is) en niet duurzaam of niet volledig arbeidsongeschikten (zoals voor werknemers de WGA dan van toepassing is). Ook kent deze verzekeringsvorm geen verdere onderverdeling in loongerelateerde en vervolguitkeringen. Hierdoor is – zodra er recht op uitkering is – er maar één uitkeringssysteem waar de zelfstandige mee te maken krijgt. Dit komt de uitlegbaarheid en uitvoerbaarheid van deze regeling ten goede.

In de praktische uitwerking van dit wetsvoorstel zal de premie voor deze publieke verzekering veelal voorlopig worden vastgesteld. De premie voor de verzekering is immers afhankelijk van het

[190] Bijlage bij Kamerstukken II 2021/22, 35788, nr. 77.
[191] Rijksoverheid (2023). *IBO Vereenvoudiging sociale zekerheid*.
[192] Rijksoverheid (2023). *IBO Vereenvoudiging sociale zekerheid*, p. 23.
[193] Aanvullend daarop is het mogelijk dat er recht bestaat op een uitkering op grond van de Toeslagenwet, en zelfs recht op bijstandverlening door de gemeente.

inkomen dat genoten wordt in het belastingjaar. Om ervoor te zorgen dat niet alle zelfstandigen de gehele jaarpremie voor deze verzekering achteraf moeten betalen, een voorlopige aanslag worden opgelegd. Die voorlopige aanslag zal plaatsvinden op basis van een inschatting van wat de belastbare winst uit onderneming in dat jaar zal worden. Een dergelijk systeem zorgt ervoor dat er zelfstandigen zullen zijn die te maken zullen krijgen met een teruggave of een verzoek om nabetaling.

Hoewel een dergelijk systeem complexiteit met zich meebrengt, acht de regering dit niet bezwaarlijk. Een dergelijk stelsel geldt tevens voor zelfstandigen voor het betalen van inkomstenbelasting, premie volksverzekeringen en inkomensafhankelijke bijdrage Zvw.

Ten slotte is de opt-outregeling naar zijn aard complex. Het wel of niet voldoen aan de voorwaarden voor de opt-out kan grote gevolgen hebben (dubbel verzekerd zijn), terwijl de vereisten voor de opt-out – het voldoen aan het toetsingskader – niet altijd meteen te overzien zijn, inclusief de verplichting om een stabiliteitsbijdrage te betalen.
Hoewel de opt-outregeling complex is, zijn private verzekeraars verplicht om bij de ontwikkeling van opt-outproducten rekening te houden met de belangen van de doelgroep, waarbij is geanalyseerd en omschreven is wat de beoogde doelstelling – te opt-outen – van de zelfstandige is.[194] Dit zorgt ervoor dat een gedeelte van de complexiteit primair door private verzekeraars wordt gedragen.

15.5.2 Menselijke maat

De inzet van de regering is er primair op gericht dat bij het proces van totstandkoming van wet- en regelgeving wordt nagedacht en toegelicht hoe hardheden bij de uitvoering kunnen worden voorkomen of tegengegaan.[195] In het voorgaande is rekenschap gegeven hoe het "mensbeeld" – in dit geval de zelfstandige – de invulling van dit wetsvoorstel heeft gevormd. In verschillende onderdelen van dit wetsvoorstel kunnen individuele zelfstandigen of groepen van zelfstandigen evenwel een hardheid ervaren. Dit gaat om:

- Een zelfstandige die geen vermogen heeft opgebouwd, geen partnerinkomen heeft, en geen beroep kan doen op een verzekering of schenkkring, zal waarschijnlijk niet de wachttijdperiode kunnen overbruggen. De zelfstandige zal daardoor waarschijnlijk terugvallen op het vangnet van de bijstand en pas na afloop van de wachttijd een beroep kunnen doen op de ruimere dekking van deze verzekering.
- Een zelfstandige die een hoog inkomen heeft met bijbehorende verzekeringsbehoefte, maar waarvoor de private markt niet toegankelijk is, zal naar waarschijnlijkheid alleen gebruik kunnen maken van de publieke verzekering. Deze biedt maar dekking tot 142,86% van het WML.
- Een zelfstandige die volgens het UWV nog het WML kan verdienen, maar wel beperkingen door ziekte of gebrek ervaart, komt niet in aanmerking voor een uitkering.

De regering heeft met dit wetsvoorstel een balans getracht te bereiken tussen enerzijds het bieden van dekking bij het arbeidsongeschiktheidsrisico. Anderzijds heeft de regering getracht deze verzekering betaalbaar te houden en ruimte te laten voor zelfstandigen om – naast deze basisverzekering – te kiezen of en hoe zij, afhankelijk van de individuele omstandigheden en wensen, zich op andere wijze indekken tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. Daarmee is deze verzekering dus niet voor iedereen een gewenste oplossing, zoals de opsomming duidelijk maakt.

15.5.3 Hardheidsclausule

De Tweede Kamer heeft – door middel van de motie Van Brenk[196] uit 2021 – de regering opgeroepen om als standaard in wetten een hardheidsclausule op te nemen. Bij brief van 11 juli

[194] Zie ook artikel 32 van het Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft.
[195] Kamerstukken II 2021/22, 35510, nr. 102, p. 8.
[196] Kamerstukken II 2020/21, 35510, nr. 37.

2022 is door het kabinet aangegeven dat een hardheidsclausule niet altijd de meest aangewezen oplossingsrichting is om hardheid in de wetgeving en uitvoering te voorkomen.[197]

Een hardheidsclausule is een instrument om te voorkomen dat mensen buitensporig in de knel komen door wetten en regels, maar niet het enige instrument en ook zeker niet in alle gevallen het meest geëigende. Een hardheidsclausule in de strikte zin van het woord is een soort algemene noodknop voor uitzonderingsgevallen, die valt te onderscheiden van de gangbaarder bepalingen waarin aan een bestuursorgaan discretionaire ruimte wordt toegekend. Dit betreft welomlijnde beslisruimte bij de toepassing van bepaalde eisen in wetten en regels. Bij dat laatste valt te denken aan beoordelingsruimte bij de vraag of aan een bepaalde eis is voldaan, of aan beleidsruimte doordat sprake is van kan-bepalingen.

Voorkomen moet worden dat een hardheidsclausule de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid ondermijnen, een vrijbrief voor willekeur opleveren of de wetgever een excuus bieden om slechte wetgeving uit te vaardigen waarin dilemma's bij uitvoeringsorganisaties (en in laatste instantie de rechter) worden neergelegd. Een hardheidsclausule behoort daarmee geen panacee te zijn voor niet goed doordachte, te strenge of niet uitvoerbare wetgeving. De regering kies er mede daarvoor om in dit voorstel geen algemene hardheidsclausule op te nemen, maar zoveel mogelijk de menselijke maat – zie hiervoor – te betrekken bij de vormgeving van dit wetsvoorstel.

Dit neemt niet weg dat de regering de mogelijkheid openhoudt om – al dan niet in een regeling van lagere orde – op een specifiek gedeelte van de het regelgevingscomplex een hardheidsclausule toe te passen. De invordering van de aan de Belastingdienst voor dit voorstel verschuldigde premie, is onderhavig aan de regelgeving in de Invorderingswet 1990. In die wet is met het Belastingplan 2024 een hardheidsclausule opgenomen. Daarnaast bevat de eveneens op de premieheffing van dit wetsvoorstel van overeenkomstige toepassing verklaarde Algemene wet inzake rijksbelastingen een algemene hardheidsclausule in artikel 63 van die wet. Tevens wil de regering niet uitsluiten dat in een op dit wetsvoorstel van toepassing zijnde uitvoeringsbesluiten een hardheidsclausule van toepassing wordt. Zo kent het Algemeen inkomensbesluit socialezekerheidswetten een hardheidsclausule, als het vastgestelde inkomen dat in aanmerking wordt genomen bij de uitkering, tot een kennelijk onredelijk resultaat leidt.

15.6 Schadevergoeding

Wanneer de arbeidsongeschiktheid van een verzekerde is ontstaan door toedoen van een ander, die daarvoor naar burgerlijk recht verplicht is tot schadevergoeding, moet worden voorkomen dat langs twee wegen schadevergoeding kan worden verkregen. Met het oog daarop is in dit voorstel opgenomen dat de rechter die oordeelt over de schadevergoeding naar burgerlijk recht, rekening houdt met de aanspraken die de verzekerde op grond van dit voorstel heeft.

15.7 Aanvullende keuzemogelijkheden bovenop de publieke verzekering

De publieke verzekering biedt dekking tot een bepaalde hoogte, en vanaf een bepaalde wachttijd. Veel zelfstandigen willen zich tot een hoger bedrag verzekeren, of met een kortere wachttijd of een ander arbeidsongeschiktheidscriterium. In deze paragraaf wordt ingegaan op de mogelijkheid om een aanvullende voorziening of verzekering af te sluiten. Hiermee wordt niet gedoeld op private verzekeringen, die als het ware in de plaats komen van de publieke verzekering.

15.7.1 Aanvullende publieke mogelijkheden

Voor een beperkte groep zelfstandigen geldt dat via de vrijwillige verzekering van UWV het mogelijk is om een vrijwillige verzekering voor de ZW af te sluiten. Zie hiervoor paragraaf 16.2 van deze toelichting.

Een (vrijwillige) aanvullingsmogelijkheid om het verzekerd bedrag op te hogen in de publieke verzekering, is niet opportuun gebleken vanwege selectie-effecten en, in mindere mate, de wijze waarop een dergelijke aanvullingsmogelijkheid de uitvoering van de publieke verzekering bemoeilijkt. Alleen zelfstandigen met een verhoogd arbeidsongeschiktheidsrisico zullen van deze

[197] Kamerstukken II 2021/22, 35510, nr. 102.

mogelijkheid gebruik maken, zelfstandigen met een lager arbeidsongeschiktheidsrisico zullen zich op de private markt verzekeren. Dit zorgt voor een premie-opdrijvend effect.
Hieronder wordt ingegaan op de raakvlakken voor aanvullende keuzemogelijkheden in de private markt.

15.7.2 Schenkkringen[198]

Schenkkringen bieden een waardevolle mogelijkheid voor zelfstandigen om solidair met elkaar te zijn. Er zijn verschillende vormen van schenkkringen, met elk hun eigen toelatingsvoorwaarden en uitkeringsregimes. Veelal geldt er een beperkte wachttijd, en is de uitkeringsduur ook beperkt.[199] Deelnemers van een schenkkring doen een donatie, bij ziekte van een deelnemer kunnen de overige deelnemers uit de opgebrachte donaties een schenking aan de zieke deelnemer geven. Los van het bovenstaande, verschillen schenkkringen op meerdere wijzen van een private arbeidsongeschiktheidsverzekering. Zo zijn schenkkringen vaak goedkoper, kennen deze vaak een gesloten groep van deelnemers, en vallen ze niet onder het toepassingsbereik van de Wft.

Hoewel de regering ontwikkelingen ziet dat schenkkringen bijvoorbeeld een langere uitkeringsduur hanteren, is de verwachting dat veel – zo niet alle – schenkkringen niet voldoen aan de voorwaarden van het toetsingskader of niet onder het overgangsrecht kunnen worden geschaard.

De regering is zich ervan bewust dat dit wetsvoorstel voor het overgrote gedeelte van de schenkkringen effect zal hebben. Zo kennen de huidige schenkkringen veelal een uitkeringsduur van twee tot vijf jaar. Veel deelnemers van een dergelijke schenkkring zullen, als deze niet voldoet aan het toetsingskader of de eisen voor de werking van het overgangsrecht, hun deelname aan de schenkkring opzeggen of aandringen op wijziging van de schenkkring. Immers, als dat niet gebeurt, zijn deze zelfstandigen via zowel (publieke) verzekering als schenkkring verzekerd.

15.7.3 Aanvullende private verzekeringen

Met de verplichte verzekering zal de private verzekeringsmarkt veranderen. Enerzijds wordt met dit wetsvoorstel de mogelijkheid geboden om te opt-outen. Anderzijds zal er waarschijnlijk een behoefte bestaan onder zelfstandigen om via de publieke verzekering verzekerd te zijn, en daarnaast zich aanvullend privaat te verzekeren. De regering ziet aanleiding om te verwachten dat een dergelijke aanvullende verzekeringsmarkt ontstaat door vraag en aanbod. Bijvoorbeeld onder zelfstandigen met zowel een (veel) hoger inkomen dan waarvoor de publieke verzekering dekking biedt, als een hoger dan gemiddeld arbeidsongeschiktheidsrisico.

Die verwachting wordt gestaafd door de verschillende private aanvullingsproducten die thans voor werknemers worden aangeboden. Het gaat hier bijvoorbeeld om WIA-excedent en WIA-hiaatverzekeringen.

15.7.4 Onderling Waarborgfonds

Er zijn zelfstandigen met een hoger inkomen en een dermate hoog arbeidsongeschiktheidsrisico, dat zij niet, of tegen een premie die als niet betaalbaar wordt ervaren, tot een private aanvullingsverzekering zullen worden toegelaten. Daarvoor is het arbeidsongeschiktheidsrisico dat de private verzekeraar moet inprijzen te hoog. De Stichting zag voor deze groep zelfstandigen in 2020 een mogelijkheid om een Onderling Waarborgfonds te creëren, met een publiekrechtelijke basis, privaatrechtelijke uitvoering en acceptatieplicht om te borgen dat iedere zelfstandige zich aanvullend aan de publieke basisverzekering, op betaalbare wijze, privaat kan verzekeren.

Hoewel de regering begrip heeft voor de wens om te komen tot een toegankelijke en betaalbare private aanvullingsmarkt, acht zij het creëren van een Onderling Waarborgfonds niet wenselijk. Een dergelijk fonds doet af aan de uitlegbaarheid van het stelsel. Het is niet uitgesloten dat met een dergelijk fonds lagere inkomens de hogere inkomens subsidiëren. Aanvullend acht de regering een dergelijk Waarborgfonds juridisch kwetsbaar. Dit komt doordat er door de acceptatieplicht en gemaximeerde premieplafond, er risico-verevening tussen verzekeraars moet plaatsvinden, om

[198] In deze toelichting wordt met schenkkring bedoeld (collectieve) voorzieningen die bekend staan onder de noemer crowdsurance, schenkkring, broodfonds.
[199] Betrekkelijk recent worden ook producten ontwikkeld met een langere uitkeringsduur.

het ontstane tekort op te vangen. Een dergelijk systeem van risico-verevening doet afbreuk aan het vrije verkeer van vestiging en het vrije verkeer van diensten. De regering mist een rechtvaardiging voor deze inbreuk, omdat er met de verplichte publieke verzekering al voorzien wordt in een basis als voorziening tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico.

De regering onderzoekt evenwel het doel dat met het Waarborgfonds wordt nagestreefd en of er geen alternatieven zijn om de toegang tot de aanvullende private verzekeringsmarkt bij inwerkingtreding van het wetsvoorstel te verbeteren. Deze alternatieven zullen met het Verbond van Verzekeraars in de tussenliggende periode tussen aanname van dit wetsvoorstel en de inwerkingtreding, worden verkend. Met deze verkenning wordt een eerste start gemaakt in 2024, zodat daarmee een grondige basis wordt gelegd om alternatieven verder te verkennen en uit te werken.

15.8 Sekswerkers

Op 22 juni 2021 is de motie van de leden Van Nispen en Simons aangenomen waarin de regering verzocht wordt om in overleg met sekswerkers, belangenorganisaties, hulpverleners en betrokken ministeries, tot concrete voorstellen en een plan van aanpak te komen om de sociale en juridische positie van sekswerkers te verbeteren.[200] Er wordt aandacht gevraagd voor problematiek waar sekswerkers in het dagelijks leven mee te maken krijgen en die hen belemmert in het uitvoeren van hun werk.

In het coalitieakkoord *"Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst"* staat de opgave voor het versterken van de rechtspositie van sekswerkers door hen onder meer te ondersteunen bij (een verbeterde) toegang tot verzekeringen, zakelijke bankrekeningen en andere financiële dienstverlening.

Sekswerkers en hun belangenverenigingen ervaren moeilijkheden bij het afsluiten van verschillende verzekeringen. De private markt is voor hen niet c.q. beperkt toegankelijk. Voor sekswerkers die als zelfstandig ondernemer arbeid verrichten, geldt dat zij in de toekomst effectief toegang krijgen tot een (publieke) verzekering. Voor sekswerkers die onder de zogeheten opting-in regeling werken, geldt dat dit wetsvoorstel geen toepassing vindt omdat ze geen IB-ondernemer zijn.

15.9 MKB-toets

De MKB-toets is bedoeld om MKB'ers de gelegenheid te geven om op basis van hun praktijkervaring input te leveren op beleidsvoorstellen. Op 29 februari 2024 heeft een digitale MKB-toets plaatsgevonden. De deelnemers in het MKB-panel waren verschillende zelfstandig ondernemers die zich daarvoor hadden aangemeld, omdat het wetsvoorstel voor hen relevant is. Deze deelnemers zijn werkzaam in verschillende branches. Aan de deelnemers van het MKB-panel is vooraf een samenvatting van het wetsvoorstel voorgelegd met daarbij een aantal vragen. Het doel van deze MKB-toets was om te zien of de voorstellen en voornemens binnen het wetsvoorstel begrepen worden en in de praktijk toepasbaar en werkbaar zijn.

In algemene zin hebben de deelnemers afzonderlijk kenbaar gemaakt hoe zij denken over het wetsvoorstel. Daarbij kijken de deelnemers verschillend naar het verplichte karakter van dit voorstel. Door een aantal deelnemers werd aangegeven dat een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering nodig is omdat anders een grote groep zelfstandigen niet of onvoldoende beschermd is tegen het risico van arbeidsongeschiktheid; niet iedereen overziet dat risico zelf. Anderzijds werd door een deel van de deelnemers aangegeven dat het verplichte karakter van de verzekering niet past bij de vrijheid van het zelfstandig ondernemerschap en dat een inschatting om zich wel of niet te verzekeren aan de ondernemer zelf is.

Vervolgens zijn de deelnemers op meer specifieke onderdelen van het wetsvoorstel ingegaan. Tijdens het gesprek werd onder meer duidelijk dat enerzijds de hoogte van de uitkering en de lengte van de wachttijd en anderzijds de hoogte van de verzekeringspremie een wisselwerking hebben waarbij de mening, over wat het gewenste evenwicht is, per deelnemer verschilt. Tijdens

[200] Kamerstukken II 202/21, 28638, nr. 194.

het gesprek werd ook de opt-out besproken. De breed gedragen opvatting was dat de mogelijkheid van een opt-out uit de publieke verzekering wenselijk is omdat dit de (keuze)mogelijkheden vergoot en meer ruimte biedt voor maatwerk. Ook de aan de opt-out verbonden stabiliteitsbijdrage is uitgelegd en besproken. Dat de stabiliteitsbijdrage nodig is om te voorkomen dat zieke zelfstandigen of zelfstandigen met meer gezondheidsrisico's een veel hogere verzekeringspremie moeten betalen vraagt een bepaalde solidariteit van de zelfstandige met minder gezondheidsrisico's. De deelnemers kijken daar verschillend tegenaan. Een deel kan zich daarin vinden, maar een aantal andere deelnemers ziet minder noodzaak en rechtvaardiging in die betreffende bijdrage. Verder spreken verschillende deelnemers uit dat zij met name ten aanzien van de re-integratieverplichtingen hopen dat de regeldruk beperkt blijft. Ook gaf een deelnemer aan dat bij de re-integratiebegeleiding van belang is dat er wel voldoende kennis is over de re-integratie van zelfstandigen en de specifieke branches waarin de zelfstandigen werkzaam zijn.

De verschillende deelnemers spreken de wens uit, dat bij inwerkingtreding van het wetsvoorstel, via meerdere kanalen informatie volgt over wat er gaat gebeuren, welke keuzes zij hebben en wat er van hen – als zelfstandig ondernemer – verwacht gaat worden. In aanloop naar inwerkingtreding van het wetsvoorstel zal een informatiecampagne door de overheid gestart worden.

De memorie van toelichting is naar aanleiding van hetgeen uitgewisseld tijdens de bijeenkomst op een aantal punten verduidelijkt.

16. Internationaalrechtelijke aspecten

16.1 De toepasselijkheid van Vo. 883/04 (inclusief bilaterale socialezekerheidsverdragen)

Op dit wetsvoorstel is Verordening (EG) 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (de coördinatieverordening; verordening) van toepassing.[201] Onder ander die verordening is aangenomen om op het terrein van sociale zekerheid noodzakelijke maatregelen te treffen voor de totstandkoming van het vrije verkeer van werkenden. Met de verordening wordt de sociale zekerheid tussen landen binnen de EU, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland gecoördineerd (hierna: de lidstaten).

In de verordening zijn onder andere regels gesteld over welk recht van toepassing is (bijvoorbeeld als een zelfstandige woont in de ene lidstaat, en werkt in een andere lidstaat), dat uitkeringen exporteerbaar zijn naar alle lidstaten waar de zelfstandige woont, en dat – wanneer dat nodig is – tijdvakken van verzekering die men in de ene lidstaat heeft opgebouwd, worden meegenomen door andere lidstaten. Ook voorziet de verordening in een apart berekeningssysteem voor mensen die arbeidsongeschikt zijn geworden en een verzekeringsverleden in verschillende lidstaten hebben. In veel gevallen ontvangt de arbeidsongeschikte een deeluitkering uit alle lidstaten waar hij of zij verzekerd is geweest. Daarbij kent elke betrokken lidstaat naar evenredigheid een uitkering toe (zogenaamde pro rata uitkeringen).

De coördinatieverordening is niet alleen van toepassing op de publieke verzekering en -uitkering. De verordening is ook van toepassing op de private verzekeringen op basis waarvan een opt-out wordt aangevraagd en toegekend. Dit volgt uit artikel 3, eerste lid, in samenhang gelezen met artikel 1, onderdeel l, coördinatieverordening.[202]

De publieke verzekering en de private verzekeringen vallen eveneens onder het merendeel van de bilaterale socialezekerheidsverdragen. Dit betekent dat de uitkering naar het merendeel van de verdragslanden moet worden geëxporteerd, zoals Uruguay, Israël, Egypte, Nieuw-Zeeland, India,

[201] Artikel 3, eerste lid, coördinatieverordening. Voor de verordening wordt dit wetsvoorstel gezien als invaliditeitsregeling. De zogenoemde Toepassingsverordening (Vo. 987/2009) is tevens van toepassing, nu de coördinatieverordening van toepassing is.

[202] In artikel 1, onderdeel l, wordt een uitleg gegeven van wat wordt verstaan onder "wetgeving" in de zin van artikel 3, eerste lid. Dit artikel moet volgens jurisprudentie van het Hof van Justitie (EU) ruim worden uitgelegd, waardoor ook de private verzekeringen op basis waarvan een opt-out uit de publieke verzekering plaatsvindt onder de werkingssfeer van de Verordening vallen.

Japan, Ecuador, de Filipijnen, Zuid-Korea, Australië en Canada. Daarnaast voorzien sommige verdragen – net als de verordening – in een pro rata berekeningssystematiek, zoals Chili en de Verenigde Staten.

Op private aanvullingsproducten, die een aanvulling bieden op de publieke verzekering, is de coördinatieverordening niet van toepassing.

16.2 Woonlandbeginsel

Op de voorgestelde wet is het woonlandbeginsel (als bedoeld in de Wet woonlandbeginsel in de sociale zekerheid) niet van toepassing. Dit brengt met zich mee dat de uitkering niet wordt aangepast aan het lokale kostenniveau voor landen die niet behoren tot de EU, Zwitserland, of een andere staat die betrokken is bij de overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte.

Die keuze is primair gemaakt omdat toepassing van het woonlandbeginsel alleen past bij uitkeringen die voorzien in een bijdrage in specifieke kosten of die gerelateerd zijn aan het sociaal minimum in Nederland.[203] Aan geen van die voorwaarden voldoet dit wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel voorziet namelijk in een inkomensgerelateerde uitkering met een maximumgrondslag van 142,86% van het minimumloon. Daarmee ligt de maximale hoogte van de uitkering ruim boven het in Nederland vastgestelde sociaal minimum. Ook voorziet de uitkering conform dit wetsvoorstel niet in (een bijdrage voor) specifieke kosten. Met de keus het woonlandbeginsel niet van toepassing te verklaren is aangesloten bij de WAZ en Wet WIA. Dit behoudens de van de Wet WIA onderdeel uitmakende vervolguitkering die wel gerelateerd is aan het sociaal minimum.

16.3 Richtlijn meewerkend partner

Met de vormgeving dat meewerkend partners die een arbeidsbeloning ontvangen (en dus niet in loondienst werken, of zelf als ondernemer met winst uit onderneming hebben), zich vrijwillig kunnen verzekeren voor de Wet WIA wordt voldaan aan Richtlijn 2010/41 (EU) betreffende de toepassing van het beginsel van gelijke behandeling van zelfstandig werkzame mannen en vrouwen. Deze richtlijn verplicht lidstaten tot het nemen van de nodige maatregelen om te verzekeren dat de meewerkend partners een sociale bescherming kunnen genieten overeenkomstig het nationale recht. De lidstaat kan besluiten of deze sociale bescherming op verplichte of vrijwillige grondslag wordt toegepast. Er is dus een internationaalrechtelijke verplichting om de benodigde maatregelen te treffen ten aanzien van de meewerkend partners. Door de meewerkend partners met het onderhavige wetsvoorstel een effectieve mogelijkheid geeft om zich vrijwillig te verzekeren, voldoet Nederland aan deze verplichting.

16.4 In het buitenland gevestigde verzekeraars

16.4.1 Kring van private verzekeraars

Onder een private verzekeraar als bedoeld in deze wet wordt verstaan een financiële onderneming die ingevolge de Wft in Nederland het bedrijf van levensverzekeraar of schadeverzekeraar mag uitoefenen.[204] De kring van verzekeraars strekt zich eveneens uit tot buitenlandse verzekeraars met een zetel in een land dat deel uitmaakt van de Europese Economische Ruimte (EER). De EER bestaat uit de landen van de Europese Unie aangevuld met IJsland, Liechtenstein en Noorwegen. Voor zover deze verzekeraars een private verzekering in de zin van deze wet willen aanbieden, gelden separate vereisten. Deze vereisten worden hieronder uiteengezet.

16.4.2 Verplichtingen voor zover opt-out beoogd

Vorenstaande betekent dat zelfstandigen zich eveneens bij een buitenlandse verzekeraar, met een zetel in een land dat deel uitmaakt van de EER, kunnen verzekeren tegen het risico op arbeidsongeschiktheid. Om te waarborgen dat zelfstandigen die een private verzekering bij een buitenlandse verzekeraar afsluiten dezelfde minimumbescherming genieten bij arbeidsongeschiktheid als zelfstandigen die een private verzekering hebben afgesloten bij een Nederlandse private verzekeraar, dienen verzekeringen die bij buitenlandse verzekeraars worden

[203] Kamerstukken II 2010/11, 32878, nrs. 3 en 6.
[204] In paragraaf 10.5.2 worden de informatie- en zorgplicht, die volgen uit de Wft, die op de private verzekeraar jegens de zelfstandige rusten toegelicht.

afgesloten en waarmee een opt-out is beoogd ook te voldoen aan het toetsingskader voor verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is.[205] Het staat buitenlandse verzekeraars evenwel vrij om ieder gewenst verzekeringsproduct aan te bieden. Voor zover een (buitenlandse) verzekeraar echter wenst een verzekering aan te bieden die kwalificeert als een verzekering waarmee een opt-out voor de publieke verzekering mogelijk is, dient de verzekeraar aan bepaalde verplichtingen te voldoen en de opt-out aan te vragen bij UWV. Een van die verplichtingen betreft het ervoor zorgdragen dat de verzekering aan het toetsingskader voldoet. Alle verplichtingen worden in paragraaf 10.5 uiteengezet. Het aanvragen van de opt-out wordt in paragraaf 10.4 toegelicht.

16.4.3 Toezicht op buitenlandse verzekeraars

Zoals in paragraaf 11.6.4 wordt toegelicht, ligt het toezicht op verzekeraars met zetel in een andere lidstaat (buitenlandse verzekeraars) bij de toezichthouder van de lidstaat van herkomst.[206]

Verzekeraars met zetel in een andere lidstaat dienen te beschikken over een vergunning van de toezichthouder in de lidstaat van herkomst. Een verzekeraar die via een bijkantoor of via het verrichten van diensten verzekeringen in Nederland wil aanbieden, dient dit te melden bij de toezichthouder van de lidstaat van herkomst. Als het gaat om een buitenlandse verzekeraar die grensoverschrijdend, zonder fysiek bijkantoor in Nederland, opt-out-verzekeringen wil afsluiten in Nederland, heeft deze verzekeraar instemming van DNB nodig. De buitenlandse verzekeraar wordt na het doorlopen van de notificatieprocedure opgenomen in een openbaar register dat door DNB wordt gehouden.

AFM en DNB werken samen met toezichthouders uit andere lidstaten en kunnen bij een signaal van niet naleving van verplichtingen verbonden aan de opt-out verzekering hiervan melding maken bij de buitenlandse toezichthouder. De afgelopen jaren heeft de AFM schriftelijke afspraken gemaakt met verschillende toezichthouders in andere lidstaten in het kader van samenwerking en informatiedeling. Deze afspraken zijn vastgelegd in een Memorandum of Understanding (MoU).[207]

16.5 Caribisch Nederland

Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen kan op termijn ook wenselijk zijn voor Caribisch Nederland. De mogelijkheden voor zelfstandigen om zich (privaat) te verzekeren zijn thans in Bonaire, Sint-Eustatius en Saba beperkt of ontbreken. Het in Caribisch Nederland invoeren van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen is echter een complexe materie, die gepaard gaat met extra lasten voor zowel belanghebbenden, als de RCN-unit SZW als beoogd uitvoerder. Daar komt bij dat er al veel nieuw beleid voor Caribisch Nederland in voorbereiding is, dat niet anders dan gedoseerd kan worden ingevoerd. Daarom wordt voor dit moment afgezien van uitwerking van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen in Caribisch Nederland. Te zijner tijd kan gekeken worden hoe deze verzekering voor zelfstandigen ook in Caribisch Nederland kan worden ingevoerd, met een hoogstwaarschijnlijk eigen invulling die aansluit bij de specifieke arbeidsmarkt en lokale arbeidsrechtelijke context en die uitvoerbaar is. De te zijner tijd hierover te maken afweging zal in beginsel los van de afweging met betrekking tot de toepasselijkheid van andere onderdelen van het arbeidsmarktpakket worden gemaakt; de verkenning genoemd in de voortgangsbrief arbeidsmarktbeleid ziet uitsluitend op het arbeidsrechtelijk stelsel in Caribisch Nederland.[208]

16.6 VN-Verdrag Handicap

Dit wetsvoorstel draagt bij aan de doelstelling van het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VN-Verdrag Handicap). Het wetsvoorstel kan mogelijk drempels weghalen die de verzekerde belet om volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in

[205] De verzekering, waarmee een opt-out mogelijk is, dient een minimale dekking te bieden die op hoofdlijnen equivalent is aan de publieke verzekering en dient ten minste een even hoge premie te kennen. Deze minimale dekking- en minimale premie-vereisten worden in paragraaf 10.5.1 uiteengezet.

.

[207] Een overzicht van de door de AFM getekende MoUs is te vinden op de website van de AFM.

[208] Kamerstukken II 2022/23, 29544, nr. 1176, p. 4.

de samenleving bij arbeidsongeschiktheid. Zo kunnen ziek geworden zelfstandigen gebruik maken van re-integratieondersteuning en inzet van voorzieningen.[209]

16.7 Recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (privacy)

De privacy van zelfstandigen speelt een belangrijke rol binnen dit wetsvoorstel. Privacy maakt onderdeel uit van het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, waaronder ook de bescherming van eenieders persoonsgegevens valt. Dit is een klassiek grondrecht, dat op meerdere plekken is vastgelegd.[210] Klassieke grondrechten bieden de burger bescherming tegen de overheid, die hier in principe geen inbreuk op mag maken, tenzij dit is gebaseerd op legitieme wet- en regelgeving.

Met dit voorstel wordt een verplichting aan zelfstandigen opgelegd om verzekerd te zijn tegen het risico op inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid.[211] Deze verplichting gaat gepaard met een voor de uitvoering benodigde gegevensdeling (zie hoofdstuk 13). Deze verwerking van persoonsgegevens ten behoeve van dit voorstel betekent een potentieel ingrijpende inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de zelfstandigen, zoals deze is neergelegd in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Ook raakt deze gegevensdeling het recht op privacy c.q. de persoonlijke levenssfeer, zoals verankerd in artikel 8 van het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) en artikel 10, tweede lid, Grondwet. Voornoemde inbreuk wordt hieronder getoetst aan met name de Grondwet, het EVRM, de AVG en de Uitvoeringswet Algemene Verordening gegevensbescherming (UAVG).

16.7.1 EVRM

De rechtmatigheid van de inbreuk moet worden getoetst aan artikel 8 EVRM, aan de hand van drie samenhangende vragen. De eerste vraag is of de inbreuk bij wet is voorzien. Onderdeel van deze vraag is of de inbreuk is vastgelegd in een wettelijk voorschrift, en of zelfstandigen hieruit voldoende precies kunnen opmaken welke gegevens voor een overheidstaak gebruikt worden en hoe deze verwerkt worden. De tweede vraag is of de inbreuk dient ter bescherming van een legitieme doelstelling. De derde vraag is of de inbreuk noodzakelijk is in een democratische samenleving.

Wat betreft de eerste vraag geldt dat de inbreuk bij wet is voorzien. Door in dit voorstel gegevensverwerkingen te omschrijven en af te bakenen is de reikwijdte van de taken van de verschillende partijen duidelijk. Dit is uitgewerkt in het voorstel en in hoofdstuk 13 van deze memorie van toelichting. Hierin worden eveneens de wettelijke grondslagen genoemd op grond waarvan gegevensverwerkingen mogelijk worden gemaakt. De verdere uitwerking hiervan in lagere regelgeving draagt bij aan de inzichtelijkheid en kenbaarheid (vooraf) voor zelfstandigen. Ook de tweede vraag, of de inbreuk dient ter bescherming van een legitieme doelstelling, wordt bevestigend beantwoord. Dit voorstel en de daarmee samenhangende gegevensverwerkingen, en de inbreuk die hiermee gemaakt wordt, dient een legitieme doelstelling, met name het bieden van voldoende bescherming van zelfstandigen tegen inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid. In hoofdstuk 3 van deze memorie van toelichting is omschreven waarom de gekozen variant het meest doelmatig en proportioneel is met betrekking tot de mate van ingrijpen in de privélevens van zelfstandigen. Deze inbreuk gaat niet verder dan noodzakelijk om de met dit voorstel beoogde doelen te bereiken. De derde vraag – of de voorgestelde beperking noodzakelijk is in een democratische samenleving – wordt daarmee eveneens bevestigend beantwoord. Op het niveau van het wetsvoorstel wordt voorzien in een redelijke verhouding tussen de beperking en het belang dat met de beperking wordt gediend. De verhouding is deels afhankelijk van de uitwerking in lagere regelgeving, al geldt reeds de beperking dat het alleen om noodzakelijke verwerkingen mag gaan, naast enkele andere waarborgen. De eventuele inbreuk op de privacy van zelfstandigen

[209] Zie artikel 27, eerste lid, onderdelen e, f en i, VN-Verdrag Handicap.

[210] In het internationale verdragsrecht is het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer vastgelegd in artikel 8 EVRM, artikel 17 van het Internationaal verdrag inzake burgerlijke en politieke rechten en artikel 7 en 8 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie. Dit recht staat in artikel 10 van de Grondwet.

[211] De (Nederlandse) grondwetgever houdt uitdrukkelijk ruimte om de rechtspositie en de bescherming van "hen die arbeid verrichten" bij wet te regelen. Met "hen die arbeid verrichten" zijn ook zelfstandigen bedoeld. In dit kader wordt verwezen naar artikel 19, tweede lid, Grondwet en M. Houwerzijl & N. Zekic. (2021). Commentaar op artikel 19 van de Grondwet, in: E.M.H. Hirsch Ballin & G. Leenknegt (red.), Artikelsgewijs commentaar op de Grondwet.

gaat niet verder dan noodzakelijk is voor het doel. Waar mogelijk zijn beperkende criteria gesteld (zowel wat betreft de te verwerken categorieën van persoonsgegevens als de te betrekken partijen), en maximale bewaartermijnen vastgesteld. Wat betreft de subsidiariteit geldt dat niet kan worden volstaan met lichtere, minder ingrijpende instrumenten.

16.7.2 AVG en UAVG

Het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer is een grondrecht. De verwerking van persoonsgegevens door overheden maakt hierop inbreuk. Om die reden is dit aan wet- en regelgeving gebonden. De meeste van deze regels volgen uit de AVG. Iedereen die persoonsgegevens verwerkt, moet dat doen op basis van een van de zes rechtsgronden die artikel 6 AVG voorschrijft. Voor overheidsinstanties is de grondslag voor de verwerking van persoonsgegevens in de regel gelegen in de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag (artikel 6, eerste lid, onderdeel e, AVG), of het voldoen aan een wettelijke verplichting (onderdeel c). Dit voorstel creëert voor de betrokken partijen een wettelijke grondslag voor het verwerken van persoonsgegevens. Deze grondslag is gelegen in een wettelijke verplichting, welke is neergelegd in onder meer dit wetsvoorstel, de Wet SUWI en de Wfsv.[212]

Verwerking van bijzondere persoonsgegevens is slechts toegestaan wanneer de verwerking strikt noodzakelijk is, geschiedt met inachtneming van passende waarborgen voor de rechten en vrijheden van betrokkene, en wettelijk is toegestaan.[213] Dit wetsvoorstel regelt dat er gegevens over de gezondheid van zelfstandigen kunnen worden verwerkt door UWV, private verzekeraars en gemeenten. Deze verwerkingen zijn noodzakelijk met het oog op de uitvoering van de verplichtingen die voortvloeien uit dit voorstel, namelijk het verlenen van re-integratieondersteuning en het vaststellen van het recht op en de hoogte van een uitkering (zie met name paragraaf 13.2.1). Het gaat hierbij bijvoorbeeld om gegevens over de eerste ziektedag, de oorzaak van arbeidsongeschiktheid en eventuele lopende behandeltrajecten. De hiervoor genoemde partijen mogen deze gegevens verwerken voor zover de verwerking noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften. Dit is in lijn met de UAVG.[214]

Voorts staan in de UAVG regels voor het gebruik van het BSN. Het BSN mag bij de verwerking van persoonsgegevens slechts worden gebruikt ter uitvoering van de desbetreffende wet dan wel voor doeleinden bij de wet bepaald.[215] Het BSN mag daarom worden verwerkt ten behoeve van de uitvoering van dit voorstel (zie hoofdstuk 13).[216]

In het voorstel worden bepalingen opgenomen die dienen als passende waarborgen ter bescherming van persoonsgegevens en andere grondrechten van de zelfstandigen.[217] Gegevens over gezondheid mogen enkel worden verwerkt voor specifieke doeleinden (zoals hiervoor genoemd), welke zijn vastgelegd in het wetsvoorstel. In de Wet SUWI wordt met dit voorstel geregeld dat in lagere regelgeving nadere regels worden gesteld over welke specifieke gegevens voor welk doeleinde worden verwerkt.

De gevolgen voor de gegevensverwerking die voortvloeien uit dit wetsvoorstel zijn middels een Data Protection Impact Assessment (DPIA) in beeld gebracht. Door de partijen die uitvoering geven aan dit voorstel zullen, indien naar eigen inzicht van de verwerkingsverantwoordelijke partij nodig, DPIA's worden verricht op de eigen gegevensverwerkingen.

---

[212] De wettelijke grondslag voor het verwerken van gegevens door UWV is met name geregeld in de artikelen 33e tot en met 33g van de Wet SUWI. Voor de Belastingdienst zijn onder meer van belang artikel 33f, eerste lid, van de Wet SUWI, en artikelen 59a en 60 van de Wfsv.

[213] Richtlijn (EU) 2016/680 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens door bevoegde autoriteiten met het oog op de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van strafbare feiten of de tenuitvoerlegging van straffen, en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Kaderbesluit 2008/977/JBZ van de Raad.

[214] Zie artikel 30, eerste lid en onder a, van de UAVG.

[215] Zie artikel 46, eerste lid, van de UAVG.

[216] Voor UWV, de Belastingdienst en private verzekeraars is deze bevoegdheid vastgelegd in respectievelijk artikel 33b, tweede lid, Wet SUWI, artikelen 47b en 49a van de Algemene wet rijksbelastingen en artikel 73, eerste lid aanhef en onder c, Wet SUWI.

[217] Overweging 52 AVG en overweging 37 Richtlijn.

17. Financiële gevolgen

17.1 Raming

Deze paragraaf beschrijft de verwachte financiële effecten van dit wetsvoorstel. Het gaat daarbij om de totale uitgaven aan de regeling en het geschatte premiepercentage. Tevens wordt kort het effect van de verplichte verzekeringen op het gebruik van andere regelingen besproken. Voor de verwachte financiële effecten is gekeken naar de structurele uitgaven. In de structurele situatie is de regeling volledig ingegroeid. Oftewel het aantal uitkeringsgerechtigden heeft een constant niveau bereikt. De verzekering zal – net als de Wet WIA – langzaam ingroeien naar dit niveau. Voor de structurele situatie wordt het jaar 2060 gehanteerd.

Overal waar in deze financiële paragraaf geldbedragen genoemd worden, zijn deze in constante prijzen op het prijsniveau van 2023. In de praktijk zullen deze bedragen jaarlijks worden aangepast aan de loon- en prijsontwikkeling.

17.1.1 Uitgaven aan de regeling

De ingeschatte uitgaven aan de regeling hebben betrekking op de gehele doelgroep van de verzekering (zelfstandig ondernemers met en zonder personeel). Er is geen onderscheid gemaakt tussen publiek verzekerden en opt-out verzekerden. Dit levert de basis op voor de vast te stellen publieke premie. Met een stabiliteitsbijdrage (zie paragraaf 17.1.4) kan vervolgens bereikt worden dat de publieke premie ook in een hybride markt op dit niveau kan blijven.

De totale uitgaven aan de regeling is de optelsom van de totale uitkeringslasten van de regeling, uitvoeringskosten, kosten voor re-integratieactiviteiten, no-riskpolis en kosten voor de ZEZ-regeling. Al deze uitgaven worden gedekt uit de premie, zie ook paragraaf 9.5.

Uitkeringslasten

De uitkeringslasten zijn berekend als (a) structureel bestand * (b) gemiddelde uitkering per persoon - (c) inkomstenverrekening.

(a) Structureel bestand

Het structurele bestand van de regeling is het aantal personen dat een uitkering ontvangt in de situatie dat de regeling is ingegroeid. Dit is berekend als (a1) structurele instroom * (a2) gemiddelde duur.

(a1) Structurele instroom

Met behulp van gegevens van het CPB en het CBS is de verwachte omvang van de beroepsbevolking in 2060 bepaald. Daarbij is aangenomen dat het aandeel zelfstandigen in de beroepsbevolking constant blijft na 2028. Gezien de onzekerheid van de toekomstige ontwikkeling van de (beroeps)bevolking en het aandeel van zelfstandigen daarin is deze raming zacht. Er is rekening gehouden met veroudering van de gemiddelde beroepsbevolking. In 2060 zal het aantal zelfstandigen dat in de kring van verzekerden volgens dit wetsvoorstel valt, naar verwachting iets minder dan 1,4 miljoen personen bedragen.

De instroomkansen zijn geraamd op basis van instroom in de Wet WIA, gecorrigeerd voor een andere vormgeving van deze verzekering (ander arbeidsongeschiktheidscriterium, lager maximum verzekerd inkomen) en andere kenmerken van de doelgroep (zelfstandigen ten opzichte van werknemers: andere leeftijdsverdeling).

Met de structurele omvang van de verzekerde populatie en de bijbehorende instroomkansen kan vervolgens de structurele instroom in de regeling worden berekend.

(a2) Gemiddelde duur

Voor de gemiddelde verblijfsduur in de regeling is aangenomen dat die vergelijkbaar is met die in de Wet WIA voor volledig arbeidsongeschikten. Daarvoor is gekeken naar de langetermijnraming voor de Wet WIA die het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aanhoudt. Wel is de

CONCEPT

duur uit de Wet WIA iets neerwaarts gecorrigeerd voor een andere leeftijdsopbouw van de verzekerde populatie van zelfstandigen. Verzekerde zelfstandigen zijn gemiddeld ouder dan verzekerde werknemers. Oudere mensen kunnen bij instroom potentieel minder lang in de regeling zitten totdat zij weer uitstromen wegens het bereiken van de AOW-gerechtigde leeftijd. De verwachting is dat structureel ongeveer 103.000 mensen een BAZ-uitkering zullen ontvangen.

(b) Gemiddelde uitkering per persoon

Voor de inkomensverdeling van zelfstandigen is gebruik gemaakt van cijfers van het CBS over 2019. Er is rekening gehouden met de mogelijkheid tot middelen van winst uit onderneming over 3 jaar. Dit kan indien die gemiddelde grondslag hoger is dan de genoten winst uit onderneming in het jaar voor intreden van de ziekte. De gemiddelde uitkering is dan 70% van het gemiddelde relevante (op 142,86% van het WML gemaximeerde) inkomen, dit komt uit op ruim €16.800 op jaarbasis.

(c) Inkomstenverrekening

Inkomsten uit arbeid worden deels verrekend met de uitkering, zie paragraaf 6.2.4. Voor de raming van de omvang van de verrekening is gekeken naar de mate waarin dit in de Wet WIA plaatsvindt bij volledig arbeidsongeschikten (% van de totale uitkeringslasten). Dit percentage (krap 2%) is ook gehanteerd bij deze raming. Daardoor wordt verwacht dat de totale lasten worden verminderd met circa €30 miljoen aan inkomstenverrekening.

De geraamde structurele uitkeringslasten komen daarmee uit op ongeveer 103.000 * €16.800 - €30 miljoen = €1.700 miljoen per jaar.

Uitvoeringskosten

Bij uitvoeringskosten gaat het onder andere om de kosten voor keuringen. De raming is gebaseerd op prijzen zoals deze voor de Wet WIA gehanteerd worden. Wel worden daar nog afslagen op gedaan omdat de beoordeling voor de Wet BAZ minder arbeidsintensief is als die voor de Wet WIA. De totale uitvoeringskosten worden ingeschat op ruim €100 miljoen euro per jaar.[218]

Re-integratiemiddelen en no-riskpolis

Bij het ramen voor de kosten van de re-integratiemiddelen en de no-riskpolis is gekeken naar gebruik en kosten in de ZW en de Wet WIA. In combinatie met het voor de Wet BAZ relevante aantal zelfstandigen wordt ongeveer €100 miljoen aan uitgaven geraamd hiervoor.

Uitgaven aan regeling Ziekte en Zwangerschap die onder de premie BAZ valt

Voor de raming van de structurele uitgaven aan ZEZ is uitgegaan van de realisatie voor 2023. Vervolgens is dat bedrag opgehoogd naar rato van de verwachte ontwikkeling van het aantal geboorten in 2060 ten opzichte van 2023 (CBS-bevolkingsprognose december 2023). Alleen de uitgaven aan ZEZ-uitkeringen voor mensen die verzekerd zijn voor de Wet BAZ dienen in de premie te landen. Daartoe wordt het aandeel bepaald in het totale inkomen van zelfstandigen dat de kring van verzekerden voor de Wet BAZ heeft (leeftijden tot 45 jaar). Dit is iets minder dan 80%. Vermenigvuldiging van de totale geraamde ZEZ-uitgaven met die 80% levert ongeveer €100 miljoen aan ZEZ-uitgaven die gedekt moeten worden uit de premie voor de Wet BAZ.

De totale kosten komen hiermee uit op €2.000 miljoen. In onderstaande tabel zijn de totale uitgaven uitgesplitst naar uitkeringslasten, uitvoeringskosten, re-integratie & norisk-polis en de kosten voor de ZEZ-regeling. Tevens wordt hun aandeel in de opbouw van de premie weergegeven.

[218] Dit bedrag wordt herijkt na ommekomst van de uitvoeringstoetsen.

Kostenpost (x 1 miljard)		
Uitkeringslasten	1,7	5,5%
Uitvoeringskosten	0,1	0,4%
Re-integratie & no-risk polis	0,1	0,3%
ZEZ	0,1	0,3%
Totale uitgaven/premie	**2,0**	**6,5%**

17.1.2 Premiepercentage

De uitgaven van de basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen wordt gefinancierd door een lastendekkende premie. Dat wil zeggen dat alle uitgaven aan de regeling worden bekostigd via de opgehaalde premie voor de verzekering en er geen aanvullende rijksbijdragen nodig zijn. Verder worden ook de uitgaven aan de ZEZ-regeling onder de premie gebracht, zie voor meer toelichting paragraaf 17.6. UWV stelt één keer per jaar de premie vast, dit gebeurt voor de start van het kalenderjaar. Het vast te stellen premiepercentage is gelijk aan de verwachte uitgaven van de regeling voor dat jaar gedeeld door de totale premiegrondslag van dat jaar.

$$Lastendekkende\ premiepercentage\ jaar\ t = \frac{verwachte\ uitgaven\ jaar\ t}{(gemaximeerde)\ premiegrondslag\ jaar\ t} \text{ x } 100\%$$

In de eerste jaren zal de daadwerkelijke premie van de verzekering hoger liggen dan de lastendekkende premie. Dit als gevolg van de opslag voor de rentehobbel. De rentehobbel is het verschil tussen de premie die benodigd is om de uitgaven van het komende jaar te kunnen dekken en de premie die benodigd is om de structurele uitgaven te dekken. Vooral in de eerste jaren zal het verschil tussen de lastendekkende premie en de structurele premie groot zijn, omdat in de eerste jaren de verwachte uitgaven aan de regeling laag zullen zijn. Om een gelijk speelveld met de private markt te creëren wordt in de eerste jaren de lastendekkende premie verhoogd met een rentehobbel-opslag, zie paragraaf 17.5 voor een nadere toelichting. De som van de lastendekkende premie en de benodigde rentehobbel-opslag voor het jaar waarvoor de premie wordt vastgesteld bepaalt de premie voor de verzekering in dat jaar.

$$Premiepercentage\ jaar\ t = lastendekkende\ premie\ jaar\ t + benodigde\ rentehobbelopslag\ jaar\ t$$

Voor de inschatting van de benodigde premie (inclusief rentehobbelopslag) zijn de verwachte uitgaven van de regeling en de totale premiegrondslag nodig in de structurele situatie. Uit de inkomensverdeling van zelfstandigen kan de totale premiegrondslag bepaald worden. Deze bedraagt krap €31 miljard. De totale uitgaven in het geval de regeling volledig is ingegroeid, gedeeld door de (gemaximeerde) premiegrondslag, geeft dan het verwachte premiepercentage. Dit premiepercentage komt uit op ongeveer 6,5%. De maximale premie (voor zelfstandigen met een winst uit onderneming gelijk aan of hoger dan het maximaal verzekerd inkomen van 142,86% van het WML) komt daardoor uit op ongeveer €195 per maand.[219] Bij een lagere winst wordt de te betalen premie per maand navenant minder. Aan de hand van realisatiegegevens wordt de raming elk jaar herijkt en ook zo het benodigde premiepercentage, bestaande uit de lastendekkende premie en de rentehobbel-opslag, van het aankomende jaar.

17.1.3 Effecten op andere regelingen

De invoering van deze verzekering zal naar verwachting leiden tot een besparing op de bijstand. Voor de raming van het inverdieneffect op de bijstand is gebruik gemaakt van CBS-cijfers over inkomen en vermogen van zelfstandigen-huishoudens. Met deze gegevens is de kans ingeschat dat huishoudens bij het wegvallen van (een deel van) het inkomen door arbeidsongeschiktheid direct of na een zekere tijd de inkomens- en vermogenstoets van de Participatiewet zouden doorstaan en recht op bijstand zouden hebben. Hierbij is rekening gehouden met het feit dat een deel van de zelfstandigen momenteel al een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid heeft. Het structurele inverdieneffect op de bijstand wordt op deze manier ingeschat op €160 miljoen. Vanwege het

[219] Er is gerekend met het WML van 2024, zie ook paragraaf 17.3.

uitgangspunt dat deze verzekering de afwenteling van kosten op de algemene middelen moet verminderen wordt deze besparing niet verwerkt in de premie.

Verzekerden krijgen geen recht op een aanvullende uitkering uit de Toeslagenwet. Tevens geldt dat geen recht ontstaat op de Tegemoetkoming arbeidsongeschikten. Daarom is in de raming geen effect opgenomen op de uitgaven aan deze regelingen.

17.1.4 Stabiliteitsbijdrage

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid stelt de hoogte van de stabiliteitsbijdrage per privaat verzekerde vast, inclusief het jaar waarvoor dat bedrag geldt. Dit gebeurt voor de start van het kalenderjaar. De hoogte van de stabiliteitsbijdrage wordt op hetzelfde moment met de vaststelling van het premiepercentage gepubliceerd.

De bijdrage is gelijk aan het bedrag dat volgens de beste inzichten nodig is om de risicoverevening tussen de publiek en privaat verzekerden, zoals beschreven in hoofdstuk 10, te bereiken. Als een opt-out een gedeelte van een kalenderjaar beslaat, geldt daarvoor een pro rata stabiliteitsbijdrage. Voor inwerkingtreding van dit wetsvoorstel moet een raming worden gemaakt van de benodigde stabiliteitsbijdrage. Samen met het Verbond van Verzekeraars is een model ontwikkeld van de effecten van uitstapgedrag naar private verzekeringen, en van het effect van de stabiliteitsbijdrage op het duale stelsel. Over de werking van het model en van de stabiliteitsbijdrage is overleg gevoerd met het CPB. Het CPB acht de gekozen methode om te komen tot een inschatting van de effecten van uitstapgedrag redelijk, en acht het waarschijnlijk dat door de stabiliteitsbijdrage een evenwicht kan ontstaan in het duale stelsel gegeven dat de bijdrage zo hoog kan worden vastgesteld als nodig is om de gewenste mate van risicoverevening tussen de publieke en private markt te bereiken en de publieke premie te stabiliseren.

Voor de vaststelling van de hoogte van de stabiliteitsbijdrage is informatie nodig van zowel de private als publieke verzekerdenpopulatie. Hiervoor is informatie benodigd van verschillende partijen, die input zullen zijn voor het model dat de stabiliteitsbijdrage uitrekent. Het model is ontwikkeld door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de benodigde bijdrage wordt jaarlijks met behulp van de betrokken partijen geactualiseerd. Na inwerkingtreding van dit voorstel kan blijken dat de mate van risicoselectie hoger of lager uitvalt dan verwacht. De stabiliteitsbijdrage zal dan voor toekomstige jaren worden bijgesteld naar het bedrag dat conform het beste voortschrijdende inzicht nodig is voor bovenstaande risicoverevening. Hierbij heeft de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de mogelijkheid om bij een forse bijstelling stapsgewijs naar het bijgestelde bedrag te bewegen. Hiermee worden plotselinge fluctuaties van de stabiliteitsbijdrage gedempt, wat de regering wenselijk acht voor zowel privaat verzekerde zelfstandigen als voor private verzekeraars die op de duale markt concurreren met de publieke verzekering.

17.2 Arbeidsmarkteffecten

Deze paragraaf beschrijft de verwachte arbeidsmarkteffecten van de maatregelen in dit wetsvoorstel. Het gaat daarbij om effecten op arbeidsvraag, arbeidsaanbod en verschuivingen tussen verschillende typen arbeidsrelaties.

De maatregelen in dit wetsvoorstel hangen nauw samen met andere maatregelen die de regering neemt en heeft genomen om de arbeidsmarkt beter in balans te brengen. Zo hangen dit wetsvoorstel en de effecten ervan, nauw samen met het verduidelijken van de kwalificatie van de arbeidsovereenkomst, het rechtsvermoeden van werknemerschap op basis van een uurtarief en de versnelde en verdere afbouw van de zelfstandigenaftrek. Al deze maatregelen zien op een betere balans tussen het aandeel werknemers en zelfstandigen, die minder wordt gestuurd vanuit kostenvoordelen en meer vanuit de manier waarop feitelijk wordt gewerkt.

De hieronder beschreven verwachte arbeidsmarkteffecten zijn het gevolg van de premiekosten die gepaard gaan met de deze verzekering. Zelfstandigen die voor invoering van dit wetsvoorstel nog niet verzekerd zijn tegen arbeidsongeschiktheid, of toekomstige zelfstandigen die zich zonder deze verplichting niet zouden verzekeren, gaan als gevolg van dit wetsvoorstel premie afdragen. De

premie leidt in absolute zin tot hogere kosten voor het werken met of als zelfstandige(n). In relatieve zin leidt deze premie, en de bescherming die deze verzekering biedt, tot een gelijker speelveld tussen zelfstandigen onderling en tussen zelfstandigen en werknemers. Deze paragraaf richt zich op zelfstandigen die arbeid leveren. Er zijn ook zelfstandigen die producten leveren. In deze gevallen kunnen de premiekosten gevolgen hebben voor de vraag naar en het aanbod van deze producten en indirect op hoeveel uren zij werken. Deze effecten worden hier niet verder beschreven.

Onder andere door de samenhang met de eerdergenoemde andere maatregelen op de arbeidsmarkt, zijn de effecten van alleen dit voorstel moeilijk kwantitatief in te schatten. Ook zijn voor zover bekend geen empirische gegevens beschikbaar. Wel heeft SEO op basis van een enquête onder zelfstandigen in kaart gebracht hoe zelfstandigen zelf zeggen te reageren op de invoering van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. De kwantitatieve inschattingen in deze paragraaf zijn op dat onderzoek gebaseerd.[220] Ten behoeve van de voorgenomen evaluatie van onder andere de arbeidsmarkteffecten van dit wetsvoorstel zal een nulmeting worden uitgevoerd.[221]

17.2.1 Mogelijke reacties en effecten als gevolg van de maatregelen

In algemene zin leidt een verhoging van arbeidsgerelateerde kosten tot aanpassing van het aantal gewerkte uren. Dat kan door aanpassing van het arbeidsaanbod, de arbeidsvraag of een mix van beide. De verhouding tussen de twee hangt af van de mate waarin zelfstandigen de extra premiekosten doorberekenen. Beide mechanismen staan hieronder nader toegelicht.

Reacties arbeidsaanbod

Voor zover werkenden deze kosten niet (kunnen) doorberekenen, dalen hierdoor de netto-inkomsten per uur. Een daling van netto-inkomsten leidt in theorie tot twee effecten: het substitutie-effect en het inkomenseffect. Deze effecten werken tegen elkaar in. Kort samengevat kunnen zelfstandigen op de volgende manieren op de premiekosten reageren in hun arbeidsaanbod. Het gaat hierbij om de omvang van het arbeidsaanbod, dus het aantal gewerkte uren. De keuze tussen de vorm – als zelfstandige of als werknemer – staat afzonderlijk beschreven in paragraaf 17.2.5:

1. Zelfstandigen verlagen hun (formele) arbeidsaanbod. Ze gaan dus minder werken. Dit is het gevolg van het substitutie-effect. Dat houdt in dat werken minder gaat lonen doordat de netto-inkomsten dalen. Andere activiteiten worden daardoor aantrekkelijker. Voorbeelden van andere activiteiten zijn zorg voor bijvoorbeeld jonge kinderen of mantelzorg, waardoor kosten voor formele opvang en zorg worden beperkt. Maar ook vrije tijd wordt relatief aantrekkelijker. Ook werken in de informele economie (zwart werken) wordt financieel aantrekkelijker.
2. Zelfstandigen gaan meer uren werken, om de daling van het netto-inkomen op uurbasis te compenseren. Dit is het gevolg van het inkomenseffect. Dit hoeft niet als verplicht verzekerde zelfstandige te zijn. Het kan ook deels in een andere juridische vorm zijn. Bijvoorbeeld als werknemer, omdat het gelijker maken van de premiekosten leidt tot een gelijker speelveld tussen het werken als zelfstandige en als werknemer. Of als directeur-grootaandeelhouder, die niet onder de verzekeringsplicht komen te vallen.
3. Zelfstandigen passen hun arbeidsaanbod niet aan.

Iedere werkende maakt bewust of onbewust een keuze op basis van de hiervoor genoemde effecten. Hoe deze keuze per saldo uitpakt, hangt per persoon van diverse factoren af. Bijvoorbeeld of de werkende jonge kinderen heeft, van de hoogte van het eigen inkomen of van de hoogte van het partnerinkomen etc.

Reacties arbeidsvraag

Voor zover de zelfstandige de kosten wel kan doorberekenen, slaan deze in principe neer bij opdrachtgevers (zakelijk of particulier). Afhankelijk van de concurrentiepositie, kunnen sommige

[220] SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO economische onderzoek.
[221] Zie hoofdstuk 18.

opdrachtgevers deze kosten deels doorberekenen in hun afzetprijzen. Het overige zullen zij zelf moeten opvangen. Voor zover zij dit niet kunnen doorberekenen, wat in ieder geval het geval zal zijn als de opdrachtgever een particulier is, zal hun vraag naar gewerkte uren van zelfstandigen dalen. Hoe dan ook wordt het werken met zelfstandigen vanuit kostenoogpunt relatief minder aantrekkelijk ten opzichte van werken met werknemers. Voor een deel zal de arbeidsvraag verschuiven richting werknemers of richting het informele circuit. Naar de omvang van deze effecten is nog geen onderzoek gedaan.

De volgende paragrafen beschrijven de mogelijke effecten in meer detail.

17.2.2 Zelfstandigen gaan minder werken

Het minder of niet meer (formeel) werken zal naar verwachting vaker voorkomen bij zelfstandigen met zeer lage inkomens.
Een deel van de nu onverzekerde zelfstandigen heeft mogelijk dermate lage inkomsten dat zij hieruit de premie niet kunnen opbrengen en daarna een redelijk besteedbaar inkomen overhouden. Voor degenen die de premie niet of nauwelijks kunnen doorberekenen loont het daardoor onvoldoende om als zelfstandige te blijven werken. Voor een deel van deze groep kan het rechtsvermoeden op basis van een uurtarief helpen bij het afdwingen van een arbeidsovereenkomst.[222] Het deel van deze groep dat desondanks geen werk in loondienst vindt, stroomt naar verwachting uit richting inactiviteit. In gedragseconomische termen overheerst het substitutie-effect bij deze groep werkenden.

Uit onderzoek van SEO blijkt dat 1,3% van de bevraagde zelfstandigen zegt volledig te stoppen met formeel werk door de invoering van dit voorstel.[223] Een derde van de 1,3% zegt actief te blijven in de informele sector. De overige twee derde van deze groep die zegt te zullen stoppen, zegt volledig te zullen stoppen. Deze laatstgenoemde groep zal over het algemeen op korte termijn moeten terugvallen op eigen vermogen, eventueel partnerinkomen of een bijstandsuitkering. Op langere termijn is de verwachting dat in ieder geval een deel van deze groep (als werknemer) weer gaat werken.

17.2.3 Zelfstandigen gaan meer werken

Uit voornoemd onderzoek van SEO blijkt ook dat de zelfstandigen die aangeven te blijven werken, van plan zijn om gemiddeld 2 uur per week meer te gaan werken. Gemiddeld genomen gaan zij niet meer uren *als zelfstandige* werken, maar juist minder. Namelijk een half uur per week. Daar staat tegenover dat zij gemiddeld meer uren in de informele economie gaan werken (1,4 uur per week) en meer als werknemer (1 uur per week). Wel is het denkbaar dat zelfstandigen die al privaat verzekerd waren, goedkoper uit zijn door de invoering van deze verzekering. Een deel daarvan zal door het inkomenseffect mogelijk meer uren gaan werken als zelfstandige. Dit effect is niet in kaart gebracht in het onderzoek van SEO.

17.2.4 Zelfstandigen passen hun arbeidsaanbod niet aan

Ongeveer twee derde van alle bevraagde zelfstandigen geeft aan dat zij hun arbeidsaanbod helemaal niet aanpassen als gevolg van de invoering van deze verzekering. Daarvoor zijn verschillende verklaringen. Zo zijn er zelfstandigen die al verzekerd waren tegen vergelijkbare of hogere premies. Voor hen verandert er niets in de kosten. Een deel van de zelfstandigen kan de premiekosten in hoge mate doorberekenen, waardoor hun netto-inkomen niet of nauwelijks verandert.

17.2.5 Verschuivingen naar andere typen arbeidsrelaties of rechtsvormen

Naast de hiervoor genoemde effecten op de totale omvang van het arbeidsaanbod en de arbeidsvraag, verwacht de regering ook verschuivingen tussen typen arbeidsrelaties. Vooral hier speelt de samenhang met andere maatregelen op de arbeidsmarkt een grote rol.

[222] Verwijzing naar wetsvoorstel VBAR.
[223] SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO economische onderzoek.

Verschuiving naar loondienst
Terwijl uit de loonsom van werknemers op dit moment al premies voor onder andere de WIA worden betaald, heeft het grootste deel van de zelfstandigen nog geen vergelijkbare verzekering en dus ook geen vergelijkbare premiekosten. Vooral tussen zelfstandigen zonder personeel en werknemers, die in bepaalde gevallen met elkaar concurreren op de arbeidsmarkt, draagt dit kostenverschil bij aan een ongelijk speelveld. Uit onderzoek van SEO is gebleken dat dergelijke institutionele verschillen een belangrijke oorzaak zijn van het hoge aandeel zelfstandigen zonder personeel op de Nederlandse arbeidsmarkt.[224]
Dit impliceert dat het verkleinen van deze verschillen het omgekeerde effect heeft, in ieder geval op langere termijn. Concreet verwacht de regering daarom dit voorstel via het verkleinen van kostenverschillen bijdraagt aan een kleiner aandeel zelfstandigen en een groter aandeel werknemers op de arbeidsmarkt.

Een deel van de huidige zelfstandigen, kan dit werk volledig of gedeeltelijk in loondienst gaan doen. Het gaat hierbij vooral om een deel van de zelfstandigen zonder personeel die eigen arbeid aanbieden. Zoals eerder vermeld, geven zelfstandigen zelf aan gemiddeld 1 uur per week meer in loondienst te gaan werken door invoering van dit voorstel. Maar de verschuiving zal naar verwachting groter zijn, omdat dit alleen de reactie is van mensen die nu als zelfstandige werken. Voor mensen die al werknemer zijn zal de stap naar het zelfstandig ondernemerschap vanuit kostenoogpunt minder aantrekkelijk worden. Vooral voor diegenen die de premiekosten niet of beperkt verwachten te kunnen doorberekenen. Dit geldt ook voor starters op de arbeidsmarkt. Bovendien zal de vraag naar werknemers toenemen onder werkgevenden die de premiekosten volledig of gedeeltelijk voor hun rekening moeten nemen.

In hoeverre deze verschuiving werkt richting vaste dienstverbanden of flexibele dienstverbanden, is niet goed in te schatten. Wel verwacht de regering dat door het beter reguleren van flexibele contracten, duurzaam werk vaker in de vorm van duurzame arbeidsrelaties zal worden georganiseerd. Zelfstandigen die langdurig en uitsluitend voor een opdrachtgever werken en mede door de invoering van dit voorstel in loondienst gaan, zullen door deze combinatie van maatregelen naar verwachting eerder naar een vast dienstverband gaan.

Verschuiving van IB-ondernemers naar directeur-grootaandeelhouders
De verplichte verzekering geldt alleen voor de zogenoemde kring van verzekerden. Deze kring omvat het grootste deel van de huidige zelfstandigen, namelijk de ib-ondernemers. Door deze afbakening vallen de zogenoemde resultaatgenieters en DGA's niet onder de kring van (verplicht) verzekerden.[225]

Een mogelijk effect hiervan is dat een deel van de zelfstandigen die niet verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid willen zijn, ervoor kiest om door het oprichten van een vennootschap buiten de kring van verzekerden te vallen. Het arbeidsmarkteffect hiervan is neutraal: deze zelfstandigen blijven net als voor deze maatregel, onverzekerde zelfstandigen. Deze theoretische mogelijkheid doet desalniettemin daarmee afbreuk aan de doelstellingen van dit wetsvoorstel.

Zelfstandigen die uit kostenoverwegingen deze keuze maken, zullen de afweging moeten maken tussen verschillende kosten en besparingen die samenhangen met deze keuze. Daarbij gaat het vooral om het niet hoeven afdragen van premies, de (hogere) kosten die gepaard gaan met het oprichten en in stand houden van een bv en het verschil in belastingdruk tussen het werken als ib-ondernemer en als DGA.

Als de kosten van het oprichten en houden van een vennootschap niet in aanmerking worden genomen, dan is er een groep ib-ondernemers voor wie dit uit kostenoverwegingen (op de korte termijn) aantrekkelijk kan worden. Het gaat om de groep met een belastbare winst onder de ca.

[224] SEO (2023). *Waterbedeffecten van arbeidsmarktbeleid*. Amsterdam: SEO economisch onderzoek. De overige helft van de groei kan worden verklaard door economische, demografische en culturele ontwikkelingen zoals sectorverschuivingen, en vergrijzing.
[225] Zie paragraaf 4.3.

€30.000 per jaar.[226] Dat zijn ongeveer 470.000 zelfstandigen.[227] De regering acht het echter niet waarschijnlijk dat dit zal leiden tot significante aantallen ondernemers die een besloten vennootschap oprichten met als hoofddoel de verzekeringsplicht en -premie te vermijden. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat:

- Voor de meesten in deze groep, de besparing door de lagere premie niet veel groter is dan het bedrag dat zij aan extra belastingen zullen moeten betalen. Van de relatief kleine besparing die resteert, moeten de kosten van het oprichten en in stand houden van een vennootschap worden betaald. Hierdoor wordt de groep die per saldo kan besparen, kleiner.
- Zelfstandig ondernemers die verwachten dat hun winst in de toekomst tot boven het omslagpunt van nu ongeveer €30.000 groeit, de (beperkte) kostenbesparing door het oprichten van een vennootschap snel kunnen zien omslaan in een kostenstijging. Pas bij een winst van circa €200.000 wordt een vennootschap weer fiscaal aantrekkelijk.
- Zelfstandigen om uiteenlopende andere redenen kiezen voor een rechtsvorm (wel of geen vennootschap). Zoals beperking van aansprakelijkheid of overdraagbaarheid van een onderneming. Andere motieven spelen daarbij een kleinere rol, als de keuze eenmaal is gemaakt. Uit onderzoek van het CPB is gebleken dat verschillen in belastingdruk en netto-inkomen vaak geen reden zijn om te wisselen van rechtsvorm (met andere woorden het oprichten of juist beëindigen van een vennootschap).[228] Het oprichten van een vennootschap voor een beperkte kostendaling die bovendien onzeker is op de langere termijn (zie voorgaand punt), ligt daarom voor veel ondernemers niet voor de hand.
- Tegenover de premiekosten, staat een inkomensverzekering. Deze vertegenwoordigt een economische waarde. Zelfstandigen die deze waarde meewegen zullen minder geneigd zijn om een vennootschap op te richten om de verzekeringsplicht te vermijden.

Een andere theoretische mogelijkheid om buiten de kring van verzekerden te vallen, is door resultaatgenieter te worden in plaats van zelfstandig ondernemers. Een dergelijke overstap om de verzekeringsplicht te vermijden is echter onwaarschijnlijk. Hoewel resultaatgenieters niet verplicht verzekerd zijn, hebben zij ook geen recht op een aantal fiscale faciliteiten, zoals de MKB-winstvrijstelling en de ondernemersaftrek. Het is daarom niet financieel voordelig om resultaatgenieter te worden. Daarnaast heeft de zelfstandige maar beperkt invloed om zijn werkzaamheden als resultaat uit overige werkzaamheden aan te wijzen, er moet dan onder andere sprake zijn van het niet-werken in loondienst en het niet voor eigen rekening en risico drijven van een onderneming.

17.3 Effecten regeldruk

Met de in dit wetsvoorstel beschreven maatregel(en) wordt een groot gedeelte van de zelfstandigen verzekerd tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico.

Het onderhavige wetsvoorstel heeft met name gevolgen voor de regeldruk bij zelfstandig ondernemers en verzekeraars. De inhoudelijke nalevingskosten en de administratieve lasten vormen gezamenlijk de kosten die samenhangen met regeldruk.[229] De regering streeft ernaar de regeldruk voor burgers, bedrijven en professionals zoveel mogelijk te beperken.

17.3.1 Gevolgen regeldruk burgers/zelfstandigen

Dit wetsvoorstel zal gelden voor zelfstandig ondernemers. Het aantal zelfstandigen dat onder dit wetsvoorstel valt is naar schatting 1,13 miljoen (op basis van CBS-cijfers van 2019) en naar verwachting groeiend naar circa 1,4 miljoen in 2060.[230]

[226] De verklaring daarvoor is te vinden in paragraaf 17.3.
[227] Op basis van inkomensgegevens van zelfstandigen over 2019 van het CBS.
[228] CPB (2017). *Fiscaliteit en de rechtsvorm van ondernemingen*. Policy brief 2017/12. Den Haag: Centraal Planbureau.
[229] Voor de benodigde tijd per handeling is uitgegaan van de tijdsbestedingstabel en uurtarieven voor burgers/bedrijven uit het Handboek Meting Regeldrukkosten.
[230] Met behulp van gegevens van 2019 van het CPB en het CBS is de inschatting dat er circa 1,13 miljoen zelfstandigen onder het wetsvoorstel vallen. De cijfers van het CBS omvatten de zelfstandig ondernemers met

Eenmalig
Het voorstel zal onder meer leiden tot eenmalige regeldrukkosten voor zelfstandigen.

Kennisnemingskosten
Voor de zelfstandigen geldt dat zij kennis zullen moeten nemen van het voorstel. Dit leidt tot eenmalige kennisnemingskosten. De kennisnemingskosten worden geschat op circ €5 miljoen. Verschillende belangrijke elementen van dit wetsvoorstel waarvan de zelfstandige kennis zal moeten nemen zijn hieronder nader beschreven.

Overgangsrecht
Een deel van de groep zelfstandigen zal zich aanvullend op bovenstaande moeten verdiepen in het overgangsrecht dat betrekking heeft op die zelfstandigen die vóór inwerkingtreding van de voorgestelde wet al een arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben. Deze groep kan onder voorwaarden zijn verzekering continueren. De kennisnemingskosten van het overgangsrecht worden geschat op circa €850.000 gebaseerd op de aanname dat maximaal circa 200.000 zelfstandigen kennis moeten nemen van het voorgestelde overgangsrecht.[231] De kosten voor het maken van de inschatting of zij wel of niet uitvoering willen geven aan de mogelijkheid de private verzekering voort te zetten worden, bij een populatie van circa 200.000 zelfstandigen, geschat op €3,4 miljoen.

Opt-out
Indien de zelfstandige gebruik wenst te maken van de opt-out zal hij eerst de mogelijkheden moeten verkennen om een private arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten. Het gebruikmaken van de opt-out is uitdrukkelijk geen verplichting maar een optie waarbij de met de opt-out samenhangende regeldruklasten dus afhankelijk zijn van de keuze die de zelfstandige maakt.

Het bovenstaande geheel vergt van de zelfstandige die gebruik wenst te maken van de opt-out dat hij zich eerst informeert over de privaat beschikbare verzekeringen en de daarmee samenhangende kosten (zoals premielasten van de private verzekering, de dekking van de private verzekering en de kosten van de stabiliteitsbijdrage). Zodra de zelfstandige een keuze heeft gemaakt zal hij, doorgaans bij ondertekening van de verzekeringsovereenkomst, aan de verzekeraar verklaren dat hij gebruik wenst te maken van de opt-out uit de publieke verzekering (de verzekeraar kan zal de verklaring dan meesturen met de opt-out aanvraag bij UWV). Het is mede door de onzekerheid wat betreft de gedragseffecten onduidelijk wat de exacte omvang van de groep is die gebruik zal maken van de mogelijkheid tot opt-out. De huidige inschattingen gaan ervanuit dat een groep van 25% á 30% van de kring van verzekerden via het overgangsrecht danwel de mogelijkheid tot opt-out buiten de publieke verzekering zal vallen. De verwachting is ook dat door een ingroei-effect in de eerste jaren van de wet relatief meer mensen gebruik zullen maken van de mogelijkheid tot opt-out dan daarna. Wordt uitgegaan van een maximale "opt-out" via het overgangsrecht (naar inschatting maximaal 200.000) dan blijven er bij een totale uitstroom van bijvoorbeeld 30% van de populatie ongeveer 140.000 zelfstandigen over die gebruik zullen maken van de opt-out buiten het overgangsrecht.[232] Deze "opt-outkosten" worden op basis

en zonder personeel, tot een leeftijd van 65 jaar. In de praktijk zal de kring van verzekerden iets hoger uitvallen vanwege de AOW-leeftijd die boven de 65 jaar ligt. Ook is met behulp van gegevens van het CPB en het CBS de omvang van de beroepsbevolking in 2060 bepaald. Daarbij is aangenomen dat het aandeel zelfstandigen in de beroepsbevolking constant blijft na 2028. Gezien de onzekerheid van de toekomstige ontwikkeling van de (beroeps)bevolking en het aandeel van zelfstandigen daarin is deze raming zacht. Er is rekening gehouden met veroudering van de gemiddelde beroepsbevolking en met de verwachte groep 65-plussers die onder de kring van verzekerden valt. In 2060 zal het aantal zelfstandigen dat, volgens deze zachte raming onder de kring van verzekerden volgens dit wetsvoorstel valt, bijna 1,4 miljoen personen bedragen.

[231] Er zijn volgens cijfers van het CBS, in 2019 circa 200.000 zelfstandigen met een private arbeidsongeschiktheidsverzekering.

[232] 30% van 1,13 miljoen is circa 340.000. Gaan we uit van een maximale uitstroom via het overgangsrecht dan is er bij een totale "opt-out" van bijvoorbeeld 30% sprake van een uitstroom van ongeveer 140.000 zelfstandigen uit de publieke verzekering buiten het overgangsrecht (+ 200.000 die buiten de publieke verzekering blijven via het overgangsrecht).

van voorgaande geschat op maximaal circa €3,6 miljoen. Deze ingroeikosten, kunnen alhoewel gespreid over een langere periode, beschouwd worden als eenmalig.

Structureel
Naast de eenmalige kosten zal het voorstel ook leiden tot structurele regeldrukkosten voor zelfstandigen.

Kennisnemingskosten
De verwachting is dat er jaarlijks een groep startende zelfstandigen zal zijn die de kring van verzekerden instroomt. Verwachting is dat de daarmee samenhangende kennisnemingskosten beperkt zullen zijn. Stel dat er jaarlijks 10.000 tot 20.000 "nieuwe" zelfstandigen de verzekering instromen (dus van rechtswege onder de verzekering komen te vallen), die nog kennis moeten nemen van de voorgestelde wet, dan worden deze kennisnemingskosten geschat op jaarlijks circa €50.000 tot €100.000.

Premieheffing
Zelfstandigen (behorende tot de kring van verzekerden) vallen van rechtswege onder de nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering en zullen daarmee ook te maken krijgen met afdracht van de verzekeringspremie en de inning daarvan door de belastingdienst. Alhoewel afdracht van de verzekeringspremie in de vorm van een inhouding over het inkomen door de belastingdienst zal plaatvinden zal het afdragen van de premie extra handelingen met zich meebrengen. Denk daarbij aan het aanvragen van een voorschotbetaling bij de belastingdienst en het betalen van eventuele (premie)herzieningen na definitieve vaststelling van het inkomen. Deze kosten worden geschat op jaarlijks circa €4 miljoen.[233]

De wachttijd
De zelfstandige kan pas aanspraak maken op een uitkering wanneer de arbeidsongeschiktheid 52 weken heeft geduurd. Op het moment dat de zelfstandige ten gevolge van ziekte of gebrek uitvalt, vangt deze wachttijd aan. De zelfstandige wordt aangespoord om zich tijdig ziek te melden, zodat ook re-integratieondersteuning kan worden geboden. De ziekmelding dient in ieder geval de datum van de eerste ziektedag te bevatten, die ook in het verleden zou kunnen liggen. Dit laatste voorkomt onnodige regeldruk omdat de zelfstandige zo bij (mogelijk) kortdurend verzuim niet direct een melding hoeft te maken bij UWV. De verwachting is dan ook dat het overgrote deel van de ziektesituaties niet gemeld zal worden omdat in veel gevallen de directe inschatting zal zijn dat er geen sprake is van (potentieel) langdurige uitval.

Het is vanwege het karakter van de wet en de verzekerde populatie moeilijk in te schatten wat de verhouding is tussen het aantal ziekmeldingen en het daadwerkelijk aantal uitkeringsaanvragen. Onder meer omdat een ziektemelding, anders dan binnen het arbeidsrecht, vermoedelijk vaak niet gedaan zal worden als de kans beperkt is dat er sprake zal zijn van langdurig verzuim.
Voorbeeldscenario: bij een jaarlijks aantal ziekmeldingen gelijk aan twee keer de indicatie van het aantal ingeschatte daadwerkelijke uitkeringsaanvragen gaat het om circa 40.000 tot 48.000 ziekmeldingen. De regeldruk die komt kijken bij een ziekmelding zal naar inschatting overigens beperkt zijn. Zeker is dat het aantal ziekmeldingen hoger ligt dan het aantal uitkeringsaanvragen. Bij (bijvoorbeeld) 48.000 ziekmeldingen zullen deze kosten worden geschat op jaarlijks circa €400.000.
Binnen een termijn van dertien weken na ontvangst van de ziekmelding beslist UWV of de wachttijd is ingegaan, per welke datum de wachttijd is ingegaan en of de wachttijd op het moment van de beslissing nog loopt. In een deel van de situaties zal het zijn dat UWV aanvullende informatie nodig heeft in de vorm van een gesprek of documenten. Als voor de helft van de ziekmeldingen aanvullende informatie wordt gevraagd, gaat dit gepaard met een regeldruk van jaarlijks circa €200.000.

[233] Bij de berekening is als uitgangspunt gehanteerd dat het gaat om 930.000 zelfstandigen (1,13 miljoen minus het ingeschatte maximaal van 200.000 zelfstandigen dat gebruik maakt van het overgangsrecht en dat bij invoer van de wet al een arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft).

Aan de zelfstandige kan tijdens de wachttijd re-integratieondersteuning worden geboden. Nu dit op puur vrijwillige basis gebeurt, is hiervoor geen regeldrukberekening gemaakt.

De aanvraag en de claimbeoordeling
Aan het einde van de wachttijd wordt het recht op uitkering getoetst. Voor het recht op uitkering moet worden voldaan aan een aantal (cumulatieve) voorwaarden. Het recht op uitkering zal getoetst worden door UWV of bij overgangsrecht of opt-out door de private verzekeraar (in een zogenaamde claimbeoordeling). Dat vereist dat de zelfstandige voorafgaand aan de beoordeling een aanvraag met de benodigde relevante informatie bij UWV of de private verzekeraar indient (dat is bij UWV mogelijk vanaf de 42ste week van de ziekte). Indien nodig kan de zelfstandige, als onderdeel van de claimbeoordeling, opgeroepen worden voor een spreekuur. De kosten voor de aanvraag en claimbeoordeling worden geschat op jaarlijks circa €700.000 tot €800.000.[234]

Tijdens de uitkering
Tijdens de uitkering doet de zelfstandige een beroep op een publieke verzekering (indien er geen sprake is van een opt-out). Aan dat beroep zijn een aantal voorwaarden en verplichtingen verbonden. Denk daarbij onder meer aan de in hoofdstuk 11 uiteengezette informatieplicht, de plicht tot het vergroten van de mogelijkheden tot het verrichten van arbeid en de plicht inspanningen te verrichten gericht op inschakeling in arbeid. Onderdeel van deze verplichtingen zijn onder meer de inspanningen die verricht (moeten) worden in het kader van herstel en re-integratie maar ook de verplichting het UWV op de hoogte te houden van (veranderingen) in het inkomen.

Tegenover bovenstaande verplichtingen staat dat arbeidsongeschikte zelfstandigen zonder dit wetsvoorstel sneller in de bijstand geraken. Ook in de bijstand gelden verplichtingen. Ook zal de zelfstandige in de, thans bestaande situatie en zonder bijstand, in de meeste gevallen zelf al re-integratie-inspanningen verrichten gericht op herstel en werkhervatting (in oorspronkelijke werk of in ander passend werk) en bij de inschakeling van re-integratieondersteuning ook kosten maken. De re-integratie-inspanningen na instroom in de uitkering zullen dus veelal in de plaats komen van de inspanningen die ook zonder dit wetsvoorstel verricht worden of zouden worden.

Opt-out
De verwachting is dat er naast de eenmalige ingroei-effecten (zie onder "eenmalig") ook een doorlopende instroom van nieuwe zelfstandigen is die de kring van verzekerden instroomt. Een deel van hen zal gebruik maken van de mogelijkheid uit de publieke verzekering te stappen. De structurele kosten van de opt-out worden, in het geval deze groep bijvoorbeeld 5.000 zelfstandigen per jaar betreft, geschat op jaarlijks circa €130.000. Wat de daadwerkelijke exacte omvang van deze groep is, is nog onduidelijk.

Bij het bovenstaande gelden de volgende kanttekeningen:
- Er is ervan uitgegaan dat alle zelfstandigen zelf van alle mogelijke opties kennisnemen, en zonder tussenkomst van een derde een verzekeringsovereenkomst met een verzekeraar sluit. Bij een dergelijke "execution only" afsluiten van een verzekering, zal de zelfstandige een vragenlijst moeten beantwoorden, om helder te krijgen of de zelfstandige genoeg financiële kennis heeft voor het afsluiten van een ingewikkeld verzekeringsproduct.
- Het ligt in de lijn der verwachting dat het grootste gedeelte van de zelfstandigen via een financieel adviseur - een bemiddelaar -de private verzekering, voor opt-out, zal gaan afsluiten. Die zal een behoorlijk gedeelte van de kennisnemingskosten uit handen nemen, en er hoeft

[234] Bij de berekening is als uitgangspunt gehanteerd dat het gaat om circa 930.000 "extra" zelfstandigen die te maken krijgen met deze regeldruk (1.13 miljoen minus het ingeschatte maximaal van 200.000 zelfstandigen dat gebruik maakt van het overgangsrecht en vóór de inwerkingtreding van de voorgestelde wet dus al een arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft en dus ook vóór de inwerkingtreding van de voorgestelde wet al soortgelijke kosten maakt). Er is voor deze groep (930.000), in dit voorbeeld, uitgegaan van 20.000 tot 24.000 aanvragen per jaar.

dan geen vragenlijst door zelfstandigen te worden ingevuld bij het afsluiten van de verzekering. Daarentegen moeten zelfstandigen wel voor de bewezen diensten van de adviseur betalen.

Omdat de precieze verhouding van het al dan niet via een adviseur afsluiten ongewis is, is er voor de regeldrukberekening gekozen om aan alle zelfstandigen die wensen over te stappen, kosten toe te rekenen.

Een opt-out verzekering zal, na afsluiting, voor de zelfstandige in de meeste gevallen een soortgelijke regeldruk met zich meebrengen als de publieke verzekering. Die regeldruk is behoudens de regeldruk die direct betrekking heeft op de keuze uit de publieke verzekering te stappen al meegenomen in de hierboven beschreven handelingen en regeldruk (zie onder andere de wachttijd en aanvraag en claimbeoordeling).

Kanttekening regeldrukkosten zelfstandigen
Het wetsvoorstel zal voor een deel van de zelfstandigen leiden tot geen of een beperkte toename van de regeldruk. Ook nu al is een grote groep zelfstandigen verzekerd voor arbeidsongeschiktheid. Ook in die gevallen geldt dat de zelfstandige vóór en bij het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst kennisnemingskosten heeft, verplichtingen tijdens de afgesproken wachttijd heeft, premie dient af te dragen, bij een (uitkerings)aanvraag een claimbeoordeling zal moeten doorlopen en tijdens de uitkering zal moeten voldoen aan onder meer verplichtingen tot re-integratie. Ook die zelfstandigen die nu niet verzekerd zijn voor arbeidsongeschiktheid krijgen te maken met (regel)druk. Zij zullen bij verlies van hun inkomen ten gevolge van arbeidsongeschiktheid tenslotte alsnog in een inkomen moeten voorzien. Voor een aanzienlijke groep lukt dat niet (ook niet via een inkomen van de eventuele partner of het opeten van vermogen). Een deel van deze zelfstandigen doen uiteindelijk een beroep op de bijstand. Ook de bijstand kent verplichtingen en voorwaarden en naleving daarvan brengt daarmee de nodige regeldruk met zich mee. Resumerend zal de voorgestelde wet niet alleen regeldruk met zich meebrengen, maar elders ook kunnen leiden tot vermindering van regeldruk voor zelfstandigen. De vermindering van de regeldruk ten gevolge van dit wetsvoorstel is niet in kaart gebracht.

Handelingen zelfstandigen	**lasten (x €)**
<u>Eenmalig:</u>	
- Kennisnemen van de het wetsvoorstel (exclusief overgangsrecht)	5.000.000
- Kennisnemen van het overgangsrecht	850.000
- Maken en uitvoeren van keuze gebruik te maken van het overgangsrecht	3.400.000
- Kosten ingroei opt-out	3.600.000
Totaal eenmalige kosten	**12.850.000**
<u>Structureel</u>	
- Kennisnemen van het wetsvoorstel door nieuwe verzekerden (geschatte bovengrens)	100.000
- Premieafdracht en belastinginning	4.000.000
- Melding en vaststelling eerste ziektedag	400.000
- Verstrekken aanvullende informatie i.v.m. vaststellen ingang wachttijd	200.000
- Ingeschatte bovengrens aanvraag uitkering en claimbeoordeling (einde wachttijd)	800.000
- Jaarlijkse kosten i.v.m. keuze om gebruik te maken van de opt-out	130.000
Totaal structurele kosten (op jaarbasis)	**5.530.000**

17.3.2 Gevolgen regeldruk verzekeraars

Deze maatregel schept voor zelfstandigen de mogelijkheid om uit de publieke verzekering te stappen (opt-out). Voorwaarde voor de stap is dat de zelfstandige een private verzekering afsluit die voldoet aan een aantal voorwaarden. Verzekeraars die deze "opt-out markt" willen betreden zullen dan ook een of meerdere verzekeringen moeten aanbieden die voldoen aan die voorwaarden.

Eenmalig

Kennisnemingskosten

Voor de verzekeraars en bemiddelaars geldt dat zij kennis zullen moeten nemen van dit voorstel. Dit leidt tot eenmalige kennisnemingskosten. De kennisnemingskosten worden geschat op circa €430.000 tot €860.000 gebaseerd op de aanname dat circa tweeduizend tot vierduizend professionals kennis moeten nemen van het voorstel.

Ontwikkeling opt-outproduct en aanpassing of totstandbrenging infrastructuur

De private verzekeraar zal naar inschatting hoogstens enkele verzekeringsproducten ontwikkelen/tot stand brengen die voldoen aan het toetsingskader.[235] Dat heeft in beginsel een eenmalig karakter. Datzelfde geldt voor de bij de verzekering behorende te ontwikkelen schriftelijke informatieverstrekking en schriftelijk beschreven polisvoorwaarden. Naast het ontwikkelen van het verzekeringsproduct en de daarbij behorende bijsluiters is ook de verwachting dat de private verzekeraars die een verzekering, die voldoet aan het toetsingskader van de opt-out, aanbieden eenmalig een infrastructuur zullen opzetten die zorgt voor automatisering van het opt-outproces (van een geautomatiseerde aanvraag van de opt-out naar UWV tot een geautomatiseerde inning en afdracht van de stabiliteitsbijdrage). De kosten hiervan zijn thans niet kwantificeerbaar en behoren tot de reguliere bedrijfsvoering waar het gaat om het ontwikkelen van (nieuwe of aangepaste) verzekeringsproducten en wordt zodoende niet geclassificeerd als regeldrukkosten.

Overgangsrecht

Zelfstandigen die thans een private verzekering hebben, kunnen deze arbeidsongeschiktheidsverzekering continueren. De verzekeraar zal moeten nagaan of de huidige arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voldoen aan de voorwaarden daartoe. De daaraan verbonden kosten worden geschat op circa €260.000.[236]

Als de zelfstandige wenst om de private verzekering te continueren in de plaats van de publieke verzekering, dient de verzekeraar bij UWV aanvraag op grond van het overgangsrecht te doen waarbij de verzekeraar UWV verzoekt te besluiten de betreffende zelfstandige buiten de publieke verzekering te houden. De daaraan verbonden kosten worden geschat op circa €260.000.[237]

Opt-out

Naast de hieronder beschreven structurele kosten van de opt-out is de verwachting dat het aantal mensen dat uit de publieke verzekering stapt, door gebruik te maken van de opt-out, in de eerste jaren na invoering van de voorgestelde wet hoger zal liggen dan het meer structurele/consistente aantal in de jaren daarna. Wordt uitgegaan van een maximale "opt-out" via het overgangsrecht (naar inschatting 200.000, die kosten zijn hierboven al meegenomen) dan blijven er bij een totale uitstroom van bijvoorbeeld 30% ongeveer 140.000 zelfstandigen over die gebruik zullen maken

[235] Deze inschatting is onder meer gemaakt met input van de relevante brancheverenigingen.

[236] Inschatting is dat verzekeraars in overwegende mate geautomatiseerd kunnen vaststellen of een lopende verzekering onder de voorwaarden van het overgangsrecht valt of niet (door te filteren of aan de minimumvoorwaarden van het overgangsrecht is voldaan).

[237] Inschatting is dat verzekeraars in overwegende mate geautomatiseerd zullen/kunnen aangeven dat de zelfstandige gebruik wens te maken van de mogelijkheid om op grond van het overgangsrecht buiten de publieke verzekering te blijven.

CONCEPT

van de opt-out buiten het overgangsrecht.[238] Deze "opt-outkosten" worden geschat op ruim €700.000 en kunnen gezien het "ingroei-component", alhoewel gespreid over een langere periode, als eenmalig worden beschouwd.[239]

Structureel

Naast de eenmalige kosten zal het voorstel ook leiden tot structurele regeldrukkosten voor verzekeraars. Daarbij merkt de regering op dat een discussie kan worden gevoerd of de uit dit wetsvoorstel voortkomende handelingen van verzekeraars ook als extra regeldruklasten gezien moet worden. Dit in ieder geval waar het gaat om een, als gevolg van het wetsvoorstel, toename van het aantal door private verzekeraars overeengekomen arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

Opt-out

De private verzekering voor opt-out die de verzekeraar aanbiedt en de totstandkoming daarvan dient te voldoen aan een aantal, in dit wetsvoorstel, beschreven voorwaarden en verplichtingen:

1. De verzekeraar dient de arbeidsongeschiktheidsverzekering(en) die hij als opt-out wenst aan te bieden te toetsen aan het toetsingskader.
2. De verzekeraar zal de zelfstandigen die een opt-out verzekering wenst af te sluiten precontractueel moeten informeren binnen de eisen van onder meer de Wft. Die verplichting geldt thans (vóór invoering van deze voorgestelde wet) ook al, maar met deze wet worden daarbij voor de private verzekering, met als doel tot een opt-out te komen, een aantal aanvullende eisen gesteld.
3. Een verzekeraar zal waar het gaat om de totstandkoming, overgang en beëindiging van een opt-out een contact moeten leggen met UWV.
4. Met de totstandkoming van de opt-out verbindt de verzekeraar zich ook aan de plicht tot het afdragen van de stabiliteitsbijdrage.

Zoals hierboven al beschreven is de verwachting van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (na overleg met het Verbond van Verzekeraars) dat verzekeraars (per verzekeraar) hoogstens enkele verzekeringsproducten ontwikkelingen/ tot stand brengen die voldoen aan het toetsingskader (1). Dat heeft in beginsel een eenmalig karakter.
Datzelfde geldt voor de bij de verzekering behorende schriftelijke informatieverstrekking en schriftelijk beschreven polisvoorwaarden (2).
Ook voor het aanvragen van de opt-out uit de publieke verzekering ligt een geautomatiseerd proces voor de hand (3).
Afdracht van de stabiliteitsbijdrage aan UWV is een nieuwe component waarbij ook de verwachting is dat vergaande automatisering voor de hand ligt. Datzelfde geldt voor de inning van de stabiliteitsbijdrage die in de praktijk waarschijnlijk samen zal vallen met de inning van de verzekeringspremie (4). Alhoewel de verwachting is dat het voldoen aan en uitvoering geven aan bovenstaande vier verplichtingen en voorwaarden grotendeels geautomatiseerd kan worden gaan we toch uit van extra structurele regeldrukkosten. Het gaat om circa €30.000 tot €90.000 per jaar uitgaande van het voorbeeld van een jaarlijkse instroom/uitstroom van 5.000 tot 15.000 zelfstandigen in/uit de opt-out.[240] Voor de uitvoering van de inning en afdracht van de stabiliteitsbijdrage van de gehele populatie buiten de publieke verzekering (overgangsrecht en opt-out) gaan we uit van circa €440.000 op jaarbasis. Deze kosten zullen bijvoorbeeld voortkomen uit

[238] 30% van 1,13 miljoen is circa 340.000. Gaan we uit van een maximale uitstroom via het overgangsrecht dan is er bij een totale "opt-out" van bijvoorbeeld 30% sprake van een uitstroom van ongeveer 140.000 zelfstandigen uit de publieke verzekering (+ 200.000 die buiten de publieke verzekering blijven via het overgangsrecht).
[239] Inschatting is dat verzekeraars in overwegende mate geautomatiseerd kunnen vaststellen of een lopende verzekering onder het overgangsrecht/toetsingskader valt of niet (door te filteren of aan de minimumvoorwaarden van het overgangsrecht is voldaan). In sommige gevallen is wellicht, niet geautomatiseerd contact nodig.
[240] Inschatting is dat verzekeraars in overwegende mate geautomatiseerd kunnen vaststellen of een lopende verzekering onder het overgangsrecht/toetsingskader valt of niet (door te filteren of aan de minimumvoorwaarden van het overgangsrecht is voldaan). In sommige gevallen is wellicht niet geautomatiseerd contact nodig.

persoonlijk contact dat nodig is omdat een geautomatiseerde handeling in een specifiek geval niet goed gaat of niet volstaat of omdat de verzekeraar of zelfstandige vragen aan elkaar hebben.

Regeldrukkosten bemiddelaar
Een gedeelte van de hierboven beschreven regeldruk en handelingen kan, mits passend binnen de reeds bestaande wetgeving, in de praktijk bij de bemiddelaar komen te liggen in de plaats van bij de verzekeraar zelf. Denk dan met name aan de precontractuele verplichtingen die verzekeraar of bemiddelaar op basis van de Wft richting de zelfstandige heeft.

Handelingen verzekeraars	**lasten (x €)**
Eenmalig:	
- Kennisnemen van de het wetsvoorstel (ingeschatte bovengrens) **- Overgangsrecht** **- Kosten ingroei opt-out**	860.000 260.000 + 260.000 = 520.000 700.000
Totaal eenmalige kosten	**2.080.000**
Structureel	
- Structurele kosten instroom/uitstroom opt-out (bovengrens) **- Jaarlijkse kosten inning en afdracht stabiliteitsbijdrage**	90.000 440.000
Totaal structurele kosten (op jaarbasis)	**520.000**

17.4 Inkomenseffecten
Net als de arbeidsmarkteffecten zijn de inkomenseffecten van de invoering van een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen afhankelijk van zowel algemene als individuele factoren. Individuele factoren zijn hierbij niet goed in kaart te brengen. In deze paragraaf worden de algemene inkomenseffecten zo goed mogelijk in beeld te brengen.

De belangrijkste algemene factoren voor de inkomenseffecten zijn de hoogte van het premiepercentage, de (gemaximeerde) premie- en uitkeringsgrondslag en de fiscale behandeling (aftrekbaarheid) van de premie. Daarnaast speelt de mate waarin zelfstandigen in staat zijn om de premiekosten door te berekenen in hun tarieven een bepalende rol voor de inkomenseffecten van dit voorstel.

Tegenover de premiebetaling staat een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid. Die uitkering voorziet in een inkomen op het moment dat iemand minder, of helemaal niet meer, door arbeidsongeschiktheid kan voorzien in zijn eigen inkomen. Daarom kan de arbeidsongeschiktheidsverzekering niet worden gezien als enkel lastenverhogend voor een zelfstandige. Immers, met het betalen van de premie ontstaat recht op een uitkering. De inkomenseffecten van het verkrijgen van een uitkering zijn niet in kaart gebracht – het inkomenseffect van het ontvangen van een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid ten opzichte van het niet ontvangen van zo'n uitkering is uiteraard altijd positief.

Premie doorberekenen
De mogelijkheden tot doorberekenen zijn sterk afhankelijk van (vooral) de mate van concurrentie tussen zelfstandigen en hun marktmacht ten opzichte van opdrachtgevers. Het verplichte karakter van de verzekering speelt hierin een cruciale rol: een marktbrede verhoging van kosten maakt het voor veel zelfstandigen mogelijk om deze kosten in hoge mate door te berekenen. Immers, alle zelfstandigen komen onder de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering te vallen.

Zoals onderzoeksbureau SEO schrijft zal de mate van doorberekening bepaald worden door de prijsgevoeligheid van opdrachtgevers enerzijds, en zelfstandigen anderzijds. [241] Met de prijsgevoeligheid van opdrachtgevers (elasticiteit van de vraag) wordt de mate bedoeld waarin opdrachtgevers minder diensten of producten gaan afnemen als de tarieven of productprijzen van zelfstandigen toenemen. De prijsgevoeligheid van zelfstandigen zelf (elasticiteit van het aanbod) wijst op de mate waarin zelfstandigen meer opdrachten gaan uitvoeren als ze meer betaald krijgen voor de opdrachten. Kort gezegd wordt de last van de premiekosten gedragen door de kant van de arbeids- of productenmarkt die het minst prijsgevoelig is.

Dit zal in de praktijk variëren per sector. In sectoren waarin veel zelfstandigen werken, zoals de kunstsector, de haar- en schoonheidsverzorging, het industrieel ontwerp, de afwerking van gebouwen en de landbouw, bosbouw en visserij, zullen zelfstandigen de kosten van de premie relatief goed kunnen doorberekenen, omdat alle zelfstandigen in de sector de premie zullen moeten betalen. In sectoren waar relatief weinig zelfstandigen werken, zoals het verhuur van roerende goederen of het goederenvervoer over land, geldt dat de zelfstandigen die te maken krijgen met de premie, hun kosten moeten verhogen terwijl een groot deel van de werkenden in de sector dat niet hoeft. Voor hen zal doorberekenen van de premie in hun tarieven of prijzen lastiger zijn. Dit geldt ook voor sectoren waar de meeste zelfstandigen reeds een verzekering hebben, waardoor zij niet te maken krijgen met een verhoging van de kosten.

Arbeidsmarktkrapte zal hierbij naar verwachting ook een rol spelen. Door krapte is het voor opdrachtgevers lastig om mensen te vinden om werk te verzetten. De verwachting is dat er in de komende jaren enige mate van krapte zal blijven bestaan. Door krapte hebben opdrachtgevers minder marktmacht, en kunnen zij dus minder kieskeurig zijn: zij zullen niet snel veel minder diensten gaan afnemen als de tarieven van zelfstandigen toenemen. In sectoren waar grote personeelstekorten zijn, zoals de zorg, het onderwijs, de techniek, de ICT en beroepen die nodig zijn voor de klimaattransitie, is het de verwachting dat zelfstandigen relatief goed de kosten van de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering kunnen doorberekenen aan hun opdrachtgevers.

Uit een enquête van SEO uit 2021, waarbij zelfstandigen is gevraagd zich in te beelden dat er sprake is van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering min of meer conform de parameters die dit wetsvoorstel ook neerlegt, blijkt dat zo'n 44% van de zelfstandigen verwacht de premiekosten door te zullen berekenen. [242] De zelfstandigen die hun tarieven of bedragen zouden verhogen, verwachten dat zij gemiddeld 60% van de kosten zullen doorberekenen aan opdrachtgevers.

Deze analyse geeft geen harde conclusie over of, en in welke mate, zelfstandigen de premie van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zullen kunnen doorberekenen. Wel is duidelijk dat, dankzij de verzekeringsplicht die dit wetsvoorstel vastlegt, het relatief eenvoudiger wordt voor zelfstandigen om de premie door te berekenen. De prijsgevoeligheid van zelfstandigen en opdrachtgevers, per sector maar ook individueel, zal hierbij ook een rol spelen, net als de mate van arbeidsmarktkrapte. Een deel van de zelfstandigen zal de volledige premie door kunnen berekenen; een deel zal dit deels kunnen doorberekenen in zijn of haar tarieven en deels uit eigen portemonnee moeten betalen, en een deel zal de premie geheel moeten betalen uit het eigen besteedbare inkomen. Dit kan overigens tot gevolg hebben dat een aantal zelfstandigen besluit om meer of juist minder te gaan werken, te stoppen met werken, of op een andere wijze arbeid te gaan verrichten, zoals geschetst in paragraaf 17.2.

[241] SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
[242] SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

Als de premie niet (helemaal) doorberekend kan worden
Het hiernavolgende beschrijft wat er gebeurt als zelfstandigen de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering niet (helemaal) kunnen doorberekenen in hun tarieven, en zij de premie dus deels "uit eigen zak" moeten betalen. In deze analyse is gerekend met een (publieke of private) premie van 6,5% met een maximumgrondslag van 142,86% van het WML. Deze analyse beschrijft *niet* de inkomenseffecten van het hebben van een private verzekering met een premie die hoger is dan die van de publieke. Hiervoor is gekozen omdat dit altijd een vrije keuze is van een zelfstandige om te kiezen voor een (duurdere) private premie en de bijbehorende dekking. De inkomensgevolgen zijn dus ook voor de rekening van de zelfstandige.

Onderstaande tabel toont de effecten van de premie op het netto besteedbare inkomen voor een alleenstaande zelfstandige.[243] Hierin zijn twee varianten van doorberekenen van de premie opgenomen: niet doorberekenen of voor de helft doorberekenen. Bij volledig doorberekenen zijn er voor de zelfstandige grosso modo geen inkomenseffecten, gegeven het aantal gewerkte uren.

	WML	**Maximale premiegrondslag[244]**	**Modaal**	**1,5 keer modaal**
A. Bruto winst	27.395	36.237	44.000	66.000
B. Premie verzekering	1.781	2.355	2.355	2.355
C. Netto besteedbaar inkomen zonder verzekering	25.655	30.427	33.778	44.878
D. Netto besteedbaar inkomen met verzekering, zonder doorberekenen	24.003	29.546	32.863	43.675
E. Netto besteedbaar inkomen met verzekering, voor de helft doorberekend[245]	24.846	29.987	33.304	44.277
		0		
Netto inkomenseffect in euro's		0		
F. Bij niet doorbereken (D-/-C)	-1.653	-881	-915	-1.203
G. Bij doorberekenen voor de helft (E-/-C)	-810	-441	-474	-602
		0		
Netto inkomenseffect in %		0		
H. Bij niet doorbereken (F/C)	-6,4%	-2,9%	-2,7%	-2,7%
I. Bij doorberekenen voor de helft (G/C)	-3,2%	-1,4%	-1,4%	-1,3%

Het inkomenseffect is het grootst voor zelfstandigen met relatief lage inkomens, rond het WML. Als zij de premie geheel niet kunnen doorberekenen in hun tarieven, gaan zij er 6,4% op achteruit; bij 50% doorberekenen gaan zij er 3,2% op achteruit, en zo is het inkomenseffect proportioneel aan de premiehoogte die *niet* wordt doorberekend. Het netto-effect in procenten is voor deze groep ongeveer even groot als het bruto-effect.

De inkomenseffecten worden iets gedempt als het inkomen hoger ligt. Zo gaat iemand die exact de maximale premiegrondslag verdient , er slechts 1,4% op achteruit als hij of zij de helft van de premiekosten zelf draagt.

[243] Het inkomen van deze zelfstandige valt volledig binnen box 1 van de inkomstenbelasting en hij of zij heeft recht op zelfstandigenaftrek. Er is gerekend met het WML en de belastingtarieven en -schijfgrenzen van 2024
[244] Dit betreft de situatie dat het inkomen gelijk is aan de maximale premiegrondslag, namelijk 142,86% van het WML exclusief vakantietoeslag, zie hiervoor ook hoofdstuk 6.1.1.
[245] In het kader van de eenvoud is hiervoor gekeken naar het effect op het inkomen als de premie niet 6,5% is maar 3,25%. In werkelijkheid zal het inkomenseffect bij het kunnen doorberekenen van de helft van de premie net iets anders uitpakken.

Er zijn twee redenen waarom het inkomenseffect groter is voor zelfstandigen met lagere inkomens, zoals op of rond het WML. Ten eerste betalen deze zelfstandigen premie over hun gehele inkomen, omdat hun inkomen onder de maximale grondslag ligt. Daar staat tegenover dat ook hun hele inkomen (voor 70%) is verzekerd. Daarnaast missen zelfstandigen met lagere inkomens het fiscale voordeel van aftrekbaarheid van de premie.[246] Dat komt doordat deze groep ook zonder premie al weinig tot geen inkomstenbelasting betaalt.

Voor zelfstandigen met hogere inkomens is het inkomenseffect iets beperkter. De bruto premie stijgt met het inkomen, totdat het inkomen boven de maximumgrondslag uitkomt. Maar het procentuele inkomenseffect daalt. Deze groep betaalt namelijk wel inkomstenbelasting en kan de fiscale aftrek van de premie dus verzilveren. Vanaf de maximumgrondslag neemt de premie in euro's niet verder toe en wordt het dus lager als percentage van het inkomen. De andere kant van deze medaille is dat niet alleen de premie, maar ook het verzekerde inkomen voor deze groepen ook lager is ten opzichte van hun totale inkomen.

17.5 Rentehobbel

De regering streeft naar een gelijk speelveld voor private verzekeraars en UWV, waarbij beide een rol voor zelfstandigen kan pakken. Via UWV wordt geborgd dat iedere zelfstandige een verzekering kan krijgen; via de private markt wordt geborgd dat aan de individuele verzekeringsbehoeften van veel zelfstandigen tegemoet kan worden gekomen.

De financiering van private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen dient op grond van de Wft gebaseerd te zijn op rentedekking. Dat betekent dat de premie die private verzekeraars moeten vragen, zo moet worden vastgesteld dat deze voldoende is om de verwachte uitkering, uitvoeringskosten en rendement ook op termijn te kunnen financieren. Voor de publieke arbeidsongeschiktheidsverzekeringen geldt het omslagstelsel. Dit houdt in dat de totale premies de totale uitkeringslasten en uitvoeringskosten dienen te dekken in een specifiek jaar. Dat brengt bij de publieke verzekering met zich mee dat in de opbouwfase – waarin zelfstandigen nog moeten instromen in de regeling – maar beperkt premie hoeft te worden geheven om de verwachte uitkeringslasten en uitvoeringskosten te bekostigen.

Het voordeel dat de publieke verzekering daarmee heeft ten opzichte van de private verzekering is zo sterk, dat de private verzekeraars in de beginfase na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel niet kunnen concurreren met de publieke verzekering. De te hanteren private premie zou veel hoger zijn dan in de publieke verzekering. Een dergelijk probleem is niet nieuw. Dit probleem speelde ook bij de totstandkoming van de Wet WIA. Er is toen gekozen om deze zogeheten rentehobbel te mitigeren in de publieke premie voor de Wet WIA.[247] De rentehobbel in een bepaald jaar is het verschil tussen de premie die benodigd is voor het omslagstelsel in dat betreffende jaar en de structureel ingegroeide premie voor de regeling. Om tot een eerlijk speelveld te komen werd de publieke premie in de ingroeiende fase verhoogd met een opslag voor de rentehobbel. De regering stelt voor om ook voor deze verzekering de rentehobbel te mitigeren in de publieke premie. Dat betekent dat de publieke premie op het moment van inwerkingtreding zo wordt vastgesteld dat deze gelijk is aan de premie op het moment dat de verzekering volledig is ingegroeid.

Omdat er enige periode zit tussen dit wetsvoorstel en de verwachte inwerkingtreding, wenst de regering de precieze berekeningswijze rondom deze rentehobbel nog niet verder vast te leggen. Voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel zal in overleg worden getreden met relevante experts om zo een berekening van de rentehobbel vast te stellen die als opslag op de publieke premie geldt. Deze rentehobbel-opslag is, zoals uitgeschreven in 17.1.2, onderdeel van het premiepercentage dat UWV vaststelt voor een bepaald jaar. De regering voorziet thans dat de met de rentehobbel vastgestelde publieke premie leidt tot cumulatie van zo'n €20 miljard aan premie-inkomsten, het rentehobbelvermogen, in het fonds waaruit de publieke arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden betaald. Dit is gelijk aan het bedrag dat nodig is om de

[246] Net als voor alle andere fiscale aftrekposten in de inkomstenbelasting.
[247] Kamerstukken II 2004/05, 30118, nr. 3, p. 24 e.v.

toekomstige uitkeringslasten te dekken als die lasten niet zouden kunnen worden "omgeslagen" over nieuwe toetreders tot de publieke verzekering, maar zouden moeten worden gedekt uit opgebouwd kapitaal.

17.6 Herstel- en Veerkrachtplan

De invoering van een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen is opgenomen in het Nederlandse Herstel- en Veerkrachtplan (HVP). Door middel van het HVP maakt Nederland aanspraak op 5,4 miljard euro aan middelen uit de Europese Herstel en Veerkrachtfaciliteit (HVF). De HVF is zo opgebouwd dat uitbetaling conditioneel is aan het behalen van hervormingen en investeringen. De middelen worden in vijf tranches aan Nederland uitgekeerd als de vastgelegde mijlpalen en doelstellingen zijn behaald. De in het HVP afgesproken juridisch bindende mijlpalen zijn:

- Het publiceren van een wet in het Staatsblad in, uiterlijk, het eerste kwartaal van 2025. Dat brengt met zich mee dat daarvoor het wetsvoorstel door het parlement moet zijn aangenomen.
- De Tweede Kamer wordt in het eerste kwartaal van 2026 geïnformeerd over de laatste stand van zaken rondom de invoering door de (beoogde) uitvoerders.

Binnen de vereisten van de uitvoering van de mijlpalen moet de hervorming uiterlijk 31 maart 2026 zijn voltooid, maar is rekening gehouden met een redelijke overgangsperiode voor de effectieve toepassing van de verzekering. Het is mogelijk dat het Nederlandse HVP bij uitblijven van hervormingen of belangrijke investeringen niet meer voldoet aan de strikte eisen die wettelijk zijn vastgelegd in de HVF-verordening. Het gaat dan met name om de eis dat een significant deel van de relevante landspecifieke aanbevelingen (LSA) adequaat dient te zijn geadresseerd.

17.7 Overhevelen gelden ZEZ

Thans kunnen zelfstandigen – zijnde zowel IB-ondernemers, mensen die ROW genieten als DGA's – een uitkering krijgen van ten minste zestien weken tijdens en na de zwangerschap. Deze uitkering heet de Zwanger en Zelfstandig-uitkering, geregeld in de Wet arbeid en zorg. Tegenover deze uitkering staat geen premieverplichting. Daarvan is bij de totstandkoming van deze regeling afgezien, omdat de uitvoeringskosten en administratieve lasten verbonden aan de heffing en inning van deze premies in geen verhouding tot de te verstrekken uitkeringen staan.[248] Dit standpunt is ingenomen in de tijd dat er geen verzekering was waarvoor zelfstandigen op soortgelijke wijze premieplichtig zijn. Dat is er, na ommekomst van dit wetsvoorstel, wel.

Werknemers betalen – via de werkgeversbetaling aan het Arbeidsongeschiktheidsfonds – mee aan de hen toekomende zwangerschaps-en bevallingsuitkeringen.[249] Om (oneigenlijke) concurrentie op arbeidsvoorwaarden tegen te gaan en een gelijk speelveld na te streven, stelt de regering voor om ook IB-ondernemers bij te laten dragen aan de ZEZ-uitkeringen. Dit wordt gedaan door enerzijds de premie voor deze regeling vast te stellen met een opslag van ongeveer 0,3 procentpunt, en anderzijds de rijksbijdrage die aan het Arbeidsongeschiktheidsfonds toekomt ter dekking van de ZEZ-uitkeringen, te verminderen met de begrote ZEZ-lasten voor IB-ondernemers.[250] Voor overige zelfstandigen – DGA's en mensen die ROW verdienen – blijft de rijksbijdrage in stand.

17.8 Artikel 3.1 Comptabiliteitswet 2016

Artikel 3.1 van de Comptabiliteitswet borgt de onderbouwing van voorstellen aan de Tweede Kamer en vraagt een toelichting op zes onderdelen: de doelstellingen, doeltreffendheid, doelmatigheid, instrumenten, financiële gevolgen voor het Rijk en (waar mogelijk) financiële gevolgen voor maatschappelijke sectoren. In dit wetsvoorstel is op verschillende plekken een toelichting gegeven op specifieke onderdelen. Hieronder is in tabelvorm deze toelichting verkort

[248] Kamerstukken II 2007/08, 31366, nr. 3, p. 6.
[249] Artikel 115 Wfsv.
[250] Artikelen 39 en 114, onderdeel f, Wfsv.

opgenomen, waarbij tevens is verwezen naar de hoofdstukken waarin de onderdelen primair zijn behandeld.

Beleidskeuzes uitgelegd	
Doelen (hoofdstuk 3)	1. Zelfstandigen een adequate inkomensvoorziening bieden in het geval van arbeidsongeschiktheid. 2. Zelfstandigen zelf hun arbeidsongeschiktheidsrisico's laten indekken, waardoor concurrentie op arbeidsvoorwaarden en het gebruik van algemene voorzieningen wordt beperkt en kostenverschillen tussen verzekerde en onverzekerde zelfstandigen, en tussen zelfstandigen en werknemers worden verkleind.
Beleidsinstrument (hoofdstuk 3, met verdere vormgeving in hoofdstukken 4 tot en met 12)	Er wordt gekozen voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering met een duaal stelsel, waarbij een publieke verzekering met de voordelen van betaalbaarheid, efficiënte inzet van middelen en relatieve eenvoud worden gecombineerd met de voordelen van de private verzekering, namelijk de mogelijkheid om tegemoet te komen aan een individuele verzekeringsbehoefte en keuzevrijheid voor zelfstandigen.
Financiële gevolgen voor het Rijk (hoofdstuk 17)	De kosten voor het Rijk blijven beperkt omdat er premie wordt geïnd bij de doelgroep zelf die kostendekkend is. Daarnaast wordt er een stabiliteitsbijdrage in rekening gebracht om de publieke premie betaalbaar te houden voor een duurzaam duaal stelsel. Het gebruik van de bijstand door zelfstandigen wordt met deze maatregel verkleind. Daarnaast is dit voorstel onderdeel van de plannen van Nederland als voorwaarde voor de ontvangst van steungelden in het kader van het Herstel- en Veerkrachtplan van de Europese Unie. De met de Europese Commissie afgesproken juridisch bindende mijlpalen zijn: • Het publiceren van een wet in het Staatsblad in, uiterlijk, het eerste kwartaal van 2025. Dat brengt met zich mee dat daarvoor het wetsvoorstel door het parlement moet zijn aangenomen. • De Tweede Kamer wordt in het eerste kwartaal van 2026 geïnformeerd over de laatste stand van zaken rondom de invoering door de (beoogde) uitvoerders. Het niet behalen van de mijlpalen kan de Europese Commissie ertoe zetten een korting op de voor Nederland beschikbare gelden (€5,4 miljard) toe te passen. De hoogte van een eventuele korting is afhankelijk van de kortingsmethodologie van de Europese Commissie.
Financiële gevolgen voor maatschappelijke sectoren (hoofdstuk 17)	Zelfstandigen die nu nog niet verzekerd zijn tegen arbeidsongeschiktheid, of toekomstige zelfstandigen die zich zonder deze verplichting niet zouden verzekeren, gaan als gevolg van dit wetsvoorstel premie afdragen. Zo leidt de premie in absolute zin tot hogere kosten voor het werken met (als zelfstandigen de premiekosten in hun tarief verdisconteren) of als zelfstandige(n). In relatieve zin leiden deze premies, en de bescherming die de arbeidsongeschiktheidsverzekering biedt, tot een gelijker speelveld tussen zelfstandigen en werknemers, en tussen zelfstandigen onderling.
Nagestreefde doeltreffendheid (hoofdstuk 3)	Met het instellen van een wettelijke verzekeringsplicht voor zelfstandigen wordt doel 1 behaald: alle zelfstandigen adequaat beschermen tegen arbeidsongeschiktheid. Zij worden op min of meer een basisniveau, inkomensgerelateerd tot 142,86% WML, verzekerd, waarbij een wachttijd van een jaar geldt voor de uitkeringsfase wordt bereikt.

CONCEPT

	Ook doel 2, namelijk dat zelfstandigen zelf het risico op arbeidsongeschiktheid indekken, wordt behaald. Kanttekening hierbij is dat er tijdens de wachttijd – wanneer er nog geen uitkeringsrecht is – en uitkeringsfase (waar de totale inkomsten uit uitkering en winst alsnog minder zijn dan het geldende sociale minimum) het alsnog voor zou kunnen komen dat een zelfstandige beroep moet doen op de bijstand. Met deze vormgeving is de verzekeringsplicht doeltreffend.
Nagestreefde doelmatigheid (hoofdstuk 3)	De wettelijke verzekeringsplicht is een relatief zwaar instrument. De doelen kunnen echter niet op een minder invasieve wijze worden bereikt (zie paragraaf. 3.5.1).
Evaluatieparagraaf (hoofdstuk 18)	In aanloop naar de evaluatie wordt een evaluatiekader opgesteld. Aan de hand van het evaluatiekader wordt bepaald welke indicatoren relevant zijn voor de evaluatie. Ook wordt per indicator bepaald wie over gegevens beschikt en of het nodig is om aanvullende gegevens te verzamelen. Dit zal zowel kwantitatieve gegevens betreffen, zoals: de omvang van de kring van verzekerden, het aantal toegekende uitkeringen, de instroom en uitstroom en het aantal beroepen op de opt-out, als kwalitatieve gegevens zoals enquêtes, interviews met verzekerden en jurisprudentie.

18. Evaluatie

Om de doeltreffendheid en doelmatigheid van het wetsvoorstel te kunnen meten, wordt het voorstel uiterlijk vijf jaar na de inwerkingtreding van de onderdelen van het wetsvoorstel, in zijn geheel geëvalueerd.

In aanloop naar de inwerkingtreding wordt een (overkoepelende) nulmeting voor de wetsvoorstellen uit het arbeidsmarktpakket uitgevoerd. De nulmeting is bedoeld om op basis van verschillende indicatoren de huidige situatie in kaart te brengen. De evaluatie kan vervolgens na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel (herhaalmeting) gebruikmaken van deze gegevens om het effect van het wetsvoorstel in beeld te brengen. Voor de evaluatie wordt er jaarlijks gemonitord op de voortgang van alle doelen van het arbeidsmarktpakket.

Voorafgaand aan de nulmeting laat het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid onderzoek verrichten naar de benodigde indicatoren en naar welke gegevens nodig zijn om deze indicatoren te kunnen meten. Het gaat dan zowel om indicatoren voor de afzonderlijke wetsvoorstellen als, indien mogelijk en relevant, overkoepelende indicatoren voor het gehele arbeidsmarktpakket om de samenhang tussen de wetsvoorstellen en eventuele neveneffecten in beeld te brengen

Naast het bovenstaande wordt in de voorgenomen evaluatie aandacht besteed aan eventuele waterbedeffecten, (ongewenste) neveneffecten, hardheden en externe factoren die van invloed zijn op de vraag in hoeverre de situatie voor zelfstandigen is gewijzigd.

Aangezien dit wetsvoorstel onderdeel is van een breed pakket aan maatregelen op het gebied het werken met en als zelfstandige, alsmede een nauwe samenhang met het brede arbeidsmarktpakket heeft, zal er ook in de evaluatie aandacht besteed worden aan de wijze waarop deze verschillende onderdelen van het brede arbeidsmarktpakket hebben bijgedragen aan de geconstateerde effecten. Indien nodig worden onderdelen in samenhang geëvalueerd.

CONCEPT

19. Ontvangen inbreng

19.1 Internetconsultatie

19.2 UWV

19.3 Belastingdienst

19.4 Verbond van Verzekeraars

19.5 SVB

19.6 Raad voor de Rechtspraak

19.7 Autoriteit Persoonsgegevens

19.8 Adviescollege toetsing regeldruk

19.9 AFM

CONCEPT

II. Artikelsgewijze toelichting

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Paragraaf 1.1 Algemene begrippen

Artikel 1. Begripsbepalingen en artikel 2. Gelijkstelling niet-gehuwden met gehuwden
In deze artikelen worden begrippen die in deze wet nog vaker terugkomen, omschreven of wordt een verwijzing gemaakt naar een meer uitgebreide begripsbepaling verderop in deze wet. Deze begrippen komen grotendeels overeen met artikel 1 van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA).

Artikel 3. Woonplaats
Dit artikel komt grotendeels overeen met artikel 3 van de Wet WIA en is ontleend aan de Algemene wet inzake rijksbelastingen. Op grond van het eerste lid wordt vastgesteld waar de woonplaats van
iemand is. Het tweede lid geeft daarop met betrekking tot schepen een aanvulling. Het begrip "wonen" is onder andere van belang bij de vraag of iemand al dan niet tot de kring van verzekerden op grond van deze wet behoort, of er een uitsluitingsgrond van toepassing is of dat de situatie het toestaat de arbeidsongeschiktheidsuitkering te exporteren.

Paragraaf 1.2 Winst uit onderneming

Artikel 4. Winst uit onderneming
Eerste lid
Voor het begrip "winst uit (Nederlandse) onderneming" is evenals de andere arbeidsongeschiktheidswetten aangesloten bij de belastbare winst uit (Nederlandse) onderneming als bedoeld in de Wet inkomstenbelasting 2001 (Wet IB 2001). Dit begrip is niet alleen van belang bij de vraag wie tot de kring van verzekerden behoort, ook vormt dit begrip het uitgangspunt bij het bepalen van de hoogte van de uitkeringsgrondslag. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de toelichting bij artikelen 7, 9 en 40.

Tweede lid
Op grond van het tweede lid kan bij algemene maatregel van bestuur uitbreiding dan wel beperking worden gegeven aan hetgeen voor deze wet en de daarop berustende bepalingen onder winst uit onderneming moet worden verstaan. In dit verband wordt verwezen naar paragraaf 6.1.1 van het algemene deel van de toelichting.

Paragraaf 1.3 Begrip arbeidsongeschiktheid

Artikel 5. Begrip arbeidsongeschiktheid
In dit artikel wordt geregeld wat voor deze wet onder arbeidsongeschiktheid wordt verstaan. Het voor deze wet gehanteerde arbeidsongeschiktheidscriterium wijkt af van het in de Wet WIA gehanteerde criterium. Er vindt geen vergelijking plaats tussen het maatmanloon per uur en de resterende verdiencapaciteit per uur om te bezien of sprake is van (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid. Van arbeidsongeschiktheid is sprake indien de verzekerde als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek niet in staat is met arbeid het minimumloon per maand, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel b, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag, te verdienen. Voor de goede orde zij opgemerkt dat een minimumvakantiebijslag geen onderdeel is van het arbeidsongeschiktheidscriterium. Voor een nadere toelichting hierop wordt verder verwezen naar paragraaf 5.2 van het algemene deel van de toelichting. In artikel 6 zijn nadere regels gesteld aan de beoordeling van arbeidsongeschiktheid.

CONCEPT

Artikel 6. Nadere bepaling arbeidsongeschiktheid

Eerste lid

In het eerste lid is geregeld dat de beoordeling van arbeidsongeschiktheid wordt gebaseerd op verzekeringsgeneeskundig en voor zover nodig een arbeidskundig onderzoek. In paragraaf 7.2 van het algemene deel van de toelichting wordt omschreven hoe die onderzoeken er in beginsel uitzien. Van een arbeidskundig onderzoek kan in bepaalde situaties worden afgezien, bijvoorbeeld indien uit verzekeringsgeneeskundig onderzoek reeds duidelijk is dat de verzekerde niet belastbaar is voor arbeid. Hiervoor zullen, als gebruikelijk, nadere regels worden gesteld in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, waarvoor het vierde lid een grondslag biedt. Artikel 38, vierde lid, biedt verder een afzonderlijke grondslag voor het UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) om af te kunnen zien van verzekeringsgeneeskundig en arbeidskundig onderzoek in de situatie dat de verzekerde met arbeid gedurende een periode feitelijk het wettelijk minimumloon verdient.

Tweede lid

Op grond van dit lid wordt de vraag of de arbeid, op basis waarvan wordt vastgesteld of de verzekerde het minimumloon kan verdienen, door de verzekerde feitelijk verkregen kan worden expliciet buiten beschouwing gelaten. Op deze wijze wordt voorkomen dat arbeidsmarktfactoren, die geheel los staan van de ziekte of het gebrek, van invloed zijn op de vraag of sprake is van arbeidsgeschiktheid.

Derde lid

Voor wat onder arbeid als bedoeld in artikel 5 wordt verstaan, wordt aangesloten bij wat in de arbeidsongeschiktheidswetten gebruikelijk is. Het dient te gaan om algemeen geaccepteerde arbeid, ofwel arbeid die algemeen maatschappelijk aanvaard is. Voor de beoordeling of sprake is van arbeidsongeschiktheid wordt echter niet alle algemeen geaccepteerde arbeid in ogenschouw genomen. Voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid is immers niet van belang die algemeen geaccepteerde arbeid waarmee de verzekerde per uur het meest kan verdienen, tot uitgangspunt te nemen. Het gaat hier om die algemeen geaccepteerde arbeid die de ondergrens van de verdiencapaciteit markeert, met een minimale belasting. Het betreffen aldus basisfuncties op of vlak boven minimumloonniveau, met een zeer lichte belasting, waardoor ze geschikt kunnen zijn voor mensen met beperkingen. Als de verzekerde als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek niet in staat is een dergelijke functie (volledig) uit te oefenen dan kan worden geconcludeerd dat hij niet in staat is het wettelijk minimumloon te verdienen.

Vierde en vijfde lid

Met deze leden wordt, evenals in de andere arbeidsongeschiktheidswetten, de mogelijkheid geboden bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen met betrekking tot het begrip arbeidsongeschiktheid en de wijze waarop arbeidsongeschiktheid wordt beoordeeld. Het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten zal mede op dit artikel worden gebaseerd.

Zesde lid

Op grond van het zesde lid dient de verzekeringsarts zoveel mogelijk gebruik maken van wetenschappelijke inzichten die de beoordeling van arbeidsongeschiktheid kunnen ondersteunen.

Paragraaf 1.4 Begrip verzekerde

Artikel 7. De verzekerde

Dit artikel betreft de afbakening van de kring van verzekerden. Zoals in het algemene deel is toegelicht bestaat de kring van verzekerden op grond van het eerste lid uit zelfstandigen die ondernemer zijn voor de inkomstenbelasting, zoals nader uitgewerkt in artikel 9. Op deze groep van zelfstandigen die tot de kring van verzekerden behoort, zijn uitzonderingen van toepassing, zoals de in artikel 11 geregelde ontheffing voor de zelfstandige met een relevante particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering.

CONCEPT

In het tweede lid is evenals voor de andere arbeidsongeschiktheidswetten bepaald dat de vreemdeling, die niet rechtmatig in Nederland verblijf houdt in de zin van artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, niet als verzekerde wordt aangemerkt. Daarnaast is, in het derde lid de mogelijkheid opgenomen om bij algemene maatregel van bestuur af te wijken van het tweede lid. Er is geen noodzaak voor een delegatiegrondslag om de kring van verzekerden verder te beperken of uit te breiden, zoals in de andere arbeidsongeschiktheidswetten gewoon is.

Artikel 8. Afwijking kring verzekerden
Dit artikel is opgenomen in verband met de Wet verduidelijking verzekerings- en premieplicht (wet van 29 april 1998, Stb. 1998, 267). Onderdeel a beschrijft de situatie waarin een persoon volgens het nationale recht niet als verzekerd wordt aangemerkt, vanwege toepassing van daarin opgenomen territoriale criteria. Indien in dat geval de verzekering voortvloeit uit de toepassing van een verdrag of een besluit van een volkenrechtelijke organisatie, waarin de Nederlandse socialeverzekeringswetgeving van toepassing wordt verklaard, is die persoon alsnog verzekerd en daarmee zo nodig premieplichtig.
Onderdeel b ziet op de omgekeerde situatie, namelijk de situatie van een persoon die blijkens het nationaal recht wél is verzekerd. Als voor deze persoon uit de toepassing van een verdrag of van een besluit van een volkenrechtelijke organisatie voortvloeit dat de wetgeving van een andere mogendheid van toepassing is, dan is deze persoon niet verzekerd en premieplichtig, ook al zou uit het nationale recht blijken dat hij wel verzekerd is.

Artikel 9. Zelfstandige
In dit artikel is het begrip "zelfstandige" nader uitgewerkt. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de persoon die in Nederland woont en degene die niet in Nederland woont, maar wel in Nederland een onderneming heeft. In verband hiermee wordt in onderdeel a, voor de persoon die in Nederland woont, aangesloten bij het ondernemersbegrip voor de binnenlandse belastingplicht. Het gaat voor die persoon om de belastbare winst uit onderneming als bedoeld in paragraaf 3.2.1 van de Wet IB 2001. Voor de zelfstandige die niet in Nederland woont, maar wel zijn onderneming in Nederland drijft, is op grond van onderdeel b de belastbare winst uit Nederlandse onderneming, bedoeld in afdeling 7.2 van de Wet IB 2001, van belang. Winst kan zowel positief als negatief (verlies) zijn.

Met de omschrijving van het begrip zelfstandige wordt verder benadrukt dat een onderneming die in handen is van een rechtspersoon, zoals een naamloze vennootschap of een besloten vennootschap, niet wordt aangemerkt als onderneming, door een natuurlijk persoon gedreven. Van een zelfstandige kan verder pas sprake zijn, indien hij zijn onderneming voor eigen rekening drijft en rechtstreeks wordt verbonden voor verbintenissen betreffende die onderneming. Er is echter een groep die winst uit onderneming geniet, maar die daarvoor geen arbeid verricht. Dit ziet op zogenoemde medegerechtigde als bedoeld in artikel 3.3, eerste lid, onderdeel a, Wet IB 2001 en de belastingplichtige die een schuldvordering heeft verstrekt aan een ondernemer waarbij die vordering in feite functioneert als eigen vermogen als bedoeld in artikel 3.3, eerste lid, onderdeel b, Wet IB 2001. Bij deze groep geldt in het algemeen dat zij – als zij ziek worden – geen inkomensverlies leiden. Het verzekeren van deze groep zou ertoe leiden dat ze wel premieplichtig worden, terwijl er logischerwijs geen recht op uitkering zal ontstaan. Om deze reden wordt artikel 3.3 van de Wet IB 2001 uitgezonderd van het begrip belastbare winst uit onderneming.

Evenals bij artikel 4 van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ) is het ook voor deze wet strikt genomen niet noodzakelijk om nader te specificeren dat de zelfstandige, waar hij of zij ook woont, als verzekeringsplichtig wordt aangemerkt, indien de werkzaamheden in Nederland worden uitgeoefend. Op grond van Verordening (EG) 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels en andere bi- en multilaterale verdragen inzake sociale zekerheid geldt al als uitgangspunt dat een persoon die in een EU- of verdragsstaat woont en die in Nederland als zelfstandige werkzaam is, onder de Nederlandse socialezekerheidswetgeving valt. Om ieder misverstand te vermijden en om te bereiken dat ook zelfstandigen die in een ander land dan een EU- of verdragsstaat wonen verzekerd zijn, is in

artikel 8 expliciet opgenomen dat de verzekeringsplicht op grond van deze regeling zich uitstrekt tot degene die buiten Nederland woont en binnen ons land als zelfstandige werkzaam is.

Tot slot is bepaald dat degene die de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet (AOW) heeft bereikt niet (langer) als zelfstandige wordt aangemerkt. Van een verzekeringsplicht is dan geen sprake (meer).

Artikel 10. Nawerking verzekering
Evenals bij de Wet WIA heeft het verzekeringssysteem van dit wetsvoorstel tot gevolg dat geen recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering ontstaat indien de ziekte intreedt op een moment dat geen verzekering meer bestaat. Op grond van dit artikel wordt dit uitgangspunt verzacht door aan de geëindigde verzekering nog enige tijd nawerking te geven. Dit artikel komt, voor zover van belang, overeen met artikel 10 van de Wet WIA, dat de nawerking voor die wet regelt. Dit artikel is niet van toepassing indien de zelfstandige vanwege zijn particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering van de verplichte verzekering op grond van deze wet is ontheven.

Artikel 11. Ontheffing verplichte verzekering bij een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering
Artikel 11 en 12 regelen de mogelijkheid voor een persoon om van de verplichte publieke verzekering te worden ontheven, indien hij met een verzekeraar een verzekeringsovereenkomst heeft gesloten, die ten doel heeft derving van inkomen te beschermen als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Wat onder een verzekeraar wordt verstaan is geregeld in artikel 1. In artikel 11 zijn de voorwaarden neergelegd waaraan de gesloten verzekeringsovereenkomst ten minste dient te voldoen. In artikel 12 is geregeld op welke wijze het UWV toepassing geeft aan artikel 11.

Eerste lid
In de aanhef van het eerste lid is tot uitdrukking gebracht dat de verzekeringsovereenkomst ten eerste als doel dient te hebben de persoon te beschermen tegen derving van inkomen als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Verzekeringen zoals zogenoemde woonlasten- en betalingsbeschermers, ongevallenverzekeringen of producten die voorzien in premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid, zijn aldus geen verzekeringen in de zin van dit artikel. De verzekeringsovereenkomst dient daarnaast ten minste aan de gestelde voorwaarden te voldoen. Die voorwaarden regelen een minimale dekking (onderdelen a tot en met f) en een minimale premie (onderdelen g tot en met i) en vormen daarmee gezamenlijk de ondergrens van de verzekeringsoverkomst. Met deze minimumvoorwaarden wordt voor de verzekeraar een kader geschetst om de verzekeringsovereenkomst op in te richten. De verzekeraar draagt daarbij de verantwoordelijkheid om de persoon een verzekering aan te bieden die aan dit minimale kader voldoet en daarom als basis kan dienen om van de verplichte publieke verzekering te worden ontheven. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragrafen 10.5.2 en 11.6 van het algemene deel van de toelichting.

Onderdeel a
Onderdeel a ziet op het door de verzekeraar minimaal te hanteren arbeidsongeschiktheidscriterium, dat gelijk is aan het in deze wet gehanteerde criterium. Van arbeidsongeschiktheid dient in ieder geval sprake te zijn, indien de persoon als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek niet in staat is het minimumloon per maand te verdienen. Met het hanteren van hetzelfde arbeidsongeschiktheidscriterium wordt geregeld dat de gevolgen van arbeidsongeschiktheid zowel publiek als privaat op dezelfde wijze worden beschermd. Aan de wijze waarop dit door de verzekeraar dient te worden getoetst, worden overigens geen voorwaarden gesteld.

Zoals in paragraaf 10.5.1 van het algemene deel is toegelicht, zal de verzekeraar veelal een ander dan het hier vermelde arbeidsongeschiktheidscriterium hanteren, bijvoorbeeld ongeschiktheid voor

eigen arbeid of arbeidsongeschiktheid op basis van een procentueel verlies aan verdiencapaciteit. Dergelijke criteria bieden in de regel een eerder recht op uitkering dan het uit hoofde van dit artikel minimaal te hanteren arbeidsongeschiktheidscriterium. Indien de mate van arbeidsongeschiktheid echter gelijk te stellen is aan het niet kunnen verdienen van het minimumloon per maand, dienen de voorwaarden te gelden van de in dit artikel gestelde ondergrens.

Onderdeel b
Onderdeel b betreft de zogenoemde wachttijd, een periode van arbeidsongeschiktheid die dient te worden doorlopen, voordat het recht op uitkering kan ontstaan. De verzekeraar is niet gehouden een dergelijke wachttijd aan de verzekering te verbinden. Zo kan aan de verzekering een wachttijd worden verbonden die korter is dan de in deze wet bepaalde duur van 52 weken. Indien aan de verzekering de voorwaarde van een wachttijd wordt verbonden, zal die wachttijd bij arbeidsongeschiktheid als bedoeld in onderdeel a in elk geval niet langer kunnen duren dan 52 weken.

Onderdeel c
Onderdeel c regelt dat in de verzekeringsovereenkomst, bij arbeidsongeschiktheid als bedoeld in onderdeel a, het recht op uitkering in ieder geval niet kan wordt uitgesloten wegens het bestaan van ziekte of gebrek. Een dergelijke uitsluitingsgrond, hoewel gebruikelijk in private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, geldt evenmin op grond van dit wetsvoorstel en kan de persoon daarom niet worden tegengeworpen. Daarmee is overigens niet geregeld dat de verzekeraar ook gehouden is iedere persoon tegen iedere ziekte of ieder gebrek te accepteren. De verzekeraar is zoals te doen gebruikelijk vrij om te bepalen welke persoon een verzekeringsovereenkomst wordt aangeboden. In die verzekeringsovereenkomst kunnen ook de voor de private markt gebruikelijke uitsluitingsgronden aan de orde zijn. Voor een toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 10.7.3. Bij ministeriële regeling kunnen zo nodig nog uitsluitingsgronden worden aangewezen die evenmin aan de verzekeringsovereenkomst ten grondslag kunnen worden gelegd. Het gaat dan om andere dan de voor de private verzekeringen thans gebruikelijke uitsluitingsgronden, die afbreuk doen aan de in dit artikel gestelde ondergrens.

Onderdeel d
Onderdeel d ziet op de minimale duur van het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid als bedoeld in onderdeel a. In onderdeel d is tot uitdrukking gebracht dat de gevolgen van arbeidsongeschiktheid langjarig gedekt dienen te zijn. Een uitkering dient daarom, behoudens een eventuele uitsluitingsgrond, te worden verstrekt tot de dag waarop van arbeidsongeschiktheid niet langer sprake is of tot de dag waarop de persoon de voor hem toepasselijke pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Het gaat daarbij niet om de pensioengerechtigde leeftijd die voor de persoon geldt op het moment van sluiten van de verzekeringsovereenkomst, maar om de daadwerkelijk voor hem op grond van de AOW geldende pensioengerechtigde leeftijd. Hiermee wordt voorkomen dat voor de persoon een zogenoemd AOW-gat kan ontstaan.

Onderdeel e, f, en derde lid
Onderdeel e regelt de op de dag van sluiten van de verzekeringsovereenkomst minimaal te bepalen hoogte van de door de verzekeraar te verstrekken uitkering bij arbeidsongeschiktheid als bedoeld in onderdeel a. De formule is dezelfde als die voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van deze wet (zie in verband hiermee artikel 41). De uitkeringsgrondslag, op grond waarvan de hoogte van de uitkering wordt berekend, wordt voor de verzekeringsovereenkomst echter op een andere wijze bepaald dan de uitkeringsgrondslag die aan de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van deze wet ten grondslag ligt. De uitkeringsgrondslag wordt door een verzekeraar mede bepaald op basis van de inkomenssituatie van de persoon op de periode voorafgaand aan de dag waarop de verzekeringsovereenkomst wordt gesloten, terwijl voor de uitkeringsgrondslag op grond van deze wet wordt uitgegaan van de inkomenssituatie van de persoon in de periode voorafgaand aan het intreden van ziekte (zie artikel 40). Op grond van het derde lid zal zodoende bij algemene maatregel van bestuur nader worden bepaald welke

uitkeringsgrondslag de verzekeraar op de dag van sluiten van de verzekeringsovereenkomst voor de berekening van de hoogte van de uitkering in acht dient te nemen.

Op grond van onderdeel f, onder 1°, dient de minimale hoogte van de uitkering eenmaal per drie jaar opnieuw te worden vastgesteld op de in onderdeel e genoemde wijze. Dat hoeft niet indien het verzekerde risico (arbeidsongeschiktheid) op dat moment is ingetreden en het recht op uitkering nog niet is ontstaan. Evenals bij onderdeel e zal de persoon op die dag uitgaan van een andere uitkeringsgrondslag dan de uitkeringsgrondslag die op grond van deze wet in acht dient te worden genomen. Ten overvloede zij opgemerkt dat de verzekeraar niet verplicht wordt de uitkeringsgrondslag te verlagen, indien bij toepassing van onderdeel f, onder 1°, blijkt dat minder winst uit onderneming is genoten dan in de voorgaande jaren en de verzekeraar de persoon een hogere mate van dekking wenst te bieden. Het gaat immers om de minimale hoogte van de uitkering.

Indien sprake is van recht op uitkering, dan dient op grond van onderdeel f, onder 2°, de minimale hoogte van de uitkering eenmaal per jaar te worden verhoogd aan de hand van de consumentenprijsindex, indien deze is gestegen. Dat geldt ook indien die minimale hoogte op grond van onderdeel f, onder 1°, tussentijds opnieuw is vastgesteld. Wat onder de consumentenprijsindex wordt verstaan wordt op grond van het derde lid eveneens nader geregeld bij algemene maatregel van bestuur.

Onderdelen g, h en i
Onderdeel g regelt de op de dag van sluiten van de verzekeringsovereenkomst minimaal te bepalen hoogte van de premie, die de persoon aan de verzekeraar verschuldigd zal zijn. De minimale hoogte van de premie wordt berekend door het op die dag voor deze wet toepasselijke premiepercentage te vermenigvuldigen met de uitkeringsgrondslag, bedoeld in onderdeel e.
Op grond van onderdeel h dient, op het moment dat de verzekeraar toepassing geeft aan de in onderdeel f, onder 1°, gestelde voorwaarde, ook het minimale premiebedrag opnieuw te worden bepaald volgens de in onderdeel g geregelde formule en de op dat moment in acht te nemen uitkeringsgrondslag. Het premiepercentage blijft het percentage dat gold op de dag waarop de verzekeringsovereenkomst werd gesloten. Evenals bij onderdeel f, onder 1°, is toegelicht, is de verzekeraar niet verplicht het premiebedrag te verlagen, indien bij toepassing van onderdeel f, onder 1°, blijkt dat minder winst uit onderneming is genoten dan in de voorgaande jaren en de hoogte van de uitkering op een lager bedrag wordt bepaald. Het gaat immers om een minimale hoogte van de premie om de ondergrens van de verzekering te waarborgen.

Tot slot is op grond van onderdeel i geregeld dat de persoon de premie in ieder geval verschuldigd is tot de dag waarop hij in verband met arbeidsongeschiktheid recht heeft op minimaal 25% van de hoogte van de uitkering.

Tweede lid
In het eerste lid, onderdeel d, is geregeld dat een verzekering pas voor ontheffing in aanmerking komt, indien er recht op uitkering wordt gegarandeerd tot de pensioengerechtigde leeftijd. Dat brengt ook mee dat een eventuele stijging van de pensioengerechtigde leeftijd doorwerkt in deze bepaling.

Het tweede lid beperkt voor reeds overeengekomen verzekeringen de werking van het eerste lid, aanhef en onderdeel d. Verhogingen van de pensioengerechtigde leeftijd die op grond van artikel 7a, tweede lid, van de AOW, toepassing vinden, gelden ook voor de werking van het eerste lid, onderdeel d. Uitsluitend indien een toekomstige wetgever aanleiding ziet om de pensioengerechtigde leeftijd sterker te laten stijgen dan nu voorzien met artikel 7a, tweede lid, van de AOW, is een beperkte doorwerking van deze sterkere stijging van de pensioengerechtigde leeftijd aan de orde.

In plaats van de pensioengerechtigde leeftijd wordt dan de leeftijd E toegepast als die lager is. De leeftijd E volgt de stijging van de levensverwachting. De uitkering mag in dat geval niet eindigen, anders dan wegens de toepassing van een uitsluitingsgrond, eerder dan de dag waarop de verzekerde niet langer arbeidsongeschikt is dan wel de dag waarop de verzekerde een van twee leeftijden bereikt: de pensioengerechtigde leeftijd zoals bedoeld in onderdeel d van het eerste lid, of de pensioengerechtigde leeftijd in het kalenderjaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarin de pensioengerechtigde leeftijd sterker stijgt (P) vermeerderd met de volledige stijging van de geraamde macro gemiddelde resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd sinds dat kalenderjaar (L_E – L).

Artikel 12. Aanvraag ontheffing verplichte verzekering bij een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering

Eerste lid
Met het eerste lid wordt geregeld dat het UWV ontheffing van de verplichte verzekering op aanvraag van de verzekeraar, die met de persoon een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 11, eerste lid, heeft gesloten, verleent. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 10.4 van het algemene deel van de toelichting. Zowel de verzekeraar als de persoon is belanghebbende bij deze aanvraag. De beschikking die hieruit volgt heeft immers voor beiden rechtsgevolgen. De persoon wordt (langer) niet tot de kring van verzekerden gerekend en is daarmee niet (langer) premieplichtig, terwijl voor de verzekeraar op grond van het voorgestelde artikel 56b, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen de verplichting tot betaling van de stabiliteitsbijdrage zal gaan gelden. Het nemen van de beschikking door het UWV betreft geen discretionaire bevoegdheid, maar is dwingendrechtelijk van aard. Na ontvangst van een aanvraag beoordeelt het UWV niet of de door de verzekeraar en de persoon gesloten verzekeringsovereenkomst voldoet aan de in artikel 11, eerste lid, gestelde voorwaarden (zie in verband hiermee de toelichting bij artikel 11), maar geeft het de beschikking af indien de aanvraag voldoet aan de voorwaarden die in het tweede lid zijn gesteld.

Tweede lid
Op grond van het tweede lid wordt bepaald van welke gegevens de aanvraag van de verzekeraar vergezeld dient te gaan. Het betreft een drietal verklaringen, namelijk:
a. de verklaring van de verzekeraar dat met de persoon een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 11, eerste lid, is gesloten;
b. de verklaring van de verzekeraar met ingang van welke dag de persoon ontheffing dient te worden verleend, welke dag niet kan zijn gelegen voor de dag waarop de verzekeringsovereenkomst ingaat; en
c. de verklaring van de persoon dat deze vanwege de met de verzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst met ingang van de in onderdeel b genoemde dag van de verplichte verzekering op grond van deze wet wenst te worden ontheven.

Met de betreffende verklaringen wordt geborgd dat zowel de verzekeraar als de persoon instemmen met de rechtsgevolgen die aan de beschikking op de aanvraag verbonden zullen worden. Deze rechtsgevolgen kunnen niet ontstaan als de verzekeringsovereenkomst nog niet is ingegaan. Indien deze bescheiden niet door de verzekeraar worden aangeleverd, kan het UWV op grond van artikel 4:5 eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen.

Derde lid
Met het derde lid is geregeld dat de dag waarop de persoon ontheffing van de verplichte verzekering op grond van deze wet wordt verleend, maximaal dertien weken ligt voor de dag van ontvangst van de aanvraag door het UWV.

CONCEPT

Vierde lid
Op grond van het vierde lid wordt de mogelijkheid om van de verplichte verzekering op grond van deze wet te worden ontheven, verder beperkt. Een persoon wordt geen ontheffing verleend, voor zover hem in de 12 maanden voorafgaand aan die dag reeds een ontheffing is verleend. Een dergelijke situatie kan zich voordoen indien de persoon vanwege een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een ontheffing is verleend, maar die ontheffing binnen 12 maanden daarna wordt beëindigd. Dat kan zich bijvoorbeeld voordoen bij eindiging van de verzekeringsovereenkomst of vanwege een aanvraag van die persoon tot beëindiging van de ontheffing (zie in verband hiermee ook artikel 13 en 14) en voor die persoon binnen die periode opnieuw een ontheffing wordt aangevraagd. In een dergelijk geval zal een nieuwe ontheffing pas worden verleend met ingang van de eerste dag nadat die periode van 12 maanden is verstreken. Het staat een persoon die ontheffing van de verplichte verzekering is verleend in zoverre dus vrij om 12 maanden na het verkrijgen van die ontheffing van verzekeraar te veranderen (onder beëindiging van de eerdere ontheffing) en die verzekeraar vanwege een nieuwe verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een nieuwe aanvraag tot ontheffing van de verplichte verzekering te laten doen. Tot slot is geregeld dat dit lid niet van toepassing is indien de eerdere ontheffing door het UWV op grond van artikel 15 is beëindigd vanwege het niet betalen van de stabiliteitsbijdrage door die eerdere verzekeraar. In dat geval is een nieuwe ontheffing van de verplichte verzekering ook binnen die periode van 12 maanden al mogelijk, maar niet eerder dan in het derde lid genoemde dag.

Artikel 13. Verplichting melding einde particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering
Artikel 13 regelt een verplichting voor verzekeraars om een melding te doen bij het UWV wanneer een private verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 11, die zij hebben gesloten met een persoon en waarvoor het UWV een ontheffing van de verplichte verzekering heeft verleend, eindigt. De verzekeraars zijn tevens verplicht te melden per welke datum de verzekeringsovereenkomst eindigt. De melding dient uiterlijk te worden gedaan op de dag voor de eindiging van de verzekeringsovereenkomst, tenzij dat in redelijkheid niet van de verzekeraar kan worden gevergd. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de situatie dat de verzekerde overlijdt, waarmee de verzekeringsovereenkomst direct eindigt. Het is dan voor de verzekeraar in redelijkheid niet mogelijk dit vóór de dag van eindiging aan het UWV te melden. In een dergelijk geval is de verzekeraar verplicht de melding zo spoedig mogelijk te doen.

Wanneer een verzekeraar deze meldingsplicht niet of niet behoorlijk is nagekomen, kan het UWV bevoegd aan de verzekeraar een bestuurlijke boete op te leggen.

Artikel 14. Beëindiging ontheffing verplichte verzekering
Het UWV beëindigt de ontheffing van de verplichte verzekering in drie situaties. De eerste twee zijn geregeld in dit artikel 14, de derde in artikel 15. Het beëindigen van de ontheffing leidt niet zonder meer tot het (opnieuw) verplicht verzekerd raken op basis van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen. Het kan immers dat deze persoon na beëindiging niet onder de kring van verzekerden valt, of op basis van een andere verzekeringsovereenkomst met een andere verzekeraar een nieuwe ontheffing krijgt die aansluit op de beëindiging van de eerdere ontheffing.

Ten eerste beëindigt het UWV de ontheffing van een persoon indien de verzekeringsovereenkomst waarop deze ontheffing is gebaseerd eindigt, blijkens de melding van een verzekeraar als bedoeld in artikel 13. Het UWV beëindigt de ontheffing met ingang van de dag na de datum waarop de verzekeringsovereenkomst blijkens de melding van de verzekeraar eindigt. Hierbij geldt wel dat het UWV de ontheffing nooit eerder beëindigd dan met ingang van de dag na de datum waarop het UWV de melding heeft ontvangen. Indien het UWV een melding ontvangt waaruit blijkt dat de verzekeringsovereenkomst al beëindigd is, beëindigt het UWV de ontheffing met ingang van de dag na de datum van ontvangst van die melding.

Ten tweede beëindigt het UWV de ontheffing van een persoon die hiertoe bij het UWV een aanvraag doet. Hierbij moet de gewenste dag van beëindiging worden gemeld. Verder zijn aan deze aanvraag geen eisen verbonden. Het is bijvoorbeeld niet vereist dat de persoon die de beëindiging van de eigen ontheffing aanvraagt ook aantoont dat de verzekeringsovereenkomst is geëindigd. Het staat deze persoon juist vrij om ondanks het van kracht blijven van een verzekeringsovereenkomst, als bedoeld in artikel 11, de ontheffing te beëindigen. Er geldt geen termijn voor het doen van deze aanvraag, dus dit kan ook ruim voor de gewenste beëindiging plaatsvinden. Het UWV beëindigt de ontheffing per de gemelde datum. Ook hierbij geldt dat het UWV de ontheffing nooit eerder beëindigd dan met ingang van de dag na de datum waarop het UWV de aanvraag heeft ontvangen. Indien het UWV een aanvraag ontvangt met een gemelde datum van beëindiging van de ontheffing die gelegen is vóór de datum waarop het UWV de aanvraag ontvangt, dan beëindigt het UWV de ontheffing met ingang van de dag na de datum van ontvangst van die aanvraag.

Het kan voorkomen dat het UWV zowel een melding ontvangt van een verzekeraar dat een verzekeringsovereenkomst eindigt, als een aanvraag ontvangt van een persoon om de ontheffing in verband met diezelfde verzekeringsovereenkomst te beëindigen. Indien uit de melding en de aanvraag dezelfde dag van beëindiging volgt, is dat de datum waarop het UWV de ontheffing beëindigt. Indien echter twee verschillende data volgen uit de melding en de aanvraag, en de datum van eindiging conform de melding dan wel de aanvraag nog niet heeft plaatsgevonden, regelt het derde lid hoe het UWV handelt. Het UWV beëindigt dan in principe per de dag die volgt uit de melding, behalve wanneer de gemelde dag in de aanvraag eerder is, dan beëindigt het UWV per de gemelde dag in de aanvraag.

Indien de melding, bedoeld in artikel 13, pas wordt gedaan na het eindigen van de verzekeringsovereenkomst, kan het voorkomen dat iemand te maken krijgt met een zogenaamd ‘verzekeringsgat’, waarin iemand niet privaat verzekerd is en, vanwege het uitblijven van de beëindiging van de ontheffing, niet publiek verzekerd is. Zie hiervoor nader paragraaf 10.6 van het algemeen deel van deze Memorie van Toelichting.

Artikel 15. Beëindiging ontheffing verplichte verzekering bij uitblijven betaling stabiliteitsbijdrage

Artikel 15 regelt een derde manier waarop het UWV overgaat tot beëindiging van de ontheffing van de verplichte verzekering van een persoon (zie voor de eerste twee artikel 14). Namelijk in de situatie dat de private verzekeraar waarbij deze persoon een verzekeringsovereenkomst heeft gesloten als bedoeld in artikel 11 niet tijdig en volledig de verschuldigde stabiliteitsbijdrage afdraagt. Zie hiervoor nader paragraaf 10.7.4 van het algemeen deel van deze memorie van toelichting.

Voor deze beëindigingswijze is in dit artikel een procedure vastgelegd. De stabiliteitsbijdrage wordt door het UVW geheven en geëind. Indien een verzekeraar een verschuldigd bedrag niet tijdig en volledig betaalt, zal het UWV een aanmaning sturen om het bedrag te voldoen. De aanmaningstermijn bedraagt twee weken, op grond van artikel 4:112 van de Awb. Wanneer ook binnen de aanmaningstermijn niet wordt betaald, verstuurt het UWV aan deze verzekeraar en aan alle personen die ontheven zijn van de verplichte verzekering op basis van een verzekeringsovereenkomst met deze verzekeraar een schriftelijke kennisgeving van de dreigende consequenties van achterblijvende betaling. De belangrijkste consequentie is dat indien de stabiliteitsbijdrage ook niet wordt voldaan binnen vier weken na de dag van verzending van de kennisgeving, het UWV de ontheffing van deze personen beëindigt. Dit is geregeld in het tweede lid. De datum van beëindiging van de ontheffing is twee maanden na de datum waarop UWV de beschikking tot beëindiging van de ontheffing neemt.

Indien van een persoon de ontheffing op grond van dit artikel wordt beëindigd, krijgt deze persoon de bevoegdheid om de verzekeringsovereenkomst te beëindigen. Hiertoe moet de verzekerde een verzoek richten aan de verzekeraar. Deze persoon moet het verzoek hiertoe uiterlijk aan de

verzekeraar kenbaar maken op de dag vóór de datum waarop de beëindiging van de ontheffing plaatsvindt. De verzekerde kan die verzekeringsovereenkomst dan in ieder geval beëindigen met ingang van de datum van beëindiging van de ontheffing. Dit is geregeld in het vierde lid.

Tot slot is in het vijfde lid geregeld dat, indien sprake is van een beëindiging door het UWV als geregeld in dit artikel, de verzekerde eventueel vooruit betaalde premiebedragen, die zien op de periode na eindiging van de verzekeringsovereenkomst, volledig van de verzekeraar krijgt terugbetaald.

Hoofdstuk 2. De wachttijd

Artikel 16. De wachttijd
De verzekerde, die voldoet aan de uitkeringsvoorwaarden, heeft recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van deze wet indien hij de wachttijd van 52 weken heeft doorlopen. In het tweede lid is bepaald dat de eerste dag van de wachttijd de eerste werkdag is waarop de verzekerde wegens ziekte niet heeft gewerkt of zijn werkzaamheden heeft gestaakt. Voor het begrip ziekte wordt aangesloten bij het begrip ziekte in de Ziektewet (ZW). De wachttijd vangt dus aan zodra de verzekerde wegens ziekte niet langer in staat is zijn arbeid te verrichten.

Om de wachttijd vol te maken, moet de verzekerde ook 52 weken aaneengesloten ziek blijven. Dit is nader bepaald in het derde lid. Perioden van ziekte, die elkaar met een onderbreking van minder dan vier weken opvolgen, worden voor het bepalen van de wachttijd van 52 weken samengeteld. Het is daarbij niet van belang of de ziekte in deze perioden voortkomt uit dezelfde oorzaak of verschillende oorzaken. Bij de samentelling blijven de tussenliggende perioden van ziekte, alsmede de perioden waarin de in dit lid genoemde uitkeringen op grond van de Wet arbeid en zorg worden genoten, buiten beschouwing.

Artikel 17. Melding ongeschiktheid voor arbeid
Het eerste lid van dit artikel beoogt het UWV op de hoogte te doen stellen van ingetreden ziekte of gebrek als gevolg waarvan de verzekerde zijn arbeid niet meer kan verrichten. Het tweede lid bepaalt dat het UWV naar aanleiding van de ontvangen melding een beoordeling verricht. Die beoordeling wordt gebaseerd op een geneeskundig onderzoek door een door het UWV aangewezen arts. Daarbij wordt bepaald of en per wanneer sprake is van een eerste ziektedag is, ofwel de eerste dag waarop de verzekerde wegens ziekte ongeschikt is tot het verrichten van zijn arbeid en waarop de wachttijd aanvangt, en of van die situatie nog immer sprake is. Artikel 68 bepaalt verder dat de beschikking op het bestaan en voortbestaan van ongeschiktheid tot werken, wordt gegeven binnen dertien weken na ontvangst van de ziekmelding aan het UWV. Voor een toelichting op deze termijn wordt verwezen naar de toelichting bij dat artikel.

Door een ziekmelding en de beoordeling daarvan door het UWV krijgt de verzekerde op grond van artikel 24, onderdeel a, reeds gedurende de wachttijd recht op ondersteuning bij arbeidsinschakeling, indien hij dat wenst.

Met de melding van ziekte is verder nog geen sprake van een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Op grond van artikel 42 dient het UWV de verzekerde uiterlijk op de dag waarop de wachttijd 42 weken heeft geduurd schriftelijk in kennis te stellen van de mogelijkheid van het doen van een aanvraag. Doet de verzekerde de melding niet dan heeft dit enerzijds tot gevolg dat gedurende de wachttijd geen aanspraak bestaat op ondersteuning bij re-integratie en anderzijds, op grond van artikel 42, dat het UWV niet gehouden is de kennisgeving binnen de gestelde termijn te doen. Het niet doen van de melding staat daarmee de mogelijkheid van het indienen van een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering niet in de weg.

CONCEPT

Hoofdstuk 3. Rechten en plichten

Paragraaf 3.1 Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 18. Informatieplicht en medewerking aan controle

Eerste lid
Het eerste lid regelt de informatieplicht die op de verzekerde rust. Alle feiten en omstandigheden, waarvan het de verzekerde redelijkerwijs duidelijk is dat die van belang zijn voor een juiste beoordeling van het recht op uitkering, de hoogte van de uitkering of de betaling daarvan, en de uitvoering van de in deze wet opgenomen verplichtingen, moeten aan het UWV worden verstrekt. De informatieplicht geldt niet slechts voor de verzekerde die een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft ingediend of die al recht heeft op die uitkering, maar geldt ook voor de verzekerde die zich heeft ziekgemeld of die op basis hiervan de wachttijd doorloopt. Het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan alleen ontstaan voor de verzekerde die ziek wordt. De beoordeling van het bestaan of voortbestaan van ziekte hoeft niet pas ter sprake te komen bij de aanvraag om een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar ligt op grond van artikel 17 in beginsel reeds vanaf de ziekmelding bij het UWV ter beoordeling voor, bijvoorbeeld om de eerste dag van de wachttijd vast te kunnen stellen.
Onder het aanleveren van informatie wordt ook verstaan informatie over het niet (kunnen) naleven van plichten, zoals plichten van de uitkeringsgerechtigde die zijn gericht op behoud, herstel en verkrijging van mogelijkheden tot arbeidsinschakeling en plichten die zijn gericht op daadwerkelijke inschakeling in de arbeid (re-integratie). Onder informatie in het kader van de re-integratie wordt verstaan gegevens, die nodig zijn voor de inschakeling in de arbeid. Daarbij kan onder andere worden gedacht aan informatie over opleidingen, arbeidsverleden en arbeidsmogelijkheden, maar ook aan in het kader van de re-integratie relevante informatie over de genezing, het behoud, herstel of bevordering van de mogelijkheid tot het verrichten van de arbeid.
Indien de uitkering op grond van artikel 47 aan een in dat artikel bedoelde instelling wordt uitbetaald, geldt de informatieplicht voor die instelling.

Tweede lid
In het tweede lid is de plicht tot medewerking aan controle tot uitdrukking gebracht. De verzekerde is gehouden vragen te beantwoorden die door het UWV of door een of meer door het UWV aangewezen personen in verband met het recht op uitkering op grond van deze wet worden gesteld, mee te werken aan onderzoek en de controlevoorschriften na te leven. Daarnaast dient de verzekerde te voldoen aan oproepen van het UWV of van een of meer door het UWV aangewezen personen om aanwezig te zijn op een door of vanwege het UWV te bepalen plaats in verband met deze plichten. Verder dient de verzekerde zich op verzoek te identificeren en zich te onthouden van zeer ernstige misdragingen jegens de met de uitvoering van dit wetsvoorstel belaste personen en instanties tijdens het verrichten van hun werkzaamheden.

Derde lid
Het derde lid regelt dat de informatie- en medewerkingsverplichtingen ook gelden ten opzichte van re-integratiebedrijven, die een taak hebben bij de re-integratie. De verplichtingen gelden alleen voor zover dit noodzakelijk is voor de taken die bij wet en in opdracht van UWV worden uitgevoerd.

Vierde lid
Op grond van het vierde lid dient de persoon die recht heeft op een uitkering de reden van eventuele niet-naleving van zijn re-integratieverplichtingen zo spoedig mogelijk te melden aan het re-integratiebedrijf. Dit betekent in beginsel dat vooraf de reden van verzuim moet worden gemeld. Dit past binnen het uitgangspunt dat de uitkeringsgerechtigde actief moet meewerken aan zijn re-integratie en daarover verantwoording moet afleggen en daarom gehouden is tot tijdige informatieverstrekking aan het re-integratiebedrijf.

Indien de reden van het verzuim niet wordt gemeld of het re-integratiebedrijf anderszins het gegronde vermoeden heeft dat de uitkeringsgerechtigde onvoldoende medewerking verleent aan de werkzaamheden van het re-integratiebedrijf, dient dat door het re-integratiebedrijf aan het UWV te worden gemeld (zie ook artikel 4.1 van het Besluit SUWI). Op grond van artikel 30, vijfde lid, neemt het UWV vervolgens een beschikking over opschorting of schorsing van de betaling van de uitkering. Gedurende de eventuele opschorting of schorsing kan het UWV onderzoeken of er aanleiding is voor het opleggen van een sanctie aan de betrokkene.

De re-integratieverplichtingen van de verzekerde blijken uit de re-integratievisie, bedoeld in artikel 30, eerste lid, en het re-integratieplan, bedoeld in het derde lid, en omvatten in ieder geval de verplichtingen genoemd in hoofdstuk 3, paragraaf 3.1.

Vijfde lid
In het vijfde lid is de verplichting uit artikel 27, vijfde lid, van de Wet WIA overgenomen.

Artikel 19. Plichten ter voorkoming van ontstaan en bestaan van recht op uitkering op grond van deze wet
Het eerste lid sluit aan bij het doel en de strekking van artikel 28, eerste lid, van de Wet WIA. Deze bepaling omvat de algemene plicht van schadelastbeperkend gedrag; de verzekerde dient het ontstaan van arbeidsongeschiktheid te voorkomen en het bestaan ervan te beperken. De verzekerde dient de plicht na te leven, voor zover dit redelijkerwijs van hem kan worden verwacht, op straffe van een gehele of gedeeltelijke weigering van de betaling van de uitkering (zie hoofdstuk 7 voor de handhaving).

Het tweede lid ligt in het verlengde van het eerste lid. Het sluit aan bij artikel 28, tweede lid, onderdeel c, van de Wet WIA en hangt nauw samen met in artikel 45 van de ZW genoemde verplichtingen. Op grond hiervan is de verzekerde gedurende de wachttijd verplicht een naar algemeen medische maatstaven adequate behandeling te ondergaan voor zijn ziekte of gebrek. Hierbij wordt opgemerkt dat met de zinsnede "naar algemeen medische maatstaven adequate behandeling" wordt bedoeld aan te geven dat wat een adequate behandeling is per individueel geval kan verschillen.

Gezien het cruciale belang van herstelgedrag van de verzekerde, wordt van belang geacht deze verplichting ook expliciet in deze wet op te nemen. Met het opnemen van deze verplichting wordt duidelijk gemaakt dat het niet of onvoldoende naleven daarvan in de wachttijd gevolgen kan hebben voor het recht op uitkering.

Artikel 20. Plichten gericht op vergroten van mogelijkheden tot het verrichten van arbeid

Eerste lid
Deze bepaling regelt dat de verzekerde die recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering verplicht is in voldoende mate te proberen zijn mogelijkheden tot het verrichten van arbeid, voor zover hij daarover beschikt, te behouden. Daarnaast dient hij in voldoende mate te proberen mogelijkheden tot het verrichten van arbeid te verkrijgen. Dit betekent ook dat hij zijn mogelijkheden tot medisch herstel moet benutten en zijn genezing in geen geval mag belemmeren. Deze bepaling betreft zowel medische mogelijkheden als mogelijkheden die zijn gericht op competenties die vereist zijn voor het verrichten van arbeid. Vergroting van die mogelijkheden verbetert de kansen op de arbeidsmarkt nadat die kansen door de vermindering van de arbeidsgeschiktheid zijn afgenomen.

Tweede lid
In het tweede lid is uitgewerkt uit welke verplichting de naleving van de hiervoor genoemde plicht in elk geval kan bestaan. Uit onderdeel a volgt dat het UWV of een door het UWV ingeschakeld re-

integratiebedrijf de verzekerde die recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan opdragen om een medische behandeling te ondergaan. Een aanwijzing kan inhouden dat de verzekerde zich onderwerpt aan een door de verzekeringsarts of een behandelend arts noodzakelijk geachte behandeling van medische aard, die redelijkerwijs van verzekerde mag worden gevraagd. Als gezegd, mag de verzekerde daarbij in geen geval zijn genezing belemmering. In dit verband kan het handelen van de verzekerde hem verweten worden, indien de handeling naar algemeen geldende medische maatstaven de strekking heeft de genezing te belemmeren.

Op grond van onderdeel b kan onder het eerste lid ook worden begrepen dat de verzekerde dient mee te werken aan re-integratietrajecten die het aanbod van de arbeidscapaciteit versterken en bemiddelingstrajecten. Scholing of opleiding kan hiervan deel uitmaken.

Op grond van onderdeel c dient de verzekerde ook de mogelijkheden tot verkrijging van hulpmiddelen in verband met de werkplek en mogelijkheden tot aanpassing van de werkplek, alsmede andere persoonsgebonden voorzieningen, te benutten in verband met zijn arbeidsinschakeling. De verzekerde dient aldus te proberen deze hulpmiddelen te verkrijgen of een aanpassing van de werkplek te bewerkstelligen. Ook dient hij zijn medewerking te verlenen wanneer hem deze voorzieningen worden aangeboden.

Op grond van artikel 30 stelt het UWV in samenspraak met de verzekerde een re-integratievisie vast waarin verplichtingen en rechten van de verzekerde zijn vermeld. Indien de re-integratievisie daartoe aanleiding geeft laat het UWV ten behoeve van de verzekerde een plan, gericht op behoud en verkrijging van mogelijkheden tot het verrichten van arbeid en inschakeling in arbeid, opstellen door een re-integratiebedrijf. Het re-integratieplan wordt in samenspraak met de verzekerde opgesteld. De re-integratieafspraken maken duidelijk wat haalbaar is en waar partijen zich aan committeren. Op grond onderdelen d en e is de verzekerde niet alleen verplicht aan het opstellen van deze re-integratievisie en dit re-integratieplan mee te werken, maar ook de plichten die daarin zijn opgenomen, na te leven.

Artikel 21. Plichten gericht op inschakeling in de arbeid

Eerste lid
Evenals de hiervoor vermelde plichten, sluiten ook de plichten in deze bepaling aan bij die in de Wet WIA, meer specifiek die in artikel 30 van de Wet WIA zijn opgenomen. Indien de verzekerde die recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering geen passende arbeid verricht, dient hij elk aanbod van passende arbeid te aanvaarden. Zolang hem geen passende arbeid wordt aangeboden, dient hij in voldoende mate te proberen passende arbeid te verkrijgen. Daartoe dient hij bijvoorbeeld te solliciteren en op uitnodiging sollicitatiegesprekken te voeren. Indien de verzekerde zich zodanig gedraagt dat zijn gedrag verwijtbaar leidt tot niet verkrijgen van (een voldoende mate van) passende arbeid (bijvoorbeeld door zich tijdens een sollicitatieprocedure onfatsoenlijk te gedragen) handelt hij in strijd met onderdeel b. Op grond van artikel 23 kunnen bij ministeriële regeling regels worden gesteld waarbij bepaalde groepen verzekerden van de sollicitatieplicht worden vrijgesteld of kunnen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld op grond waarvan aan verzekerden in individuele gevallen tijdelijk een ontheffing kan worden verleend. De verzekerde dient zich op grond van onderdeel c verder te onthouden van het stellen van irreële eisen die het aanvaarden of verkrijgen van passende arbeid belemmeren.

Tweede lid
Aan de verzekerde die recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan het UWV de plicht opleggen dat die persoon zich als werkzoekende bij het UWV laat registeren. Evenals bij de sollicitatieplicht dient sprake te zijn van maatwerk van het UWV dat goed is afgestemd op de omstandigheden van het individuele geval.

Derde lid
In dit lid wordt omschreven wat onder passende arbeid moet worden verstaan. In dit verband hangen de plichten onder artikel 20 en dit artikel samen.

Onder passende arbeid wordt verstaan alle arbeid die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde is berekend, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijke, geestelijke of sociale aard niet van hem kan worden gevergd. In zijn algemeenheid dient de vraag wat passende arbeid is in elk concreet geval aan de hand van de omstandigheden te worden beantwoord. Als leidraad moet worden gevolgd dat het bij passende arbeid moet gaan om arbeid die in redelijkheid aan de verzekerde kan worden opgedragen, gelet op onder meer het arbeidsverleden, de opleiding, de gezondheidstoestand, de afstand tot het werk, het inkomen en hetgeen waartoe de verzekerde nog in staat is.

Evenals in de Wet WIA dient eerst te worden nagegaan of de eigen arbeid, al dan niet met aanpassingen, of een andere organisatie van het werk, naar verwachting nog zal kunnen worden verricht. In het verlengde hiervan kan worden onderzocht of er andere arbeid binnen het bedrijf van de verzekerde voor hem passend is. Als dat het geval is dan wordt van de verzekerde verwacht dat hij zijn inspanningen daarop richt. Als blijkt dat terugkeer naar het eigen werk of werk in het eigen bedrijf niet mogelijk is of niet leidt tot werkhervatting, dan bekijken de verzekerde en het UWV samen welke werkzaamheden de verzekerde gezien zijn beperkingen nog wel kan verrichten. Daarbij kan ook worden gedacht aan werk in loondienst. In beginsel wordt hierbij zo dicht mogelijk aangesloten bij de laatst overeengekomen functie. Als (op redelijke termijn) dergelijke arbeid noch bij het eigen bedrijf, noch bij een derde voorhanden is, mag van de verzekerde worden verlangd, dat hij zich wat betreft door hem te aanvaarden arbeid ruimer opstelt. Het lid geeft verder de mogelijkheid om nadere regels te stellen omtrent het begrip passende arbeid in een algemene maatregel van bestuur.

Artikel 22. Plichten wettelijk vertegenwoordiger
Indien de verzekerde een wettelijk vertegenwoordiger heeft is ook die persoon verplicht de in artikel 18 tot en met 21, genoemde plichten na te leven. Sommige plichten, zoals de informatieplicht, bedoeld in artikel 18, eerste lid, kunnen door de wettelijk vertegenwoordiger zelf worden nageleefd. Sommige andere plichten zijn gericht op de persoon van de verzekerde of uitkeringsgerechtigde, zoals artikel 18, tweede lid, onder c (meewerken aan onderzoek). Als het gaat om een dergelijke plicht heeft de wettelijk vertegenwoordiger de plicht de verzekerde te helpen bij het naleven van de desbetreffende verplichting.

Artikel 23. Delegatiebevoegdheid
Op grond van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld over de hiervoor vermelde verplichtingen. Nadere regels over de informatieplicht, kunnen ook een nadere aanduiding van de soort gegevens betreffen, die moeten worden verstrekt met het oog op de re-integratie. Deze nadere regelgeving wordt, indien deze noodzakelijk blijkt, afgestemd op die op grond van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (SUWI).

Op grond van het tweede lid kunnen bij ministeriële regeling regels worden gesteld waarbij bepaalde groepen verzekerden van de verplichtingen, hun op grond van artikel 20 en 21, eerste lid opgelegd, kunnen worden vrijgesteld. De Regeling vrijstelling verplichtingen sociale zekerheidswetten zal mede op dit artikel worden gebaseerd.

Op grond van het derde lid kunnen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld op grond waarvan aan verzekerden in individuele gevallen tijdelijk een ontheffing kan worden verleend van verplichtingen, hun op grond van artikel 21, eerste lid, opgelegd. Het Besluit ontheffing verplichtingen socialezekerheidswetten zal mede op dit artikel worden gebaseerd.

CONCEPT

Paragraaf 3.2. Re-integratie-instrumenten

Artikel 24. Recht op ondersteuning bij arbeidsinschakeling van UWV
Dit artikel regelt het recht op ondersteuning bij arbeidsinschakeling van het UWV en op voorzieningen voor de verzekerde. Dit recht ontstaat in twee situaties.

De eerste situatie (onderdeel a) ziet op de verzekerde voor wie de wachttijd is aangevangen. Deze verzekerde dient op basis van artikel 17 aan het UWV te melden per welke dag hij niet heeft gewerkt of dat werk heeft gestaakt. Dit is tevens de dag dat de wachttijd, bedoeld in artikel 16, voor deze verzekerde aanvangt. Gedurende de wachttijd gelden er voor de verzekerde geen re-integratieverplichtingen.

De tweede situatie (onderdeel b) ziet op de verzekerde die recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van deze wet. In dat geval bestaat er wel een re-integratieplicht (zie paragraaf 3.1 van deze toelichting).

De verzekerde zal veelal eerst in aanmerking komen voor ondersteuning bij arbeidsinschakeling op grond van onderdeel a en vervolgens op grond van onderdeel b. Dit hoeft echter niet noodzakelijkerwijs. Indien een verzekerde de ongeschiktheid voor de eigen arbeid pas aan het UWV meldt op een moment dat hiervan al langere tijd sprake is, kan het voorkomen dat die verzekerde direct op grond van onderdeel b voor ondersteuning in aanmerking komt.

Voor de invulling van de ondersteuning bij arbeidsinschakeling maakt het UWV gebruik van een werkhervattingsvisie, re-integratievisie en re-integratieplan (zie paragraaf 3.3. van dit wetsvoorstel), en van de wettelijk geregelde voorzieningen en re-integratie-instrumenten (zie paragraaf 3.2 van dit wetsvoorstel). Het UWV kan bijvoorbeeld een proefplaatsing toestaan, wanneer de verzekerde recht heeft op een uitkering op grond van dit wetsvoorstel.

Artikel 25. Voorzieningen ter voortzetting van arbeid als zelfstandige
Dit artikel biedt een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over het door UWV op aanvraag verstrekken van voorzieningen aan verzekerden. Het moet hierbij gaan om verzekerden met een naar het oordeel van het UWV structurele functionele beperking, die arbeid als zelfstandige verrichten of gaan verrichten.

In artikel 34a van de Wet WIA en artikel 2:23 van de Wajong zijn grondslagen opgenomen op basis waarvan UWV voorzieningen kan verstrekken aan startende zelfstandigen. Dit zijn zelfstandigen die een structurele functionele beperking hebben als gevolg van een ziekte of handicap die bij de aanvang van de arbeid als zelfstandige al aanwezig was, dan wel als gevolg van een ziekte of handicap die binnen drie jaar na de start van de arbeid als zelfstandige is ontstaan. Dit voorgestelde artikel is een aanvulling op die bepalingen. Daarom is in het tweede lid geregeld dat UWV uitsluitend voorzieningen kan verstrekken op grond van dit artikel voor zo ver dat niet mogelijk is op grond van artikel 34a van de Wet WIA of artikel 2:23 van de Wajong.

In het derde lid is geregeld dat de voorziening niet langer verstrekt wordt indien het inkomen van de zelfstandige meer bedraagt dan een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen bedrag. Ook wordt bij of krachtens die maatregel bepaald wat hierbij onder inkomen wordt verstaan. Voorzien wordt dat dit geregeld wordt in het Reïntegratiebesluit.

In het vierde lid is geregeld dat geen voorzieningen op grond van dit artikel ingezet kunnen worden indien een verzekerde op grond van artikel 7, eerste lid, onderdeel a, van de Participatiewet recht heeft op arbeidsondersteuning vanuit de gemeente. Dit geldt tot het moment dat gedurende twee aaneengesloten jaren het inkomen ten minste het wettelijk minimumloon bedraagt.

CONCEPT

Artikel 26. Proefplaatsing
Dit artikel regelt dat UWV proefplaatsing kan inzetten voor verzekerden die recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Proefplaatsing is bedoeld voor de zelfstandige die wil re-integreren in loondienst. De vormgeving van de proefplaatsing voor de zelfstandige is grotendeels gelijk aan de vormgeving voor werknemers in de Wet WIA, zie artikel 37 van de Wet WIA.

Evenals in de Wet WIA mogen de werkzaamheden maximaal zes maanden duren. UWV geeft toestemming voor een bepaalde duur van de werkzaamheden. De zelfstandige behoudt het recht op uitkering gedurende de door UWV toegestane periode om de werkzaamheden te verrichten.

De onbeloonde werkzaamheden moeten, evenals in de Wet WIA, voldoen aan alle eisen die zijn geformuleerd in het tweede lid. Op grond van het derde lid worden onderbrekingen van de werkzaamheden wegens ziekte buiten beschouwing gelaten voor de vaststelling van de periode waarin de proefplaatsing toegestaan wordt. Het vierde lid stelt de verzekerde die proefplaatsing ontvangt vrij van de plicht tot het accepteren van passende arbeid. Het vijfde lid bevat tot slot een grondslag voor een ministeriële regeling waarmee nadere regels kunnen worden gesteld met betrekking tot de uitvoering van dit artikel. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een vrijstelling van verplichtingen tot accepteren van werkzaamheden op basis van andere wetten (zie artikel 6 van de Regeling vrijstelling verplichtingen sociale zekerheidswetten). Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn wanneer een zelfstandige tevens werkzaam is (geweest) als werknemer.

Artikel 27. Onbeloonde additionele werkzaamheden
Conform de Wet WIA (zie artikel 37b van de Wet WIA) kan UWV besluiten dat een verzekerde die recht heeft op een uitkering, en voor wie de kans op inschakeling in het arbeidsproces gering is en die daardoor vooralsnog niet bemiddelbaar is op de arbeidsmarkt, onbeloonde additionele werkzaamheden kan verrichten. Het gaat hierbij om de zogenaamde participatieplaatsen (artikel 10a van de Participatiewet).

Paragraaf 3.3. Bevoegdheden en verplichtingen van het UWV

Artikel 28. Controlevoorschriften
Op grond van dit artikel wordt het UWV de bevoegdheid verleend om controlevoorschriften vast te stellen. Deze controlevoorschriften mogen niet verder gaan dan strikt noodzakelijk is voor een juiste uitvoering van de wet. Bij de controlevoorschriften gaat het om concretisering van de wettelijke bepalingen. Het primaire doel van de controle is het verzekeren van een juiste wetstoepassing. Secundair doel is de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik.

Artikel 29. Re-integratie-aanpak door het UWV tijdens de wachttijd
Dit artikel regelt de re-integratie-aanpak door het UWV tijdens de wachttijd. Het UWV stelt gedurende de wachttijd op aanvraag van en in samenspraak met de verzekerde een werkhervattingsvisie vast. Hierin worden rechten en verplichtingen van de verzekerde in het kader van de re-integratie tijdens de wachttijd vermeld.

Het UWV kan ten behoeve van een verzekerde ook een re-integratieplan laten opstellen door een re-integratiebedrijf. Evenals voor het re-integratieplan tijdens de uitkering geldt dat het re-integratieplan een concretisering bevat van de uitgangspunten in de re-werkhervattingsvisie. Daarnaast zijn hierin rechten en plichten van de verzekerde opgenomen, voor zover die niet in de werkhervattingsvisie zijn vermeld. Een re-integratieplan is in beginsel geen besluit in de zin van de Awb, omdat het niet is opgesteld door een bestuursorgaan. Daarvan kan pas sprake zijn, indien het plan door het UWV wordt bekrachtigd.

Het UWV kan een verzekerde die de verplichtingen uit de werkhervattingsvisie of het werkhervattingsplan niet of niet volledig nakomt geen maatregel opleggen, omdat er geen sprake is van een recht op uitkering. Wel heeft het UWV in zo'n geval op grond van het vierde lid de bevoegdheid om beschikkingen met betrekking tot de werkhervattingsvisie en het re-

integratieplan te herzien of in te trekken, indien de verzekerde de verplichting niet of niet volledig nakomt. Het UWV kan daarop betrekking hebbende kosten geheel of gedeeltelijk van de verzekerde terugvorderen. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om kosten die nodeloos zijn gemaakt omdat een re-integratietraject korter wordt ingezet dan waarmee de verzekerde heeft ingestemd en redelijkerwijs aan kon worden gehouden.

Artikel 30. Re-integratie-aanpak door het UWV bij recht op de uitkering

Eerste en tweede lid
In de re-integratievisie wordt in hoofdlijnen aangegeven wat de re-integratiemogelijkheden van de uitkeringsgerechtigde zijn, wordt ondubbelzinnig beschreven welke stappen daartoe worden gezet en worden de rechten en plichten van de uitkeringsgerechtigde vermeld. De re-integratievisie wordt in samenspraak met de uitkeringsgerechtigde opgesteld en wordt periodiek geëvalueerd. Een re-integratievisie is op rechtsgevolg gericht en een besluit in de zin van de Awb als de uit de wet voortvloeiende rechten en verplichtingen zodanig zijn uitgewerkt dat beoogd is een zelfstandig rechtsgevolg te doen ontstaan. Als een uitkeringsgerechtigde bijvoorbeeld de verplichting opgelegd krijgt om ten minste éénmaal per week te solliciteren, dan is dat een concretisering van een wettelijke verplichting (vergelijk artikel 21). In een dergelijk geval is de re-integratievisie op rechtsgevolg gericht en staat daartegen bezwaar en beroep open. Als een re-integratievisie niet meer bevat dan een opsomming van de rechten en plichten die volgen uit de wet, dan is geen sprake van een besluit.

Indien in de re-integratievisie de verplichting is opgenomen dat de uitkeringsgerechtigde zo veel mogelijk meewerkt aan re-integratiewerkzaamheden die worden aangeboden door een re-integratiebedrijf, dan betekent dit dat de uitkeringsgerechtigde ook moet meewerken aan het re-integratieplan dat het re-integratiebedrijf in zijn geval opstelt. Ook deze verplichting zal in de re-integratievisie worden opgenomen. Uit het feit dat de re-integratievisie in samenspraak met de uitkeringsgerechtigde wordt opgesteld volgt dat zij samen een keuze voor een re-integratiebedrijf maken.

Indien de verplichtingen die in de re-integratievisie zijn opgenomen niet worden nageleefd door de uitkeringsgerechtigde kan dit reden zijn voor het UWV om hem een sanctie op te leggen.

Derde en vierde lid
Op grond van het derde lid kan een re-integratieplan worden opgesteld, indien de re-integratievisie daartoe aanleiding geeft. Het re-integratieplan wordt opgesteld door het door het UWV ingeschakelde re-integratiebedrijf. In dit plan worden de activiteiten beschreven die de uitkeringsgerechtigde en het re-integratiebedrijf, in het kader van de re-integratie van de verzekerde, gaan verrichten. Als een plan wordt opgesteld dient dat te gebeuren in samenspraak met de verzekerde. Het re-integratieplan bevat een concretisering van de uitgangspunten in de re-integratievisie en bevat rechten en plichten van de uitkeringsgerechtigde voor zover die niet in de re-integratievisie zijn vermeld.

Een re-integratieplan is in beginsel geen besluit in de zin van de Awb, omdat het niet is opgesteld door een bestuursorgaan. Daarvan kan pas sprake zijn, indien het plan door het UWV wordt bekrachtigd.

Vijfde lid
Op grond van artikel 4.1 van het Besluit SUWI is het UWV verplicht in het contract met een re-integratiebedrijf op te nemen dat dat bedrijf, indien zij het gegronde vermoeden hebben dat een persoon van wie de inschakeling in de arbeid wordt bevorderd (waaronder vergroting van mogelijkheden tot het verrichten van arbeid moet worden begrepen) onvoldoende medewerking verleent aan de re-integratiewerkzaamheden, dit op verzoek of uit eigen beweging aan het UWV meldt. Indien het UWV zo'n melding krijgt is het, op grond van het vijfde lid, verplicht een beschikking te nemen omtrent de gehele of gedeeltelijke opschorting of schorsing van de betaling

van de uitkering aan de betrokkene. Zo'n beschikking kan voor een duur van ten hoogste acht weken worden genomen. In deze periode blijft het recht op uitkering bestaan. In deze periode dient het UWV te onderzoeken of de melding van het re-integratiebedrijf moet leiden tot het opleggen van een sanctie aan de verzekerde.

Aanleiding voor gehele opschorting of schorsing van de betaling van de uitkering kan zijn dat een persoon blijkt heimelijk (zwart; clandestien) te werken en daardoor in het geheel niet tracht passende arbeid te verkrijgen. Aanleiding voor gedeeltelijke opschorting of schorsing van de betaling van de uitkering kan zijn dat een persoon die deelneemt aan een opleiding of scholing blijkt zijn huiswerkopdrachten niet te vervullen of dat blijkt dat een persoon de hem opgedragen specifieke sollicitatieactiviteiten niet of niet behoorlijk verricht.

Van opschorting van de betaling van de uitkering is sprake indien de uitkering is aangevraagd en is toegekend maar nog geen betaling van de uitkering heeft plaatsgevonden. Van schorsing is sprake indien de betaling van een lopende uitkering wordt stopgezet.

De beschikking om al dan niet op te schorten of te schorsen is een besluit in de zin van de Awb. Dit houdt in dat het UWV voorafgaand aan de beschikking een belangenafweging dient te maken. Dat wil zeggen dat het UWV het belang van het niet naleven van de verplichtingen door de betrokkene dient af te wegen tegen het belang van het tijdelijk opschorten of schorsing in verband met het te starten onderzoek naar de noodzaak van het opleggen van een sanctie aan betrokkene. Benadrukt wordt dat bij dit besluit dus nog geen belangenafweging omtrent die eventuele sanctieoplegging hoeft te worden gemaakt. Tegen de beslissing tot opschorten of schorsing staat bezwaar en beroep open.

Zesde lid
Op grond van het zesde lid dient het UWV het re-integratiebedrijf, naar aanleiding van wiens melding een beschikking tot opschorting of schorsing als bedoeld in het vijfde lid is genomen, in kennis te stellen van die beschikking.

Artikel 31. Reiskostenvergoeding
Dit artikel regelt de vergoeding van reis- en verblijfskosten van personen die door het UWV zijn opgeroepen, gelijk aan de andere arbeidsongeschiktheidswetten.

Hoofdstuk 4. Uitsluitingsgronden

In dit hoofdstuk zijn de uitsluitingsgronden opgenomen die aan het ontstaan of het voortbestaan van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering in de weg kunnen staan. In hoofdstuk 5 zijn de bepalingen opgenomen op grond waarvan het ontstaan, het later ontstaan, de beëindiging en de herleving van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt geregeld, waarbij steeds wordt verwezen naar de uitsluitingsgronden in dit hoofdstuk.

Artikel 32. Uitsluitingsgronden, onderdelen a en b
Indien de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen of zich onttrekt aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel kan geen recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering ontstaan of wordt het recht op die uitkering beëindigd. In artikel 1 is bepaald wat onder een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel wordt verstaan, namelijk een bij onherroepelijk geworden vonnis opgelegde vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel als bedoeld in het Wetboek van Strafrecht.

In artikel 33 is nader bepaald op welke gevallen onderdeel a niet van toepassing is. Daarnaast is bepaald dat deze uitsluitingsgrond op bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen categorieën personen evenmin van toepassing is. Het gaat dan bijvoorbeeld om gedetineerden die in de laatste fase van hun detentie in aanmerking komen voor deelname aan een penitentiair programma of voor nader te benoemen vormen van verlof.

Het feit dat iemand tijdens de wachttijd rechtens zijn vrijheid is ontnomen heeft geen invloed op de vraag of recht op een uitkering ontstaat. Bepalend hiervoor is het moment waarop de wachttijd eindigt. Ontstaat op dat moment geen recht omdat de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen, dan ontstaat, voor zover ook aan de overige voorwaarden is voldaan, op grond van artikel 37, derde lid**,** alsnog recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering zodra binnen vijf jaar na de wachttijd de vrijheidsontneming wordt beëindigd.

Bestaat op het moment dat iemand rechtens zijn vrijheid wordt ontnomen recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van deze wet, dan eindigt dat recht, in afwijking van artikel 38, eerste lid, onderdeel b, als gevolg van toepassing van artikel 33, tweede lid, niet op de dag dat deze uitsluitingsgrond zich voordoet, maar pas nadat een maand is verstreken. Dat geldt echter niet indien de verzekerde op de dag voorafgaande aan de vrijheidsontneming geen recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering omdat hij zich aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel heeft onttrokken. In dat geval eindigt het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op de dag dat de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen.

In artikel 33, derde lid, is verder geregeld dat vrijheidsontnemingen die worden onderbroken met minder dan vier weken, worden samengeteld. Hiermee wordt voorkomen dat bij elke nieuwe periode van vrijheidsontneming de arbeidsongeschiktheidsuitkering pas na één maand kan worden beëindigd. Ook wordt hiermee geregeld dat er niet te veel beëindigingen en herlevingen van uitkeringen plaatsvinden.

Wordt de gedetineerde weer in vrijheid gesteld, dan herleeft het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering voor zover de detentie minder dan 5 jaar heeft geduurd (artikel 39, derde lid). Wordt hij na een langere periode weer in vrijheid gesteld dan kan het recht op een uitkering niet herleven.

Artikel 32. Uitsluitingsgronden, onderdeel c
Net als in Wet WIA geldt ook voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel dat deze in beginsel niet exporteerbaar is. Toepassing van deze uitsluitingsgrond heeft aldus tot gevolg dat er geen recht op een uitkering ontstaat indien men niet in Nederland woont en een eerder ontstaan recht op een uitkering eindigt als men niet meer in Nederland woont.

In artikel 34 wordt een nadere uitwerking gegeven aan deze exportbeperking. De exportbeperking is, op grond van het eerste lid, niet van toepassing op de verzekerde die woont in een land waarin op grond van een verdrag of een besluit van een volkenrechtelijke organisatie recht op een uitkering kan bestaan.

De in artikel 34, tweede lid, opgenomen delegatiebepaling die vergelijkbaar is met die van de Wet WIA, maakt het mogelijk ten behoeve van genoemde groepen personen afwijkende bepalingen te maken. Dit zal nader worden geregeld in het Besluit regels beperking export uitkeringen.

Artikel 37, derde lid regelt verder dat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering alsnog ontstaat, indien de verzekerde binnen vijf jaar na de wachttijd weer in Nederland komt wonen. Op grond van artikel 39 geldt datzelfde ten aanzien van herleving na een eerdere beëindiging.

Artikel 32. Uitsluitingsgronden, onderdeel d
Een uitsluitingsgrond is eveneens van toepassing op de persoon die op grond van artikel 64 van de Wet financiering sociale verzekeringen wegens gemoedsbezwaren ontheven is van de verplichtingen op grond van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen.

Artikel 32. Uitsluitingsgronden, onderdeel e
De uitreiziger is gedefinieerd in artikel 1 en betreft de persoon ten aanzien van wie op grond van een melding van de opsporingsdiensten of inlichtingen- en veiligheidsdiensten, gericht aan het

UWV, is gebleken dat het gegronde vermoeden bestaat dat deze persoon zich buiten Nederland bevindt met het doel om zich aan te sluiten bij een organisatie die is geplaatst op de lijst van organisaties, bedoeld in artikel 14, vierde lid, van de Rijkswet op het Nederlanderschap. Het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering kan eventueel later ontstaan of herleven, indien de verzekerde geen uitreiziger meer is.

Artikel 32. Uitsluitingsgronden, onderdeel f
Dit betreft een definitieve uitsluitingsgrond. Net als op grond van de Wet WIA en WAZ heeft toepassing van deze uitsluitingsgrond tot gevolg dat geen recht op een uitkering ontstaat bij het bereiken of bereikt hebben van de pensioengerechtigde leeftijd. Een bestaand recht eindigt op de dag dat de verzekerde de pensioengerechtigde leeftijd bereikt.

Artikel 32. Uitsluitingsgronden, onderdeel g
Ook dit betreft een definitieve uitsluitingsgrond. Het recht op een uitkering ontstaat niet indien de verzekerde overlijdt. Een bestaand recht op uitkering eindigt indien de verzekerde overlijdt.

Artikel 35. Niet meewerken aan medisch onderzoek vóór recht op uitkering
Met dit artikel wordt voorgesteld dat eventuele aanspraken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering buiten beschouwing blijven, voor zolang het recht op die uitkering niet kan worden vastgesteld omdat de zelfstandige niet meewerkt aan een medisch onderzoek. Het is daarmee de evenknie van artikel 46a van de Wet WIA. Het niet meewerken aan een medisch onderzoek heeft niet alleen betrekking op het niet verschijnen op dat onderzoek, maar ook op het niet meewerken tijdens dat onderzoek, bijvoorbeeld door vragen niet te beantwoorden of te onderpresteren. Wanneer de verzekerde wel aan een onderzoek meewerkt is dat niet langer grond om deze aanspraken buiten beschouwing te laten.
Opgemerkt wordt dat de zinsnede "voor zolang het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering niet kan worden vastgesteld" betekent dat gedurende die periode de aanspraken buiten aanmerking blijven. Zodra echter het medisch onderzoek wel heeft plaatsgevonden en het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering van de verzekerde kan worden vastgesteld (hij dient uiteraard aan de voorwaarden voor de uitkering te voldoen) krijgt hij met terugwerkende kracht tot het moment waarop zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering zou zijn ingegaan als hij direct aan het medisch onderzoek zou hebben meegewerkt, de arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend.
Tenslotte wordt opgemerkt dat in het bijzondere geval waarin het dossier voldoende gegevens bevat om de mate van arbeidsongeschiktheid en daarmee het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering vast te stellen het voorgestelde artikel geen toepassing behoeft te vinden. Dit komt tot ook tot uitdrukking in de zinsnede "naar het oordeel van het UWV" in de voorgestelde tekst.

Hoofdstuk 5. De arbeidsongeschiktheidsuitkering

Paragraaf 5.1 Bepalingen in verband met het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering

Artikel 36. Het ontstaan van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering
Dit artikel regelt de voorwaarden voor het ontstaan van het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering en met ingang van welke dag dat recht op zijn vroegst kan ontstaan. Aansluiting is gezocht bij de ontstaansvoorwaarden, zoals die in de Wet WIA zijn geregeld.

Eerste lid
In het eerste lid staan limitatief de voorwaarden opgesomd waaraan moet worden voldaan voordat het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontstaat. In de aanhef van het eerste lid is vastgelegd dat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering alleen kan ontstaan voor de persoon die bij het intreden van de ziekte verzekerde is. Wat onder ziekte wordt begrepen, is nader

geregeld in artikel 16. Daarnaast dient ook te worden voldaan aan de overige in dit artikel opgenomen voorwaarden.

– *Onderdeel a. De wachttijd heeft doorlopen:*
De eerste voorwaarde om voor een uitkering in aanmerking te komen is dat een verzekerde de wachttijd van 52 weken heeft doorlopen. Gedurende de wachttijd staat de ziekte, ofwel (on)geschiktheid voor de eigen arbeid, centraal. In hoofdstuk 2 zijn nadere bepalingen opgenomen in verband met de wachttijd.

– *Onderdeel b. Arbeidsongeschikt zijn:*
Op het moment dat de wachttijd van 52 weken eindigt, dient sprake te zijn van arbeidsongeschiktheid. Wat hieronder wordt verstaan en op welke wijze dit wordt vastgesteld, is neergelegd in paragraaf 1.3 van hoofdstuk 1.

Onderdeel c. Er geen uitsluitingsgronden van toepassing zijn:
In hoofdstuk 4 worden limitatief alle gronden opgesomd die aan het ontstaan van het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering in de weg kunnen staan. Indien een van deze gronden op de eerste dag na afloop van de wachttijd van toepassing is, ontstaat voor de verzekerde geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het moment waarop het recht kan ontstaan schuift dan op tot het moment waarop zich geen uitsluitingsgrond meer voordoet. Artikel 37 regelt in welke gevallen en op welk moment alsnog recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan ontstaan, indien de uitsluitingsgrond zich niet meer voordoet.

Tweede lid
Het tweede lid regelt met ingang van welke dag het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering ingaat. Dat is niet eerder dan de eerste dag na afloop van de wachttijd.

Artikel 37. Later ontstaan van het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering

Eerste lid
Op grond van artikel 36 ontstaat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering niet, indien de verzekerde op de eerste dag na afloop van de wachttijd niet arbeidsongeschikt was dan wel indien er op hem op die dag een uitsluitingsgrond van toepassing was. Er zijn, evenals in de Wet WIA, echter situaties waarin het aangewezen is dat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering ten aanzien van deze omstandigheden alsnog op een later moment kan ontstaan. Deze situaties zijn in dit artikel limitatief genoemd (zie ook paragraaf 5.7 van het algemene gedeelte van deze toelichting).

De eerste situatie (eerste lid, onderdeel a) betreft het geval dat de verzekerde op de eerste dag na afloop van de wachttijd niet arbeidsongeschikt was maar dat hij dat door toegenomen arbeidsongeschiktheid uit dezelfde oorzaak na het einde van die wachttijd wel is. In deze situatie ontstaat, mits die toegenomen arbeidsongeschiktheid zich binnen 5 jaar voordoet, alsnog recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

De tweede situatie (eerste lid, onderdeel b) komt overeen met onderdeel a, met dien verstande dat de toegenomen arbeidsongeschiktheid is voortgekomen uit een andere oorzaak. In deze situatie ontstaat, mits de toegenomen arbeidsongeschiktheid zich voordoet binnen vier weken na einde
van de wachttijd alsnog recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Tweede lid
Het tweede lid regelt dat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering niet alsnog kan ontstaan als zich op de dag dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid een van de genoemde uitsluitingsgronden voordoet, meer specifiek indien de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen, zich onttrekt aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel, niet in Nederland woont, een uitreiziger is of een persoon die een ontheffing wegens gemoedsbezwaren heeft (zie in verband hiermee ook paragraaf 5.4 van het algemene deel van de toelichting).

Derde lid
In het derde lid is tot slot geregeld dat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering alsnog kan ontstaan op de dag dat de in het tweede lid genoemde uitsluitingsgronden zich niet meer voordoen. Voorwaarde hierbij is dat deze uitsluitingsgronden vervallen binnen vijf jaar nadat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering niet is ontstaan na afloop van de wachttijd. Deze termijn sluit aan bij de termijn in het eerste lid, onderdeel a.

Artikel 38. Eindigen van het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering
Dit artikel regelt wanneer en met ingang van welke dag het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering eindigt. Zie ook paragraaf 5.6 van het algemene deel van de toelichting.

Eerste lid
Op grond van onderdeel a eindigt het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering als de persoon niet langer arbeidsongeschikt is. Van arbeidsongeschiktheid is op grond van artikel 5 en de daarop berustende bepalingen niet langer sprake indien de verzekerde met arbeid meer kan verdienen dan het wettelijk minimumloon per jaar. Dit kan het geval zijn wanneer de belastbaarheid van de verzekerde is verbeterd. Het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering eindigt in dat geval als gebruikelijk twee maanden na de daarop waarop de verzekerde niet langer arbeidsongeschikt is.

Andere redenen die tot eindiging van het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering kunnen leiden zijn het van toepassing zijn van een van de volgende uitsluitingsgronden (onderdeel b): het rechtens zijn vrijheid zijn ontnomen, het zich onttrekken aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel, het niet in Nederland wonen, het op grond van artikel 64 van de Wet financiering sociale verzekeringen hebben van een ontheffing wegens gemoedsbezwaren, het zijn van een uitreiziger, het bereiken van de eerste dag van de kalendermaand waarin de pensioengerechtigde leeftijd bereikt of het overlijden van de verzekerde. Het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering eindigt in dat geval op de dag dat één deze gronden zich voordoet. Zie verder de toelichting bij artikel 33.

Tweede lid
Het tweede lid wijkt af van het eerste lid, onderdeel a, en ziet op de situatie waarin de verzekerde niet langer arbeidsongeschikt is, omdat hij met arbeid feitelijk het wettelijk minimumloon verdient. Het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering eindigt in dat geval niet na twee maanden, maar op de dag nadat de verzekerde over een aaneengesloten periode van twaalf maanden ten minste de som heeft verdiend van de voor die maanden geldende bedragen aan minimumloon per maand.

Derde lid
Het derde lid regelt voor de verzekerde die als zelfstandige in arbeid is hervat een afzonderlijke termijn voor het eindigen van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering. In dat geval wordt een aaneengesloten periode van drie kalenderjaren gehanteerd. Voor ieder kalenderjaar geldt dat de verzekerde ten minste de som moet hebben verdiend van de voor de maanden van dat kalenderjaar geldende bedragen aan minimumloon per maand.

CONCEPT

Vierde lid
Met het vierde lid wordt geregeld dat het UWV bij beëindiging van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van het tweede en derde lid, in afwijking van artikel 6, eerste lid, kan afzien van een verzekeringsgeneeskundig en arbeidskundig onderzoek. Daarvoor kan bijvoorbeeld aanleiding bestaan wanneer, mede gelet op de gestelde periodes, duidelijk is dat de verrichte arbeid passend is en het genoten inkomen representatief en voldoende bepaalbaar is. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar paragraaf 5.6 van het algemene deel van de toelichting.

Artikel 39. Herleven van het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering
Een eenmaal geëindigd recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan in een aantal gevallen weer herleven. Dit artikel geeft een limitatieve opsomming van de herlevingssituaties. Het betreft hier dezelfde situaties als opgenomen in artikel 37, zij het dat het daar situaties betreft waar het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor het eerst ontstaat, en het in dit artikel gaat om situaties waarin het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering eerder heeft bestaan.

Paragraaf 5.2 De hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering

Artikel 40. Grondslag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering
Bij het bepalen van de hoogte van de uitkering wordt uitgegaan van het beginsel van feitelijke inkomstenderving. De inkomstenderving vormt de grondslag voor de uitkering, waarbij een maximumgrens is vastgesteld waarover uitkering kan worden verstrekt.

Eerste en tweede lid
De uitkering voor de zelfstandige wordt gerelateerd aan de gemiddelde winst uit onderneming per dag die hij feitelijk heeft genoten in het kalenderjaar voorafgaande aan het intreden van ongeschiktheid tot werken. Als de gemiddelde winst uit onderneming per dag over de drie kalenderjaren voor het intreden van ongeschiktheid tot werken leidt tot een hoger bedrag wordt dat hogere bedrag als uitkeringsgrondslag gehanteerd.

Derde lid
In het derde lid is geregeld dat de uitkeringsgrondslag ten hoogste 142,86% bedraagt van het minimumloon per maand, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel b, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag, gedeeld door 21,75. Door het minimumloon per maand te delen door 21,75 wordt het gemiddelde bedrag per dag verkregen.

Met de maximumgrens voor de uitkeringsgrondslag wordt bewerkstelligd dat de uitkering bij arbeidsongeschiktheid niet meer kan bedragen dan het minimumloon. In dit verband zij ook verwezen naar de toelichting bij artikel 41. Wanneer de winst uit onderneming gelijk of hoger is dan 142,86% van het minimumloon dan betreft het minimumloon de uitkeringsgrondslag. Indien de winst uit onderneming lager is dan 142,86% van het minimumloon dan betreft de winst uit onderneming de uitkeringsgrondslag.

Vierde tot en met zevende lid
Het minimumloon wordt in de regel tweemaal per jaar, per 1 januari en per 1 juli, geïndexeerd. Door in het vierde lid de maximale uitkeringsgrondslag te koppelen aan artikel 8, eerste lid, onderdeel b, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag wordt in principe al bereikt dat de maximale uitkeringsgrondslag wordt herzien, indien het minimumloon wordt herzien. Met het vierde lid wordt ook bereikt dat de uitkeringsgrondslag die niet gelijk of hoger is dan 142,86% van het minimumloon, maar die gebaseerd is op de winst uit onderneming, wordt herzien indien het minimumloon wordt herzien.

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid maakt de ingangsdatum en het percentage van de herziening in de Staatscourant bekend zodat hieromtrent voor iedereen duidelijkheid bestaat. Verder is geregeld dat een herziening van de arbeidsongeschiktheidsuitkering als gevolg van

indexering van de grondslag zonder beschikking wordt vastgesteld en op welk moment de herziene uitkering wordt uitbetaald.

Artikel 41. De hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering
Dit artikel regelt de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. De hoogte van de uitkering is afhankelijk van de hoogte van de uitkeringsgrondslag en eventueel inkomen. Anders dan de Wet WIA, kent de arbeidsongeschiktheidsuitkering één fase en één uitkeringsregime. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar paragraaf 6.2 van het algemene deel van de toelichting.

Eerste lid
De hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering bedraagt per dag, zaterdagen en zondagen niet meegerekend, 0,7 maal de (maximale) uitkeringsgrondslag minus het inkomen, ofwel:
0,7 x (A-B).

Bij arbeidsongeschiktheid in de zin van deze wet bedraagt de hoogte van de uitkering dus 70% van de (maximale) uitkeringsgrondslag. De hoogte van de uitkering wordt daarnaast verminderd met verworven inkomen (per dag). Van het inkomen dat de verzekerde verwerft wordt 30% vrijgelaten.

Tweede lid
Gelijk aan de andere arbeidsongeschiktheidswetten wordt bij algemene maatregel van bestuur bepaald wat onder inkomen wordt verstaan. In dit verband zal aansluiting worden gezocht bij het Algemeen inkomensbesluit socialezekerheidswetten.

Hoofdstuk 6. De aanvraag en de betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering door het UWV

Paragraaf 6.1 De aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering

Artikel 42. Aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering

Eerste en zesde lid
Het UWV stelt op aanvraag vast of recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van deze wet bestaat. Het gaat hierbij niet alleen om de situatie waarin dient te worden vastgesteld of het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering ontstaat, maar ook om het later ontstaan of de herleving van dat recht.

Evenals in de Wet WIA is het UWV bevoegd om de uitkering ambtshalve toe te kennen als toepassing van het eerste lid tot kennelijke hardheid zou leiden. Het UWV heeft de bevoegdheid om te bepalen in welke situaties toepassing van deze hardheidsclausule kan leiden tot een ambtshalve toekenning van de uitkering. Gedacht kan worden aan situaties waarbij het niet aanvragen van een uitkering het gevolg is van de ziekte waaraan de verzekerde lijdt. Het is niet de bedoeling dat dergelijke personen niet in aanmerking zouden kunnen komen voor een uitkering. Met name ten aanzien van psychotische en schizofrene mensen kan zich de situatie voordoen dat de verzekerde geen uitkering aanvraagt of weigert een uitkering aan te vragen, bijvoorbeeld omdat hij zijn ziekte ontkent.

Tweede en derde lid
Op grond van het tweede lid is het UWV verplicht om een verzekerde uiterlijk 42 weken nadat de wachttijd is aangevangen op de hoogte te brengen van de mogelijkheid tot het doen van een aanvraag. Het UWV verschaft daarbij aan de verzekerde informatie over het moment waarop de aanvraag dient te worden gedaan, wil tijdig recht op een uitkering ontstaan.

CONCEPT

Met het derde lid is duidelijk gemaakt dat het UWV alleen verplicht is de verzekerde van de mogelijkheid tot het doen van aanvraag op de hoogte te stellen, indien de verzekerde zich eerder bij het UWV heeft ziekgemeld. In dit verband wordt ook verwezen naar de toelichting bij artikel 17.

Vierde lid
De mogelijkheid bestaat dat het UWV de in het eerste lid bedoelde aanvraag afwijst omdat een uitsluitingsgrond als bedoeld in artikel 32, onderdeel a, b, c, d of e, van toepassing is. In die gevallen kan het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van artikel 37 alsnog op een later moment ontstaan. Het UWV dient in die gevallen in de afwijzing de mogelijkheid van een nieuwe aanvraag te vermelden.

Zesde lid
Een laat ingediende aanvraag leidt niet tot verlies van aanspraken van de verzekerde, tenzij de aanvraag meer dan een jaar na het ontstaan van het recht op een uitkering is ingediend. Laat het UWV na om de in het tweede lid bedoelde kennisgeving te verstrekken dan kan er aanleiding zijn een bijzonder geval, als bedoeld in de tweede zin van het zesde lid, aan te nemen.

Voor de goede orde zij verder opgemerkt dat het zesde lid er eveneens op ziet dat de herleving of het later ontstaan van het recht dan wel de verhoging van de uitkering niet vroeger kan ingaan dan 52 weken voorafgaand aan de dag waarop de aanvraag om arbeidsongeschiktheidsuitkering is ingediend.

Paragraaf 6.2 De betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering door het UWV

Artikel 43. Betaalbaarstelling

Eerste lid
De arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt (net als op grond van artikel 67 van de Wet WIA het geval is) door het UWV betaald, over tijdvakken van telkens een kalendermaand.

Tweede lid
Op grond van het tweede lid gaat het UWV in drie situaties over tot opschorting of schorsing van de betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dat is het geval wanneer het UWV op grond van duidelijke aanwijzingen van oordeel is of het gegronde vermoeden heeft dat er geen recht (meer) bestaat op die uitkering, of recht op een lagere uitkering. Tot opschorting of schorsing van de betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt ook overgegaan, indien er duidelijke aanwijzingen zijn of het gegronde vermoeden bestaat dat de verzekerde of zijn wettelijke vertegenwoordiger een van de verplichtingen genoemd in artikelen 18, 19, 20 of 21 niet is nagekomen. Tot het opschorten of schorsen van de betaling van de uitkering, mag het UWV aldus niet zomaar overgaan. In artikel 30, vijfde lid, is overigens al geregeld dat het UWV de betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering ook opschort of schorst, indien het gegronde vermoeden bestaat dat de verzekerde onvoldoende meewerkt aan zijn re-integratie.

Derde lid
Op grond van artikel 4:89, derde lid, van de Awb wordt bepaald dat als tijdstip van betaling geldt het moment waarop de rekening van de schuldeiser wordt gecrediteerd. Indien de arbeidsongeschiktheidsuitkering in het buitenland wordt uitbetaald, wordt van artikel 4:89, derde lid van de Awb afgeweken. Reden hiervoor is dat op het moment dat de buitenlandse bank het geld van het UWV ontvangt, het vaak nog enkele dagen duurt voordat de rekening van de schuldeiser gecrediteerd wordt. Gevolg hiervan is dat er kans bestaat op overschrijding van de termijn waarbinnen de betaling moet plaatsvinden, terwijl het UWV hier geen invloed op heeft. Met het derde lid wordt aldus geregeld dat als tijdstip van betaling geldt het moment waarop de buitenlandse bank het geld van het UWV ontvangt.

CONCEPT

Vierde lid
Het vierde lid stelt regels omtrent de situatie dat een uitkeringsgerechtigde een ander machtigt om de uitkering te ontvangen of deze machtiging intrekt. De uitbetaling van de uitkering wordt in die situaties zo spoedig mogelijk aangepast.

Artikel 44. Opschorting betaling uitkering aan vreemdelingen
Op grond van artikel 7, tweede lid, is al bepaald dat de vreemdeling die niet rechtmatig in Nederland verblijf houdt in de zin van artikel 8, onderdelen a tot en met e en l, van de Vw 2000, niet verzekerd is. Hiermee wordt voorkomen dat personen die eerder in Nederland rechtmatig verblijf hebben gehad, maar gedurende het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering niet langer rechtmatig in Nederland verblijf houden, nog betalingen blijven ontvangen. Het eerste lid regelt zodoende dat het UWV de betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering in dat geval opschort.

Op grond van het tweede lid wordt de betaling pas hervat indien die persoon daartoe een aanvraag indient en het UWV is gebleken dat hij feitelijk buiten Nederland woont of verblijf houdt en aan de overige voorwaarden voor het recht op uitkering voldoet.

Artikel 45. Opschorting betaling bij vertrek naar onbekende bestemming
Dit artikel komt onder andere overeen met artikel 69a van de Wet WIA. Het gaat om de situatie dat iemand geen aangifte heeft gedaan van adreswijziging in Nederland of van vertrek uit Nederland en waarin de gemeente na onderzoek concludeert dat de betreffende persoon niet meer in Nederland verblijft. Het UWV gaat tot opschorting over wanneer niet binnen een redelijke termijn tot ongedaanmaking van de afwijkende registratie in de basisregistratie personen wordt overgegaan en niet blijkt dat het afwijkende adres door het college van burgemeester en wethouders in onderzoek is genomen. De opschorting eindigt zodra de afwijkende registratie ongedaan is gemaakt of het onderzoek is afgerond, tenzij na onderzoek "vertrokken onbekend waarheen" in de basisregistratie personen is gehandhaafd. In dat laatste geval blijft de opschorting lopen totdat is vastgesteld, dat de betrokkene in het buitenland woont of een adres in Nederland in de basisregistratie personen is opgenomen.

Artikel 46. Betaling aan een minderjarige
Dit artikel geeft (net als artikel 70 van de Wet WIA) het UWV de mogelijkheid de arbeidsongeschiktheidsuitkering aan een minderjarige uit te betalen, ondanks dat een minderjarige in het algemeen niet bevoegd is tot het zelfstandig verrichten van rechtshandelingen. Als de wettelijke vertegenwoordiger hiertegen schriftelijkbezwaar maakt wordt de uitkering door het UWV aan de wettelijke vertegenwoordiger uitbetaald.

Artikel 47. Betaling aan instellingen

Eerste lid
Op grond van het eerste lid kan het UWV de arbeidsongeschiktheidsuitkering zonder machtiging aan het Zorginstituut Nederland betalen, tot het bedrag van de eigen bijdrage, die de verzekerde verschuldigd is op grond van de Wet langdurige zorg.

Tweede lid
De gemeente kan de verzekerde op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning een maatwerkvoorziening of een persoonsgebonden budget verstrekken voor beschermd wonen. Het CAK int hiervoor de eigen bijdrage. Het tweede regelt de bevoegdheid van het UWV om een gedeelte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering zonder machtiging ter hoogte van de eigen bijdrage aan het CAK te betalen.

Derde lid
Het derde lid biedt de mogelijkheid voor het UWV om de uitkering in plaats van aan de uitkeringsgerechtigde, te betalen aan een inrichting waar hij is opgenomen of aan het college van burgemeester en wethouders van de gemeente die de desbetreffende opnamekosten betaalt. Die

mogelijkheid bestaat indien de uitkeringsgerechtigde niet in staat is kwijting te verlenen voor de betaling van de uitkering. Betaling vindt echter eerst plaats nadat een daartoe strekkend verzoek is gedaan door de inrichting of de betrokken gemeente.

Vierde lid
Voor het na toepassing van het eerste of tweede lid resterende bedrag kan het derde lid nog toepassing vinden.

Vijfde lid
Op grond van het vijfde lid is geregeld dat een herziening van de uitkering op grond van het eerste of tweede lid als gevolg van een wijziging van de verschuldigde bijdrage niet bij beschikking hoeft te worden vastgesteld (zie in verband hiermee ook artikel 4:88 van de Awb).

Artikel 48. Betaling in geval van samenloop
In dit artikel is een delegatiebepaling opgenomen met het oog op samenloop tussen een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van deze wet en uitkeringen op grond van de sociale wetgeving van de Nederlandse Antillen, Aruba of andere Mogendheden.

Artikel 49. Overlijdensuitkering
Dit artikel komt overeen met artikel 74 van de Wet WIA. Op grond van artikel 32, onderdeel g, eindigt een bestaand recht op een uitkering indien de verzekerde overlijdt. Na het overlijden wordt de arbeidsongeschiktheidsuitkering nog doorbetaald in de vorm van een overlijdensuitkering.

Eerste lid
Op grond van het eerste lid wordt met ingang van de dag na het overlijden van de persoon die recht had op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, een overlijdensuitkering uitbetaald. Rechthebbend ten aanzien van de overlijdensuitkering is allereerst de langstlevende echtgenoot of de met een echtgenoot gelijkgestelde partner (zie artikel 2 Gelijkstelling niet-gehuwden met gehuwden). Indien er geen langstlevende echtgenoot of daarmee gelijkgestelde is, zijn rechthebbend de minderjarige wettige en natuurlijke kinderen. Indien ook die er niet zijn, is rechthebbend de persoon met wie de overledene in gezinsverband leefde. Deze persoon moet wel op hetzelfde adres als de overledene staan ingeschreven in de basisregistratie personen. Ten aanzien van deze laatste groep rechthebbenden kan worden opgemerkt dat deze zowel (bloed)verwanten van de overledene kunnen zijn, als ook personen die geen familierechtelijke betrekkingen met de overledene hadden. Genoemde volgorde is dwingend, in die zin dat als er een rechthebbende is als bedoeld in onderdeel a, er geen volgende rechthebbenden meer zijn.

Tweede lid
In het derde lid is de hoogte van de overlijdensuitkering aangegeven. Uitgangspunt bij de berekening is de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering op de dag van overlijden. Gerekend vanaf de dag volgend op de dag van overlijden van de uitkeringsgerechtigde is de overlijdensuitkering gelijk aan het bedrag van een maand arbeidsongeschiktheidsuitkering. Overlijdt de uitkeringsgerechtigde op een zaterdag of een zondag, dan bestaat over die dag geen recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dan is de uitkeringshoogte op de vrijdag daaraan voorafgaand bepalend. In artikel 82 is bepaald dat de Algemene termijnenwet niet van toepassing is op de berekening van de termijnen in dit artikel.

Derde lid
Met het derde lid wordt voorkomen de overlijdensuitkering voortijdig eindigt. Dat zou het geval kunnen zijn wanneer een verzekerde op 1 januari overlijdt terwijl hij op 15 januari de pensioengerechtigde leeftijd zou hebben bereikt. Dit is niet wenselijk. In verband hiermee wordt artikel 32, onderdeel g, in geval van overlijden van overlijden van de uitkeringsgerechtigde buiten werking gesteld.

CONCEPT

Vierde en vijfde lid
De overlijdensuitkering wordt in een bedrag ineens uitbetaald. De uitbetaling geschiedt eerst na een daartoe strekkend verzoek van de rechthebbende of rechthebbenden.

Zesde lid
In de praktijk zal het verder voor kunnen komen dat de arbeidsongeschiktheidsuitkering al over de gehele kalendermaand is betaald op het moment dat de uitkeringsgerechtigde overlijdt. Om te voorkomen dat over een bepaalde, na het overlijden gelegen periode, zowel een reguliere uitkering als een overlijdensuitkering wordt betaald, wordt in het zesde lid bepaald dat de overlijdensuitkering wordt verminderd met het bedrag aan uitkering dat over na het overlijden gelegen dagen reeds was betaald.

Artikel 50. Verjaringstermijn
De in dit artikel genoemde termijn sluit aan bij de verjaringstermijn in andere arbeidsongeschiktheidswetten en behoeft geen verdere toelichting (zie bijvoorbeeld artikel 56 van de WAO en artikel 75 van de Wet WIA).

Paragraaf 6.3 Intrekking, herziening, terug- en invordering

Artikel 51. Intrekking en herziening beschikkingen
Dit artikel regelt, net als artikel 76 van de Wet WIA, dat het UWV eerst een intrekkings- of herzieningsbesluit neemt, voordat kan worden overgegaan tot terugvordering van de onverschuldigde betaalde uitkering of voorziening. Met een intrekkings- of herzieningsbesluit komt de rechtsgrond geheel of gedeeltelijk te ontvallen, en wordt voor de betreffende persoon aldus inzichtelijk gemaakt waarom de uitkering of voorziening ten onrechte of te hoog is vastgesteld. Het uitgangspunt hierbij is dat de intrekking of herziening geschiedt met ingang van de datum dat de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor het recht op uitkering.

Eerste lid
In het eerste lid zijn gronden voor intrekking en herziening geregeld. Voor intrekking of herziening kan aanleiding bestaan wanneer wegens het niet of niet volledig nakomen van de verplichtingen als bedoeld in artikelen 18 tot en met 23 niet of niet meer kan worden vastgesteld of er recht bestaat op de arbeidsongeschiktheidsuitkering dan wel in hoeverre. Dat is bijvoorbeeld het geval bij het schenden van de informatieplicht door inkomsten uit arbeid te verzwijgen. Ook het niet meewerken aan controle of medisch onderzoek kan aanleiding zijn (onderdeel a). De verstrekking van een voorziening wordt eveneens ingetrokken of herzien, indien die ten onrechte of tot een te hoog bedrag is verleend (onderdeel b). Verder kan de arbeidsongeschiktheidsuitkering ook om andere redenen worden ingetrokken of herzien als die ten onrechte of tot een te hoog bedrag is vastgesteld. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer hetgeen teveel of ten onrechte is betaald het gevolg is van een fout van het UWV (onderdeel c).

Tweede lid
Indien de voorziening in de vorm van een subsidie wordt verstrekt gelden voor intrekking en wijziging de bepalingen in de Awb (afdeling 4.2.6). Het betreft hier echter bevoegdheden. Voor de gronden, die zijn geregeld in artikel 4:49, eerste lid, onderdelen a, b, of c, van de Awb, wordt bepaald dat die in elk geval aanleiding zouden moeten geven tot herziening of intrekking door het UWV. De expliciete regeling in het tweede lid, betekent, dat het UWV gehouden is te reageren, indien de in die artikelonderdelen genoemde omstandigheden zich voordoen. Het gaat om nieuw gebleken feiten en omstandigheden, waarvan het UWV redelijkerwijs niet op de hoogte kon zijn. Ook indien de subsidievaststelling onjuist is en de subsidieontvanger dit wist of behoorde te weten of indien de subsidieontvanger niet heeft voldaan aan de aan hem opgelegde verplichtingen is herziening of intrekking aan de orde.

Derde lid
Met het derde lid is evenals in de andere socialezekerheidswetten geregeld dat het UWV bevoegd is om geheel of gedeeltelijk af te zien van intrekking of herziening, en daarmee van terugvordering, wanneer sprake is van dringende redenen. Dringende redenen kunnen zich afzonderlijk bij terugvordering voordoen, wanneer reeds een intrekkings- of herzieningsbesluit is genomen.

Artikel 52. Terugvordering
Dit artikel komt grotendeels overeen met artikel 77 van de Wet WIA. Hierin is de verplichting neergelegd tot terugvordering van alles wat in het kader van de uitkeringsrelatie of ten gevolge van het herzien of intrekken van bepaalde beschikkingen onverschuldigd is betaald. De terugvordering houdt de bekendmaking in van de omvang en samenstelling van het bedrag dat aan het UWV moet worden betaald en de wijze waarop dat ten uitvoer wordt gelegd. Het gaat om een terugvordering van de persoon aan wie of de instelling waaraan de uitkering is betaald. Dat betekent een terugvordering niet alleen van de uitkeringsgerechtigde zelf, maar ook van andere personen en instellingen die in plaats van de uitkeringsgerechtigde een uitkering hebben ontvangen op grond van deze wet. Een terugvordering van willekeurige derden die bijvoorbeeld als gevolg van oo een foutieve overboeking gelden hebben ontvangen, kan niet op de voet van dit artikel plaatsvinden. In die situatie is immers geen sprake van betaling van verstrekkingen op grond van deze wet. In dat geval zal op de voet van het BW terugvordering van onverschuldigde betaling moeten plaatsvinden.

Eerste lid
In het eerste lid is de hoofdregel neergelegd; de uitkering die onverschuldigd is betaald, wordt door het UWV teruggevorderd. Dit omvat mede de situatie waarin de uitkering die bij wijze van voorschot is betaald en vast is komen te staan dat geen recht op uitkering bestaat. Door de toevoeging "of anderszins onverschuldigd is betaald" wordt bereikt dat ingeval bijvoorbeeld de niet op de uitkering ingehouden loonbelasting per abuis aan de verzekerde wordt uitbetaald, door het UWV kan worden teruggevorderd. Ten onrechte verstrekte voorzieningen worden eveneens teruggevorderd.

De terugvordering kan onder andere ontstaan door een fout van het UWV, bijvoorbeeld indien per abuis meer is betaald dan waar recht op bestaat, of door het opleggen van een maatregel (artikel 59). De onverschuldigd betaalde uitkering kan ook het gevolg zijn van een intrekkings- of herzieningsbeslissing waarmee de rechtsgrond voor het recht op uitkering geheel of gedeeltelijk is komen te ontvallen (artikel 51).

Tweede, derde en vierde lid
In het tweede, derde en vierde lid zijn situaties opgenomen waarin het UWV bevoegd is van terugvordering of van verdere terugvordering af te zien. In die situaties is van belang of degene van wie wordt teruggevorderd gedurende genoemde periodes het maximaal mogelijke heeft afbetaald. Voor een meer gedetailleerde toelichting wordt verwezen naar paragraaf 11.3.1 van het algemene deel van de toelichting.

Vijfde lid
Met het vijfde lid is geregeld dat het UWV bevoegd is om geheel of gedeeltelijk af te zien van terugvordering wanneer sprake is van dringende redenen. Voor de toelichting wordt verder verwezen naar de toelichting bij artikel 51, derde lid.

Zesde lid
Diegene van wie wordt teruggevorderd is verplicht desgevraagd aan het UWV de inlichtingen te verstrekken die voor de terugvordering van belang zijn.

CONCEPT

Zevende lid
Het UWV kan van terugvordering afzien als het om een gering bedrag gaat. De Regeling terugvordering geringe bedragen zal mede op dit artikel worden gebaseerd.

Artikel 53. Invordering bij dwangbevel
Met dit artikel wordt geregeld dat het UWV bevoegd is de onverschuldigd betaalde uitkering in te vorderen bij dwangbevel. Wat onder een dwangbevel wordt verstaan is nader geregeld in artikel 4:114 van de Awb. Op grond van artikel 4:116 van de Awb levert een dwangbevel een executoriale titel op, die met toepassing van de voorschriften van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering kan worden tenuitvoergelegd.

Verder is bepaald dat artikel 62, dat de invordering van bestuurlijke boetes regelt, van overeenkomstige toepassing is op de terug- en invordering van onverschuldigd betaalde uitkering. Het gaat daarbij kort samengevat om verrekening van de terugvordering met andere door UWV of andere bestuursorganen uit hoofde van andere wetten toegekende uitkeringen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de beslagvrije voet, wat ertoe kan leiden dat de aflossingsbedragen op een lager bedrag vaststelt, indien degene van wie wordt teruggevorderd drie jaar lang een inkomen heeft op het niveau van de beslagvrije voet.

Artikel 54. Nadere regels tenuitvoerlegging onverschuldigde betaling
Dit artikel komt overeen met artikel 79 van de Wet WIA. Ten behoeve van terugvorderingen en het incasseren van opgelegde boetes is nadere regelgeving nodig. In de wetgeving kan niet verder worden gegaan dan het aangeven van enkele kaders. De Regeling tenuitvoerlegging bestuurlijke boeten en terugvordering onverschuldigde betalingen zal mede op dit artikel worden gebaseerd**.**

Artikel 55. Schuldregeling
Dit artikel sluit geheel aan bij artikel 79a van de Wet WIA. Het UWV kan, op voorstel van degene van wie wordt teruggevorderd, meewerken aan een minnelijke schuldregeling, indien aan de in het eerste lid genoemde voorwaarden wordt voldaan. Het UWV is in dat geval, in afwijking van artikel 52, bevoegd om gedeeltelijk van terugvordering of gedeeltelijk van verdere terugvordering af te zien. Voor een uitgebreide toelichting op de voorwaarden (a tot en met e) wordt verwezen naar paragraaf 11.4 van het algemene deel van de toelichting (punt 1 tot en met 5).

Met het tweede lid is geregeld dat vorderingen, ontstaan vanwege het opzettelijk of door grove schuld niet nakomen van de inlichtingenplicht en waarbij als gevolg van dit gedrag een bestuurlijke boete is opgelegd of waarvan aangifte is gedaan, zijn uitgesloten van de schuldregeling.

Op grond van het derde lid trekt het UWV het besluit tot afzien van terugvordering in of wijzigt dat, indien er binnen twaalf maanden geen schuldregeling tot stand is gebracht die voldoet aan de in het eerste lid genoemde eisen, indien degene van wie wordt teruggevorderd zich niet aan de voorwaarden van de schuldregeling houdt of indien diegene onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt. Hiermee wordt voorkomen dat de vordering voor een gedeelte reeds is vervallen, terwijl een schuldregeling gaandeweg of achteraf niet haalbaar is gebleken.

Bij ministeriële regeling kunnen verder nadere regels worden gesteld ten aanzien van de bevoegdheid om mee te werken aan een buitengerechtelijke schuldregeling. Hierbij kan gedacht worden aan regels ten aanzien van hetgeen waartoe een schuldenaar redelijkerwijs financieel in staat kan worden geacht bij een schuldregeling, ten aanzien van mogelijke alternatieven die ook kunnen leiden tot betaling van de vordering of regels ter voorkoming van ongewenste precedentwerking.

Artikel 56. Preferentie
Met dit artikel wordt geregeld dat aan vorderingen op grond van deze wet een preferentie wordt toegekend. Een vordering van het UWV krijgt zowel bij medewerking aan schuldregelingen, minnelijk of niet minnelijk, als daarbuiten preferentie. De boete die voortvloeit uit bijvoorbeeld de overtreding van de inlichtingenplicht valt buiten de voorgestelde preferentie.

Artikel 57. Onvervreemdbaarheid van verstrekkingen
Het doel van de op grond van dit wetsvoorstel geboden verstrekkingen is het bieden van inkomensbescherming en het ondersteunen van re-integratie. Om die doelen te waarborgen, wordt in dit artikel (in navolging van artikel 80 van de Wet WIA) bepaald dat de verstrekkingen niet in eigendom kunnen worden overgedragen of worden beleend dan wel verpand. Ook met een beding kan hiervan niet worden afgeweken.

Artikel 58. Niet voor beslag vatbare verstrekkingen
Net als op grond van artikel 81 van de Wet WIA zijn de re-integratievoorzieningen, verstrekt op grond van artikel 25, alsmede de overlijdensuitkering, uitgezonderd van de mogelijkheid tot beslaglegging.

Hoofdstuk 7. Handhaving

Artikel 59. Maatregelen
Op grond van dit artikel dient het UWV de betaling van een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van deze wet geheel of gedeeltelijk, blijvend of tijdelijk te weigeren indien verplichtingen niet of niet behoorlijk of niet tijdig zijn nagekomen.

Eerste lid
In het eerste lid is geregeld voor welke verplichtingen, bij het niet of niet behoorlijk daarvan, een maatregel kan worden opgelegd.

Onderdeel a
De verplichtingen in onderdeel a zien op de plicht tot medewerking, de plicht tot schadelastbeperkend gedrag, de plichten gericht op het vergroten van mogelijkheden tot het verrichten van arbeid en de plichten gericht op de daadwerkelijke inschakeling in de arbeid.

Voor de goede orde zij opgemerkt dat de verplichting tot medewerking als bedoeld in artikel 18, tweede tot en met vijfde lid, en de verplichting tot schadelastbeperkend gedrag als bedoeld in artikel 19 zowel ziet op de verzekerde die zich ziek meldt, de verzekerde die de wachttijd doormaakt als de verzekerde die aanspraak maakt of recht heeft op arbeidsongeschiktheidsuitkering. Bij ziekmelding of gedurende de wachttijd is van de verstrekking van arbeidsongeschiktheidsuitkering echter nog geen sprake. Het niet of niet behoorlijk nakomen van plicht tot medewerking of de plicht tot schadelastbeperkend gedrag zal in die periode aldus geen aanleiding kunnen geven tot het opleggen van een maatregel. Het niet meewerken aan controle na ziekmelding kan er in deze periode wel toe leiden dat door het UWV niet kan worden vastgesteld of sprake is van ziekte. Indien verder bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid bij einde wachttijd blijkt dat de verzekerde gedurende de wachttijd de plicht tot schadelastbeperkend gedrag niet of niet behoorlijk is nagekomen, en er overigens wel aan de voorwaarden voor het ontstaan van recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt voldaan, bestaat in beginsel wel aanleiding om bij de toekenning van de uitkering een maatregel op te leggen.

Onderdeel b
Een maatregel wordt ook opgelegd indien de verzekerde de informatieplicht, bedoeld in artikel 18 eerste lid, niet tijdig naleeft, dat wil zeggen niet binnen een door het UWV daarvoor vastgestelde termijn bepaalde informatie aan het UWV verschaft. Indien de informatieplicht in het geheel niet of onbehoorlijk wordt nageleefd, wordt op grond van artikel 61 een boete opgelegd. In dit verschil komt het reparatoire karakter van de maatregel tot uitdrukking.

Voor het niet tijdig nakomen van de informatieplicht bij ziekmelding of gedurende de wachttijd geldt verder hetzelfde als bij de hiervoor bij onderdeel a vermelde medewerkingsplicht.
Onderdeel c
Dit onderdeel regelt de benadelingshandeling, waarvan soortgelijke bepalingen ook zijn opgenomen in artikel 24 van de WW en artikel 45 van de ZW. Deze bepaling regelt dat de verzekerde gehouden is om zich zodanig te gedragen (waarmee zowel het doen als het nalaten van de verzekerde wordt bedoeld) dat deze niet het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen benadeelt. Zo benadeelt de verzekerde het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen door tijdens ziekte bedoeld of onbedoeld afstand te doen van het recht op uitkering, waar hij recht op had of had kunnen hebben indien hij zijn particuliere verzekeringsovereenkomst, bedoeld in artikel 11 en artikel 73, niet voortijdig had beëindigd, en zich vervolgens heeft ziekgemeld en uiteindelijk een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvraagt. Benadeling wordt aldus aangenomen indien het in dat geval aan de zelfstandige is toe te rekenen dat de verzekeringsovereenkomst is beëindigd.

Tweede lid
Op grond van het eerste lid is al bepaald dat bij het niet of niet behoorlijk nakomen van de plicht tot schadelastbeperkend gedrag door het UWV een maatregel wordt opgelegd. Indien het niet nakomen van deze plicht eruit bestaat dat de verzekerde de arbeidsongeschiktheid opzettelijk heeft veroorzaakt, kan het UWV beslissen om de arbeidsongeschiktheidsuitkering geheel te weigeren. Het overgaan tot deze maatregel betreft een bevoegdheid, omdat nadere afwegingen een rol spelen. In dit verband wordt verwezen naar artikel 60.

Derde lid
Indien het niet tijdig nakomen van de informatieplicht niet heeft geleid tot het ten onrechte of tot een te hoog bedrag verlenen van uitkering of indien de verzekerde zich niet heeft gehouden aan de sollicitatieplicht of zijn aanvraag om arbeidsongeschiktheidsuitkering niet tijdig heeft ingediend, is het UWV bevoegd om af te zien van het opleggen van een maatregel en te volstaan met een schriftelijke waarschuwing. Die bevoegdheid bestaat niet, indien de overtreding wordt begaan binnen een periode van twee jaar vanaf de datum waarop een eerdere waarschuwing is gegeven.

Vierde lid
Evenals bij intrekking, herziening en terugvordering is het UWV ook bevoegd om af te zien van het opleggen van een maatregel wanneer sprake is van dringende redenen. Voor een toelichting op wat onder dringende redenen wordt verstaan, wordt verwezen naar paragraaf 11.3.1 van het algemene deel van de toelichting.

Artikel 60. Afstemming maatregel
Het UWV dient (ook) bij de oplegging van maatregelen de algemene beginselen van behoorlijk bestuur in acht te nemen. Dit brengt mee dat in elk geval de in het eerste lid genoemde factoren moeten worden meegewogen. Aangegeven wordt dat bij het ontbreken van verwijtbaarheid in ieder geval van het opleggen van een maatregel wordt afgezien. In een algemene maatregel van bestuur wordt nader inhoud gegeven aan de afstemming bij het opleggen van een maatregel en het afzien daarvan in andere gevallen. Indien het niet tijdig nakomen van de informatieplicht niet heeft geleid tot het ten onrechte of tot een te hoog bedrag verlenen van uitkering, kan het UWV bijvoorbeeld afzien van het opleggen van een maatregel en een schriftelijke waarschuwing opleggen. In de algemene maatregel van bestuur zal worden bepaald dat en op welke wijze het geven van een waarschuwing meeweegt in de hoogte en duur van de maatregel.

Uit het ne bis in idem-beginsel vloeit voort dat een gedraging niet tweemaal bestraft mag worden. Daarom is in het tweede lid is bepaald dat geen maatregel wordt opgelegd voor een gedraging waarvoor ook een bestuurlijke boete op grond van artikel 61 wordt opgelegd.

CONCEPT

Artikel 61. Boete bij niet-nakoming inlichtingenverplichting

Eerste lid
Op grond van het eerste lid is het UWV verplicht een bestuurlijke boete op te legen indien de verzekerde of zijn wettelijk vertegenwoordiger de verplichting in artikel 18, eerste lid, niet of niet behoorlijk is nagekomen (zie in dit verband ook de toelichting bij het genoemde artikel). De algemene bepalingen met betrekking tot de bestuurlijke boete zijn neergelegd in hoofdstuk 5 van de Awb.

Voor de hoogte van de boete geldt een maximum van ten hoogste het benadelingsbedrag. Wat hieronder wordt verstaan, is uitgewerkt in het tweede lid. De op te leggen boete is verder gemaximeerd tot de maximale geldboete die de strafrechter op grond van artikel 23, vierde lid, van het Wetboek van Strafrecht zou hebben kunnen opleggen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen het opzettelijk en niet opzettelijk begaan van de overtreding. Indien de overtreding opzettelijk is begaan, bedraagt de bestuurlijke boete ten hoogste het bedrag dat is vastgesteld voor de vijfde categorie, bedoeld in artikel 23, vierde lid, van het Wetboek van Strafrecht. Indien de overtreding niet opzettelijk is begaan, bedraagt de bestuurlijke boete ten hoogste het bedrag dat is vastgesteld voor de derde categorie, bedoeld in artikel 23, vierde lid, van het Wetboek van Strafrecht. Dat geldt ook wanneer het feitelijke benadelingsbedrag hoger is dan deze maxima.

Met het begrip opzet wordt aangesloten bij hetgeen hieronder wordt verstaan in het strafrecht. Hiervan is sprake wanneer een betrokkene willens en wetens handelingen doet of handelingen nalaat in strijd met wettelijke verplichtingen of willens en wetens de aanmerkelijke kans aanvaardt dat als gevolg van een dergelijk handelen of nalaten in strijd met wettelijke verplichtingen wordt gehandeld.

Het opzet dient gericht te zijn op overtreding van de inlichtingenverplichting, derhalve op het niet of niet behoorlijk nakomen van de verplichting alle feiten en omstandigheden te melden. Uiteraard dient het, overeenkomstig de inlichtingenverplichting, voor de verzekerde redelijkerwijs duidelijk te zijn dat deze feiten en omstandigheden van invloed kunnen zijn op het recht op uitkering, de hoogte of de duur van de uitkering, of op het bedrag van de uitkering dat aan de verzekerde wordt betaald. Wanneer deze gevolgen voor de verzekerde redelijkerwijs niet duidelijk waren en ook niet behoorden te zijn, dan is er geen overtreding van de inlichtingenverplichting ongeacht of het niet of het niet behoorlijk verstekken van de inlichtingen al dan niet opzettelijk is begaan. De opzet is derhalve gericht op de verplichting om de inlichtingen te verstrekken en niet op het ontstaan van gevolgen voor het recht op uitkering, voor de hoogte of de duur van de uitkering, of voor het bedrag van de uitkering dat aan de verzekerde wordt betaald (benadeling).

Tweede lid
Onder benadelingsbedrag wordt verstaan het brutobedrag dat als gevolg van het niet of niet behoorlijk nakomen van de verplichting, bedoeld in artikel 18, eerste lid, ten onrechte of tot een te hoog bedrag aan uitkering is ontvangen.

Derde lid
Indien als gevolg van de overtreding van de inlichtingenverplichting geen sprake is geweest van benadeling dan wordt op grond van het derde lid een boete opgelegd van maximaal het bedrag dat is vastgesteld voor de tweede categorie, bedoeld in artikel 23, vierde lid, van het Wetboek van Strafrecht.

Vierde lid
Op grond van het vierde lid kan het UWV in plaats van het opleggen van boete volstaan met een waarschuwing. Situaties die aanleiding kunnen geven tot het volstaan met een waarschuwing zijn nader uitgewerkt in het Boetebesluit socialezekerheidswetten. Het Boetebesluit socialezekerheidswetten zal mede op dit artikel worden gebaseerd. De mogelijkheid van het geven

van een waarschuwing is niet aan de orde in geval van recidive en de verzekerde eerder al een waarschuwing heeft gehad.

Vijfde en zesde lid
Op grond van het vijfde lid bedraagt de bestuurlijke boete ten hoogste 150% van het benadelingsbedrag indien sprake is geweest van een herhaalde overtreding van de inlichtingenverplichting die heeft geleid tot een benadelingsbedrag en in een periode van vijf jaar voorafgaand aan het constateren van de overtreding sprake is geweest van een eerdere overtreding van de inlichtingenverplichting die heeft geleid tot een benadelingsbedrag.
Met het zesde lid wordt benadrukt dat het hierbij alleen gaat om eerdere sanctionering wegens eenzelfde gedraging op grond van deze wet. De inlichtingenverplichtingen op grond van de werknemersverzekeringswetten en de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten worden buiten beschouwing gelaten omdat het hierbij gaat om specifieke doelgroepen.

Verder geldt dat voor de overtreding van de inlichtingenverplichting sprake moet zijn geweest van een bestuurlijke beboeting of een strafrechtelijke sanctie die onherroepelijk is geworden. In dit verband wordt het begrip "strafrechtelijke sanctie" ruim opgevat. Voor een nadere en uitgebreide toelichting hierop wordt verwezen naar Kamerstukken II 2011/12, 33207, nr. 3.

Het eerste lid is van overeenkomstige toepassing verklaard op het vijfde lid om er zeker van te zijn dat de absolute bovengrenzen van de boete (de bedragen dat is vastgesteld voor de derde onderscheidenlijk de vijfde categorie, bedoeld in artikel 23, vierde lid, Wetboek van Strafrecht) ook bij recidive niet worden overschreden.

Zevende lid
Het vermelde tijdvak van vijf jaar is op grond van het zevende lid tien jaar, indien de verzekerde of zijn wettelijke vertegenwoordiger wegens de eerdere overtreding is gestraft met een onvoorwaardelijke gevangenisstraf.

Achtste lid
Evenals bij intrekking, herziening en terugvordering is het UWV ook bevoegd om af te zien van het opleggen van een boete wanneer sprake is van dringende redenen. Voor een toelichting op wat onder dringende redenen wordt verstaan, wordt verwezen naar paragraaf 11.3.1 van het algemene deel van de toelichting.

Negende lid
Deze verplichting tot het verstrekken van informatie ten behoeve van de tenuitvoerlegging van de boete is nodig naast de bestaande algemene informatieplicht (artikel 18, eerste lid), omdat het hierbij niet gaat om inlichtingen met betrekking tot de uitkering. De niet nakoming van deze verplichting is thans strafbaar gesteld in artikel 84 van de Wet SUWI. Dit artikel zal zodanig worden aangepast dat wordt verwezen naar artikel 61, negende lid, van dit wetsvoorstel.

Tiende lid
Het Boetebesluit socialezekerheidswetten zal mede worden gebaseerd op dit artikellid.

Elfde lid
Er kunnen bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld met betrekking tot de wijze van tenuitvoerlegging van de beschikking waarbij de bestuurlijke boete is opgelegd. Deze regels zijn thans neergelegd in de Regeling tenuitvoerlegging bestuurlijke boeten en terugvordering onverschuldigde betalingen. Deze regeling zal mede op dit artikel worden gebaseerd. Zie in dit verband ook de toelichting bij artikel 54.

Twaalfde lid
Dit artikel komt overeen met artikel 91, twaalfde lid, van de Wet WIA. Hierin wordt expliciet bepaald, om iedere twijfel hieromtrent uit te sluiten, dat het de rechter vrij staat om binnen de

grenzen van de wettelijke bepalingen een hogere of lagere boete op te leggen dan die door het UWV is opgelegd. Zou men de mogelijkheid uitsluiten, dan zou dat er toe kunnen leiden dat vrijwel iedere boete aan de rechter ter beoordeling zou worden voorgelegd.

Dertiende en veertiende lid
Met het dertiende lid is geregeld dat het UWV bevoegd is om de bestuurlijke boete voor het geheel of een deel kwijt te schelden wanneer het UWV meewerkt aan een schuldregeling. Dit gebeurt op verzoek van degene aan wie de bestuurlijke boete is opgelegd en indien geen sprake is geweest van opzet of grove schuld. Hierbij geldt voorts de voorwaarde dat binnen een jaar nadat de bestuurlijke boete is opgelegd niet nogmaals een overtreding van de inlichtingenverplichting is begaan (zie in dit verband het vijfde en zesde lid).

De voorwaarden voor het UWV om medewerking te kunnen verlenen aan een schuldregeling zijn hierbij van overeenkomstige toepassing. Voorts zijn feiten en omstandigheden waarin een besluit tot het afzien van terugvordering in het kader van een schuldregeling wordt ingetrokken of herzien van overeenkomstige toepassing verklaard op de kwijtschelding van de boete. Als betrokkene zich bijvoorbeeld niet houdt aan de afspraken in het kader van een schuldregeling, kan de kwijtschelding van de boete worden ingetrokken of herzien. Indien is gebleken dat binnen vijf jaar na het besluit tot kwijtschelding van de boete wederom een overtreding is begaan wegens eenzelfde gedraging, wordt het besluit tot kwijtschelding ingetrokken of herzien.

Artikel 62. Invordering bestuurlijke boete
Dit artikel volgt de in de arbeidsongeschiktheidswetten gebruikelijke wijze van tenuitvoerlegging van de bestuurlijke boete (zie bijvoorbeeld artikel 96 van de Wet WIA, artikel 29g van de WAO en artikel 54 van de WAZ).

Artikel 63. In kennis stellen re-integratiebedrijf in geval van een sanctie
In dit artikel wordt geregeld dat het UWV, indien het een verzekerde een maatregel of boete heeft opgelegd, het reïntegratiebedrijf dat werkzaamheden ten behoeve van die verzekerde verricht, daarvan op de hoogte stelt. Het artikel omvat dezelfde inhoud als artikel 97a van de Wet WIA, artikel 29i van de WAO en artikel 54b van de WAZ.

Hoofdstuk 8. Invloed van de verzekering op het burgerlijk recht

Artikel 64. Samenloop aanspraken
Met dit artikel wordt dubbele schadevergoeding voorkomen wanneer de arbeidsgeschiktheid van een persoon die recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering is ontstaan door toedoen van een ander, die daarvoor naar burgerlijk recht verplicht is tot schadevergoeding. Met het oog daarop is in dit artikel (gelijk aan onder andere artikel 99 van de Wet WIA) bepaald dat de rechter die oordeelt over de schadevergoeding naar burgerlijk recht, rekening houdt met de aanspraken die de uitkeringsgerechtigde op grond van deze wet heeft.

Artikel 65. Regresrecht UWV
Dit artikel komt, voor zover van belang, overeen met artikel 99 van de Wet WIA en regelt het regresrecht voor het UWV. Hiermee komt aan het UWV een zelfstandige rechtsvordering toe tot verhaal van de kosten van arbeidsongeschiktheidsuitkering op de veroorzaker van de schade.

De rechter moet bij het vaststellen van de schadevergoeding rekening houden met de aanspraken die de uitkeringsgerechtigde krachtens deze wet heeft (op grond van artikel 64). Vervolgens kan het UWV zelfstandig de door hem gemaakte kosten op de schadeplichtige verhalen. Omdat het regresrecht van het UWV in het verlengde ligt van de schadevergoedingsvordering van de verzekerde is dit verhaal aan een maximum gebonden. Dit wordt gedaan door (net als in artikel 99 van de Wet WIA) een fictie op te nemen: het UWV kan niet méér verhalen dan het bedrag dat de uitkeringsgerechtigde zou kunnen vorderen als de betreffende sociale verzekering niet zou hebben bestaan. Dit maximum wordt het civiel plafond genoemd. Om de hoogte van het regres te kunnen

vaststellen moet de rechter dus eerst de hoogte van de schadevergoeding van het slachtoffer vaststellen, zoals die zou zijn geweest als er geen sociale verzekeringen waren geweest. De rechter gaat er dan van uit dat in die situatie het slachtoffer een schadevergoeding ontvangen zou hebben uit een particuliere verzekering. Aangezien dergelijke uitkeringen in het algemeen niet aan de heffing van belasting en sociale verzekeringspremies onderworpen zijn, gaat het bij het maximaal verhaalbare bedrag om een nettobedrag.

Op grond van het tweede lid kan bij ministeriele regeling worden bepaald dat het UWV in plaats van de periodieke verstrekkingen de contante waarde daarvan kan vaststellen in de vorm van een jaarlijkse afkoopsom, die de totale schade als gevolg van het veroorzaken van de arbeidsongeschiktheid weerspiegelt.

Ten slotte is met het derde lid voor het UWV ook een regresrecht geregeld voor de door hen gemaakte redelijke kosten van re-integratiemaatregelen. Voor een nadere en uitgebreide toelichting hierop wordt verwezen naar Kamerstukken II 2006/07, 31087, nr. 3.

Hoofdstuk 9. Bepalingen in verband met de Algemene wet bestuursrecht

Paragraaf 9.1 Beslistermijnen

Artikel 66. Beslistermijn bij advies van een deskundige
Voor door het UWV te nemen beschikkingen geldt in het algemeen de gebruikelijke redelijke termijn van acht weken. De bepalingen in verband hiermee zijn neergelegd in artikel 4:13 en verder van de Awb. Het bij wettelijk voorschrift bepalen van dezelfde redelijke termijn heeft daarmee geen meerwaarde (vergelijk artikel 102 van de Wet WIA).

Gelijk aan artikel 102, derde en vierde lid, van de Wet WIA geldt wel dat, indien in verband met het geven van een beschikking over het ontstaan, later ontstaan of herleven van het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering advies is gevraagd aan een deskundige die niet onder verantwoordelijkheid van het UWV werkzaam is en om die reden de beschikking niet binnen de redelijke termijn, bedoeld in artikel 4:13, eerste lid, van de Awb, gegeven kan worden, die termijn wordt verlengd met ten hoogste vier weken en dat de aanvrager van die verlenging schriftelijk in kennis wordt gesteld.

Artikel 67. Beslistermijn bij verblijf in het buitenland
Dit artikel komt overeen met artikel 101 van de Wet WIA.

Voor de situatie dat het nodig is om de in het buitenland woonachtige persoon voor een medische of arbeidskundige beoordeling op te roepen naar Nederland en beslissen binnen acht weken om die reden niet mogelijk is, wordt de beslistermijn verlengd met maximaal zes maanden. Voor de situatie waarin voor de te nemen beschikking informatie uit het buitenland noodzakelijk is, wordt verwezen naar artikel 4:15 van de Awb.

Artikel 68. Bijzondere beslistermijn
Een beschikking over de vraag of de verzekerde wegens ziekte ongeschikt is voor zijn arbeid dient door het UWV binnen dertien weken na ontvangst van de ziekmelding te zijn gegeven (zie in verband hiermee ook artikel 17). Met deze termijn wordt onder meer voorkomen dat de verzekerde al bij kortdurend verzuim direct gegevens zou moeten delen met het UWV waar dat achteraf mogelijk niet nodig blijkt te zijn, bijvoorbeeld omdat de verzekerde zich al eerder hersteld heeft gemeld. Voor een verdere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 5.3 van het algemene deel van de toelichting.

Mocht de beschikking niet binnen dertien weken na ontvangt kunnen worden gegeven dan wordt de aanvrager daarvan schriftelijk in kennis gesteld. Daarbij dient door het UWV een zo kort mogelijke termijn te worden vermeld waarbinnen de beschikking wel tegemoet kan worden gezien.

Paragraaf 9.2 Beslistermijnen in bezwaar

Artikel 69. Beslistermijn in bezwaar
Dit artikel komt overeen met artikel 111 van de Wet WIA. Voor het gehele terrein van de sociale verzekeringen geldt, in afwijking van de Awb, een termijn van dertien weken voor het nemen van een beslissing op bezwaar.

Artikel 70. Bijzondere beslistermijn in bezwaar
De medische bezwaarschriftprocedure leidt ertoe dat in bezwaar ook medische of arbeidskundige herbeoordelingen plaatsvinden. Deze beoordelingen vergen extra onderzoek waardoor de geldende beslistermijn te kort is voor het UWV. Om die reden is beslistermijn, evenals in artikel 112 van de Wet WIA, in die gevallen bepaald op zeventien weken. Indien advies gevraagd wordt aan een externe deskundige, wordt deze termijn met vier weken verlengd.

In het tweede lid is, net als in artikel 112, tweede lid, van de Wet WIA, de mogelijkheid opgenomen om de beslissing met zes maanden te verdagen, indien een in het buitenland wonende persoon is opgeroepen.

Paragraaf 9.3 Overige bepalingen in verband met de Algemene wet bestuursrecht

Artikel 71. Beroep in cassatie
Met betrekking tot beslissingen in verband met de heffing en inning van premie, het collecterende proces, staat op grond van de Wet financiering sociale verzekeringen de fiscale rechtsgang open. Tegen een schriftelijke uitspraak van het gerechtshof en tegen een schriftelijke uitspraak van de voorzieningenrechter kan beroep in cassatie worden ingesteld bij de Hoge Raad.

Vanuit een oogpunt van rechtsgelijkheid en ter bevordering van de eenheid bij de uitleg van het begrip verzekeringsplicht is, naast de mogelijkheid van cassatie ter zake van het begrip (on)gehuwd en gezamenlijke huishouding en woonplaats, ook voor geschillen rond het verzekerd zijn de mogelijkheid van cassatie gecreëerd. Dit komt overeen met artikel 116 van de Wet WIA en artikel 98 van de WAZ.

Artikel 72. Titel 4.2 Algemene wet bestuursrecht
Met dit artikel is geregeld dat titel 4.2 van de Awb niet van toepassing is op aanspraken op grond van artikel 25. Door deze bepaling vallen financiële tegemoetkomingen voor gemaakte kosten niet onder titel 4.2 van de Awb.

De ratio van deze bepaling is van praktische aard. In veel gevallen zullen de voorzieningen in natura worden toegekend. In dat geval is titel 4.2 van de Awb sowieso niet van toepassing, omdat er geen sprake is van een subsidie in de zin van artikel 4:21 van de Awb. In enkele gevallen zal echter een financiële tegemoetkoming voor gemaakte kosten kunnen worden toegekend. In dat geval is titel 4.2 van de Awb weer wel van toepassing op basis van artikel 4:21 van de Awb. Teneinde te komen tot een eenduidige uitvoering met betrekking tot de verstrekking van voorzieningen als hiervoor bedoeld is er voor gekozen titel 4.2 van de Awb, net als in artikel 119 van de Wet WIA, niet van toepassing te verklaren.

Hoofdstuk 10. Overgangsrecht

Artikel 73. Overgangsrecht in verband met de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering
Het eerste lid regelt dat personen die voor een bij koninklijk besluit te bepalen datum reeds een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering hadden afgesloten, onder andere dan de in artikel 11 geregelde voorwaarden op aanvraag ontheffing van de verplichte verzekering op grond van deze wet wordt verleend. Het vereiste doel van de verzekeringsovereenkomst is niet anders. De in het eerste lid, onderdelen a, b en c geregelde voorwaarden kennen een lichtere ondergrens dan de

voorwaarden die in artikel 11, eerste lid, zijn gesteld. Verzekeringsovereenkomsten die in verband met arbeidsongeschiktheid strekken tot uitkering bij een verlies aan verdiencapaciteit vanaf 25%, die een maximale wachttijd van 52 weken kennen en waarin het recht op uitkering, anders dan wegens de toepassing van een uitsluitingsgrond, niet eerder eindigt dan de dag waarop de persoon niet langer arbeidsongeschikt is dan wel op de dag waarop hij de 55-jarige leeftijd bereikt, bieden onder het overgangsrecht de mogelijkheid tot het verlenen van ontheffing van de verplichte verzekering op grond van deze wet. Voor zover verzekeringsovereenkomsten, die voor een bij koninklijk besluit te bepalen datum zijn afgesloten, niet aan het overgangsrecht voldoen, dienen die overeenkomsten aan de gestelde voorwaarden van artikel 11 te voldoen.

De ontheffing wordt verder, evenals in het kader van artikel 11, op aanvraag van de verzekeraar verleend. Daarbij dienen ook dezelfde bescheiden als bedoeld in artikel 12, tweede lid, te worden verstrekt. In lijn met artikel 12, derde lid, is in het tweede lid verder begrenst tot welk moment de ontheffing van de verplichte verzekering onder toepassing van het overgangsrecht wordt verleend. Ook voor een ontheffing verleend in verband met een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering op grond van dit artikel geldt dat niet binnen 12 maanden na aanvang van die ontheffing voor dezelfde persoon een andere ontheffing kan worden aangevraagd (behoudens een beëindiging van de ontheffing op grond van artikel 15). Verder zijn de bepalingen over de verplichte melding voor de verzekeraar (artikel 13), de manieren van beëindiging van de ontheffing door het UWV (artikel 14), en de verplichte beëindiging van de ontheffing door het UWV vanwege uitblijven van betaling van de stabiliteitsbijdrage (artikel 15) van overeenkomstige toepassing.

Artikel 74. Overgangsrecht in verband met de vrijwillige verzekering ZW en Wet WIA
Dit artikel regelt het overgangsrecht voor de zelfstandige die reeds voorafgaand aan de inwerkingtreding van artikel 79 en 80 is toegelaten tot de vrijwillige verzekeringen van de ZW en/of de Wet WIA. Het hier geregelde overgangsrecht sluit aan bij het overgangsrecht voor die bepalingen. Zolang de zelfstandige als vrijwillig verzekerd voor de Wet WIA wordt beschouwd en/of ongeschikt is voor zijn arbeid in het kader van een vrijwillige verzekering voor de ZW, raakt hij op grond van het hier geregelde overgangsrecht niet verplicht verzekerd op grond van deze wet. Zie in verband hiermee verder de toelichting bij de betreffende overgangsrechtartikelen.

Hoofdstuk 11. Wijziging van andere wetten

Artikel 75. Wijziging van de Algemene wet bestuursrecht
Deze wijziging regelt dat hoger beroep tegen een uitspraak van de rechtbank of van de voorzieningenrechter over een besluit dat is genomen op grond van dit wetsvoorstel bij de Centrale Raad van Beroep kan worden ingesteld. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een besluit van UWV of er wel of geen uitkering op grond van deze wet wordt toegekend. Door deze wijziging heeft een dergelijk hoger beroep schorsende werking. Dit is in lijn met hoger beroepen ingesteld tegen uitspraken die zien op een besluit op basis van de Wet WIA.

Deze wijziging regelt verder dat een hoger beroep ingesteld tegen een uitspraak van de rechtbank of van de voorzieningenrechter over een besluit dat is genomen op grond van de in dit wetsvoorstel toegevoegde artikelen 57a en 60a van de Wfsv moet worden gedaan bij de Centrale Raad van Beroep en géén schorsende werking heeft. Dit zijn de artikelen over de heffing en invordering van de stabiliteitsbijdrage. Zie voor een reden hiervoor nader hoofdstuk 10 van het algemeen deel van deze toelichting. Dit vormt een uitzondering ten opzichte van hoger beroepen omtrent andere besluiten die worden genomen op basis van de Wfsv, waarvoor wél schorsende werking geldt bij instellen van een hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

Tot slot regelt deze wijziging dat voor zowel beroep als hoger beroep het lage griffiegeld geldt van respectievelijk € 51 en € 138 (tarieven uit 2024). Dit is in lijn met beroepen en hoger beroepen omtrent een besluit op basis van de Wet WIA.

CONCEPT

Artikel 76. Wijziging van de Wet financiering sociale verzekeringen
In de Wfsv wordt een aantal artikelen gewijzigd en een aantal artikelen toegevoegd. De wijzigingen worden hieronder besproken per gewijzigd of toegevoegd artikel in de Wfsv.

Artikel 1
In artikel 1 van de Wfsv is een nieuwe definitie opgenomen van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Voor deze definitie wordt verwezen naar het nieuwe artikel 118b. Deze definitie kan worden geplaatst in onderdeel n van artikel 1, omdat dit onderdeel eerder was vervallen. De naam van het nieuwe fonds is hetzelfde als de naam van het fonds dat was opgericht in de WAZ. Dat fonds is echter niet meer in gebruik, waardoor de naam wederom kan worden gebruikt.

Artikel 2
De wijziging van artikel 2 geeft de nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen een wettelijke plaats in het socialezekerheidsstelsel. Ook wordt uit deze wijziging duidelijk dat de nieuwe regels in de Wfsv over financiering van deze verzekering slechts zien op de verplichte publieke verzekering, en dus niet op de financiering van de opt-out of de privaatrechtelijke of publiekrechtelijke verzekeringen die onder het overgangsrecht vallen. Van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen bestaat geen vrijwillige vorm, zoals die wel bestaat van de verplichte volksverzekeringen en werknemersverzekeringen.

Titel hoofdstuk 3
In de titel van hoofdstuk 3 vervalt de verwijzing naar de WAZ. In dit hoofdstuk wordt niets meer geregeld over de WAZ, waardoor deze verwijzing niet langer klopt.

Hoofdstuk 3a. De financiering van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen
Aangezien de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen een nieuwe categorie is naast de bestaande categorieën van de volksverzekeringen en de werknemersverzekeringen, wordt de financiering hiervan apart geregeld van die andere twee categorieën. Hiervoor is een nieuw hoofdstuk in de Wfsv nodig.

Artikel 56a. Heffing premie en stabiliteitsbijdrage
Het voorgestelde artikel 56a bepaalt wat de financiële middelen zijn tot dekking van de uitgaven van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, waar ook het rentehobbelvermogen toe behoort. Zie voor meer informatie over het rentehobbelvermogen paragraaf 17.5 van het algemeen deel van deze memorie van toelichting. Deze middelen worden verkregen door het heffen van premie en van een stabiliteitsbijdrage.

Artikel 56b. Premieplicht en plicht tot afdracht stabiliteitsbijdrage
Het voorgestelde artikel 56b bevat de grondslag voor het heffen van de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen en van de stabiliteitsbijdrage. Aan verzekerden (dus alleen de publiek verzekerde zelfstandigen) die geen recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel wordt in het eerste lid een premieplicht opgelegd. Dit betekent dat bij recht op uitkering op grond van deze wet de premieplicht stopt.

Aan private verzekeraars wordt in het tweede lid een plicht tot afdracht van een stabiliteitsbijdrage opgelegd. Daarnaast is bepaald dat de stabiliteitsbijdrage wordt geheven voor iedere persoon die ontheven is van de verplichte verzekering op grond van dit wetsvoorstel vanwege een private verzekeringsovereenkomst met die verzekeraar als bedoeld in artikel 11. Dit is dus breder dan het begrip zelfstandigen in dit wetsvoorstel. Een verzekeraar kan voor iedere persoon waarmee een verzekeringsovereenkomst is gesloten als bedoeld in artikel 11 een ontheffing aanvragen en is dan dus verplicht de stabiliteitsbijdrage af te dragen. Niet vereist is dat deze persoon (blijvend) zelfstandige is als bedoeld in dit wetsvoorstel.

CONCEPT

De private verzekeraar is een stabiliteitsbijdrage verschuldigd totdat een ontheven persoon niet langer op grond van een verzekeringsovereenkomst met deze verzekeraar ontheven is van de verplichte verzekering. Afgezien daarvan, staat het verschuldigd zijn van de stabiliteitsbijdrage los van de privaatrechtelijke verzekeringsrelatie tussen de private verzekeraar en de verzekerde. De private verzekeraar is bijvoorbeeld óók een stabiliteitsbijdrage verschuldigd wanneer een zelfstandige bijvoorbeeld niet (altijd) volledig en tijdig de private verzekeringspremie afdraagt aan die private verzekeraar. Ook moet de stabiliteitsbijdrage bijvoorbeeld afgedragen worden voor een verzekerde die in de wachttijd zit voor een uitkering van die private verzekeraar, of daadwerkelijk een uitkering van die private verzekeraar ontvangt. Zie voor een nadere toelichting over de ontheffing van de verplichte verzekering, en de beëindiging daarvan, hoofdstuk 10 van het algemeen deel van deze toelichting en de artikelsgewijze toelichting bij de artikelen 11 tot en met 15.

Het derde lid bepaalt de laatst mogelijke datum waarvoor afdracht van de premie of de stabiliteitsbijdrage verplicht is door dan wel voor een publiek verzekerde zelfstandige of privaat verzekerde. Dat is de dag vóór de eerste dag van de maand waarin de publiek verzekerde zelfstandige of ontheven persoon de pensioengerechtigde leeftijd zal bereiken. Overigens wordt iemand op grond van artikel 9 van dit wetsvoorstel vanaf de pensioengerechtigde leeftijd niet meer gezien als zelfstandige. Dit derde lid regelt dus dat de premie en de stabiliteitsbijdrage niet pas per de pensioengerechtigde leeftijd niet meer verschuldigd zijn, maar al vanaf de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de pensioengerechtigde leeftijd zal bereiken.

Artikel 56c. Maatstaf premieheffing

Het voorgestelde artikel 56c regelt dat de maatstaf voor de heffing van de premie voor dit wetsvoorstel het premie-inkomen van de premieplichtige is. Ook is geregeld wat onder het premie-inkomen van een premieplichtige wordt verstaan, namelijk de winst uit onderneming respectievelijk winst uit Nederlandse onderneming, bedoeld in artikel 4 van dit wetsvoorstel. De hoogte van deze maatstaf wordt afgetopt op 142,86% van het wettelijk minimumloon per jaar. Deze maximale grondslag wordt dus gehanteerd wanneer de verzekerde 142,86% of meer van het wettelijk minimumloon als winst uit onderneming geniet. Hoe het wettelijk minimumloon per jaar wordt berekend is uitgeschreven.

Artikel 56d. Premiepercentage

De hoogte van de premie wordt conform het voorgestelde artikel 56d door UWV vastgesteld op een percentage van het premie-inkomen. Dit om de benodigde flexibiliteit te kunnen garanderen in het vaststellen van het juiste premiepercentage. Zie hiervoor nader paragraaf 9.5 van het algemeen deel van deze toelichting. Vanwege de hiervoor beschreven aftopping van de maatstaf van de premie op 142,86% van het wettelijk minimumloon per jaar is het daadwerkelijke percentage dat een zelfstandige aan premies moet voldoen lager dan het vastgestelde percentage, indien de zelfstandige meer dan 142,86% van het wettelijk minimumloon per jaar aan winst geniet.

Artikel 56e. Hoogte stabiliteitsbijdrage

Het voorgestelde artikel 56e regelt de hoogte van de stabiliteitsbijdrage. Deze wordt bij regeling van Onze Minister vastgesteld om de benodigde flexibiliteit te kunnen garanderen. Anders dan de premie wordt voor de stabiliteitsbijdrage niet gekeken naar het inkomen van de zelfstandige waarvoor de verzekeraar de stabiliteitsbijdrage afdraagt. In plaats daarvan geldt hetzelfde bedrag voor alle verzekerden voor wie de stabiliteitsbijdrage verzekerd is. Namelijk een vast te stellen percentage van de maximale grondslag voor de premieheffing, bedoeld in artikel 56c, derde lid.

Titel hoofdstuk 4

Hoofdstuk 4 van de Wfsv gaat over de heffing en inning van premies. Omdat ook de stabiliteitsbijdrage moet worden geheven en geïnd, terwijl dit geen premie is, is het nodig de stabiliteitsbijdrage toe te voegen aan de titel van hoofdstuk 4.

CONCEPT

Artikel 57
De wijziging van artikel 57 regelt dat de Belastingdienst bevoegd is de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen te heffen.

Artikel 57a. Heffing stabiliteitsbijdrage door UWV
Het voorgestelde nieuwe artikel 57a regelt dat het UWV bevoegd is de stabiliteitsbijdrage te heffen. Het heffen is een nieuwe taak voor UWV. Zie hieronder de voorgestelde wijziging waarmee deze taak aan artikel 30 van de Wet SUWI wordt toegevoegd. UWV kan zelf aangeven aan de private verzekeraars hoe zij de stabiliteitsbijdrage heft, en is voornemens dit te doen middels het versturen van facturen aan deze verzekeraars.

Artikel 59a. Premieheffing arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen
Het voorgestelde nieuwe artikel 59a regelt dat de Belastingdienst de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen bij wege van aanslag heft met overeenkomstige toepassing van de voor de heffing van de inkomstenbelasting geldende regels. Hiermee wordt aangesloten bij de wijze waarop de Belastingdienst de premies voor de werknemersverzekeringen en volksverzekeringen heft. Onder meer de relevante bepalingen uit hoofdstuk 9 van de Wet IB 2001 zijn op deze heffing van toepassing.

Artikel 60
Door de wijziging van artikel 60 krijgt de Belastingdienst de taak de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen in te vorderen (bovenop de taak deze te heffen). Het voorgestelde nieuwe vierde lid van artikel 60 regelt dat de regels die gelden voor de invordering van de inkomstenbelasting hiervoor van overeenkomstige toepassing zijn. Dit sluit aan bij de wijze van invorderen van de premies voor de volksverzekeringen bij zelfstandigen. Onder meer de relevante bepalingen uit de Invorderingswet 1990 zijn op deze invordering van toepassing.

Artikel 60a. Invordering door het UWV
Het voorgestelde nieuwe artikel 60a regelt dat het UWV als taak krijgt om de stabiliteitsbijdrage voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen in te vorderen. Ook het invorderen is, naast het heffen, een nieuwe taak voor het UWV. Zie hieronder de voorgestelde wijziging waarmee deze taak aan artikel 30 van de Wet SUWI wordt toegevoegd. Het UWV kan de stabiliteitsbijdrage invorderen bij dwangbevel. Hierop is paragraaf 4.4.4.2 van de Awb van toepassing. Een invordering bij dwangbevel staat los van de stappen die het UWV neemt bij het uitblijven van betaling van de stabiliteitsbijdrage als opgenomen in artikel 15 van dit wetsvoorstel.

Artikel 64
Door de wijziging van artikel 64 krijgt de SVB de bevoegdheid om op verzoek ontheffingen te verlenen aan gemoedsbezwaarden. Deze ontheffingen zien op de verplichtingen die voortvloeien uit dit wetsvoorstel en uit de Wfsv (na de wijzigingen als opgenomen in dit wetsvoorstel). Een gemoedsbezwaarde aan wie ontheffing is verleend hoeft dus geen premie te betalen voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen en hoeft zich ook niet te houden aan de verplichtingen die zijn opgenomen in paragraaf 3.1 van dit wetsvoorstel. De wijziging behoudt de mogelijkheid dat iemand voor de volksverzekeringen wel, en voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen niet gemoedbezwaarde is, of andersom. Dezelfde mogelijkheid bestaat nu al in dit artikel voor één of meer volksverzekeringen enerzijds en alle werknemersverzekeringen anderzijds.

Artikel 65
In artikel 65 wordt een nieuw derde lid ingevoegd. Dit lid regelt dat de Belastingdienst van een gemoedsbezwaarde premievervangende inkomstenbelasting wordt geheven tot aan het bedrag aan premies dat zou zijn afgedragen, indien geen ontheffing zou zijn verleend. Dit is conform de regels hierover voor gemoedsbezwaarden voor de volksverzekeringen of de werknemersverzekeringen.

In het huidige derde lid, door vernummering vierde lid, wordt geregeld dat voor de toepassing van de Wfsv, de Wet inkomstenbelasting 2001 en de Invorderingswet 1990 ook de premievervangende belasting voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen gezien wordt als premie. Ook dit is conform de regels hierover voor gemoedsbezwaarden voor de volksverzekeringen of de werknemersverzekeringen.

Artikel 66

Door de wijziging van artikel 66 komen de bedragen aan premie die niet zijn geheven wegens een ontheffing ten laste van het Rijk. Ook dit is conform de regels hierover voor gemoedsbezwaarden voor de volksverzekeringen of de werknemersverzekeringen.

Artikel 81

De wijziging van artikel 81 creëert een bevoegdheid voor Onze Minister, de Minister van Financiën, en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om regels over de premie voor de arbeidsongeschiktheidsregeling zelfstandigen vast te stellen (bij ministeriële regeling). Dit ziet op de afdracht van de premie, de met de premie verband houdende bestuurlijke boeten en renten, en de wijze van toerekening van die premie, boeten en renten aan de fondsen. Dit is conform de werkwijze voor de volksverzekeringen en de werknemersverzekeringen. Voorzien wordt dat hierover regels gesteld zullen worden in de Regeling Wfsv.

Artikel 117b, derde lid, onderdeel d

De wijziging van artikel 117b, derde lid, onderdeel d, leidt ertoe dat een WGA-uitkering niet ten laste van de Whk komt (maar van het Aof op grond van artikel 115, eerste lid, onderdeel d) indien die WGA-uitkering wordt toegekend in aansluiting op een uitkering die of een recht op arbeidsondersteuning dat is verleend op grond van dit wetsvoorstel.

Afdeling 3a. Arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen

Het voorgestelde nieuwe hoofdstuk 3a bevat artikelen die regelen hoe met het nieuwe Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen wordt omgegaan.

Artikel 118b. Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen

Dit artikel regelt dat UWV de middelen tot dekking van de uitgaven van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen beheert en administreert. Het fonds maakt deel uit van het UWV, conform de fondsen voor de volksverzekeringen en werknemersverzekeringen.

Artikel 118c. Middelen Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen

Het voorgestelde artikel 118c regelt wat de middelen zijn van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Daar zijn vier categorieën voor.

Ten eerste in onderdeel a de bedragen die de Belastingdienst heft en int aan premies bij publiek verzekerde zelfstandigen. Ten tweede in onderdeel b de bedragen die UWV heft en int aan stabiliteitsbijdrage bij private verzekeraars (op basis van de opt-out of overgangsrecht) of zelf afdraagt naar aanleiding van vrijwillige WIA-verzekeringen (op basis van overgangsrecht). Ten derde in onderdeel c de bedragen die UWV ontvangt aan teruggevorderde bedragen en bestuurlijke boeten op grond van de artikelen 52 en 61 van dit wetsvoorstel. Ten vierde in onderdeel d de bedragen die UWV ontvangt ten gevolge van de uitoefening van het regresrecht op grond van artikel 65 van dit wetsvoorstel.

Artikel 118d. Uitgaven Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen

Het voorgestelde artikel 118d bevat de uitgaven van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Hier zijn vier categorieën voor.

Ten eerste in onderdeel a de door UWV op grond van dit wetsvoorstel te betalen uitkeringen aan publiek verzekerde zelfstandigen. Ten tweede in onderdeel b de uitvoeringskosten die UWV maakt voor het doen van de in onderdeel a bedoelde uitkeringen. Ten derde in onderdeel c de kosten die

UWV maakt in verband met haar taak tot inschakeling in het arbeidsproces van publiek verzekerde zelfstandigen tijdens de wachttijd of de uitkeringsfase. Hieronder valt de inzet van het UWV op grond van artikel 30a van de Wet SUWI, en de inzet van re-integratie-instrumenten en voorzieningen op grond van dit wetsvoorstel. De inschakeling in het arbeidsproces van personen die recht hebben op de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen valt na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel ook onder de wettelijke taak van het UWV op grond van artikel 30a, eerste lid, onderdeel a, van de Wet SUWI. Dit omdat vanaf inwerkingtreding van dit wetsvoorstel de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen een wettelijke arbeidsongeschiktheidsverzekering is, zoals bedoeld in artikel 30, eerste lid, van de Wet SUWI. Zie hierover verder deze artikelsgewijze toelichting bij de wijziging van artikel 30 van de Wet SUWI. De vierde categorie uitgaven zijn de kosten die het UWV maakt indien zij wettelijk verschuldigde premies en de inkomensafhankelijke bijdrage, bedoeld in artikel 42 van de Zorgverzekeringswet, niet op deze uitkeringen op grond van dit wetsvoorstel in mindering kan brengen.

Artikel 122t. Overgangsrecht Wet BAZ voor stabiliteitsbijdrage
Dit artikel regelt in het eerste lid dat private verzekeraars de stabiliteitsbijdrage aan het UWV verschuldigd zijn voor elke persoon die ontheven is van de verplichte verzekering op grond van dit wetsvoorstel in verband met het overgangsrecht, bedoeld in artikel 73, in verband met een verzekering bij die verzekeraar.

Daarnaast regelt het tweede lid dat het UWV voor iedere zelfstandige die valt onder het overgangsrecht, bedoeld in artikel 74, onderdelen a en c, de stabiliteitsbijdrage afdraagt. Om dit te kunnen bekostigen, regelt dit artikel in het derde lid ook dat de premie voor de vrijwillige WIA-verzekering met ingang van het moment van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel voor iedereen in deze groep wordt verhoogd met het bedrag van de stabiliteitsbijdrage. Dat bedrag wordt bij ministeriële regeling vastgesteld op grond van het voorgestelde artikel 56e van de Wfsv. Wijzigingen in de hoogte van dat bedrag in de jaren na het moment van inwerkingtreding werken dus ook direct door in de hoogte van de premie voor de vrijwillige WIA-verzekering voor mensen in deze groep.

Voor personen die vallen onder het overgangsrecht met betrekking tot de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering of het overgangsrecht met betrekking tot de vrijwillige WIA-verzekering geldt dat de afdracht van de stabiliteitsbijdrage, dan wel de verhoging van de premie voor de vrijwillige WIA met het bedrag van de stabiliteitsbijdrage, slechts zolang van toepassing is als deze persoon onder het overgangsrecht blijft vallen. Ook is de afdracht, dan wel de verhoging, niet langer van toepassing met ingang van de eerste dag van de maand waarin deze persoon de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de AOW, zal bereiken (zie het voorgestelde artikel 56b, derde lid, van de Wfsv).

Artikel 123
De wijziging van artikel 123 creëert een grondslag om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen omtrent de samenwerking van diverse organen die betrokken zijn bij de uitvoering van dit wetsvoorstel, voor zover het betreft de financiering van de sociale verzekeringen. Dit is conform de grondslag zoals die geldt voor de volksverzekeringen en de werknemersverzekeringen.

Artikel 124
De wijziging van artikel 124 creëert een grondslag voor de uitwisseling van gegevens van diverse organen aan elkaar en aan Onze Minister, Onze Minister van Financiën en Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van dit wetsvoorstel, voor zover het betreft de financiering van de sociale verzekeringen.

Artikel 77. Wijziging van de Wet inkomstenbelasting 2001
Dit artikel voorziet in de fiscale aftrekbaarheid van de premies en in de belastbaarheid van de uitkeringen van de publieke verzekering op grond van dit wetsvoorstel. Voorgesteld wordt de fiscale aftrekbaarheid van de premies en de belastbaarheid van de uitkeringen zodanig te regelen

dat deze gelijk zijn aan de aftrekbaarheid van de premies en de belastbaarheid van de uitkeringen in het kader van private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Dit bevordert de uitvoerbaarheid en voorkomt extra complexiteit. Ook onder de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, waarvan de toegang per 1 augustus 2004 is gesloten, werd deze systematiek al gehanteerd.

Voorgesteld wordt om de aftrekbaarheid van de publieke premies als volgt te regelen:
a. Met het voorgestelde artikel 3.16, tweede lid, onderdeel g, van de Wet IB 2001 wordt geregeld dat publieke premies niet aftrekbaar zijn van de winst.
b. De publieke premies zijn aftrekbaar als uitgaven voor inkomensvoorzieningen, zoals dat ook het geval is voor private verzekeringen, op grond van artikel 3.124, eerste lid, onderdeel c, van de Wet IB 2001. Dit artikel behoeft geen wijziging.

Voorgesteld wordt om de belastbaarheid van de uitkeringen als volgt te regelen:
a. Met de voorgestelde wijziging van artikel 3.13, eerste lid, onderdeel d, van de Wet IB 2001 wordt geregeld dat uitkeringen op grond van dit wetsvoorstel niet tot de winst behoren.
b. Deze uitkeringen worden belast als periodieke uitkeringen en verstrekkingen op grond van artikel 3.100, eerste lid, onderdeel b, Wet IB 2001, zoals dat nu al het geval is voor private uitkeringen op grond van dat artikel 3.100, eerste lid, onderdeel b, van de Wet IB 2001.

De premies voor private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die in het kader van dit wetsvoorstel kwalificeren als opt-out-verzekeringen zijn volgens de bestaande systematiek al aftrekbaar als uitgaven voor inkomensvoorzieningen op grond van artikel 3.124, eerste lid, onderdeel c, van de Wet IB 2001. Indien en voor zover de private verzekeraar de door hem gemaakte kosten voor de stabiliteitsbijdrage in de premie verdisconteert is deze eveneens aftrekbaar op grond van het bestaande artikel 3.124, eerste lid, onderdeel c, van de Wet IB 2001.

Artikel 78. Wijziging van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen
In het wetsvoorstel wordt voorgesteld een aantal artikelen te wijzigen in de Wet SUWI. Deze wijzigingen worden hieronder besproken.

Artikel 1
De wijziging van artikel 1 van de Wet SUWI leidt ertoe dat ook degene die een uitkering of voorziening ontvangt of recht heeft op arbeidsondersteuning op grond van op grond van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel een 'uitkeringsgerechtigde' is in de zin van de Wet SUWI. Door het toevoegen van drie nieuwe onderdelen wordt daarnaast geregeld dat de begrippen 'zelfstandige', 'winst uit onderneming' en 'arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen' aansluiten bij de definities van die begrippen in dit wetsvoorstel.

De Wet SUWI bevat nu nog geen onderdeel s. Dit wordt wel beoogd toe te voegen met het wetsvoorstel proactieve dienstverlening, dat op 10 februari 2024 in internetconsultatie is gegaan. Om die reden voegt dit artikel geen onderdeel s, t en u toe, maar onderdelen t, u en v.

Artikel 30
Door de wijziging van artikel 30 van de Wet SUWI worden de taken van het UWV uitgebreid. Ten eerste krijgt het UWV de taak om het nieuwe Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen te beheren en administreren. Ten tweede krijgt UWV de taak om de stabiliteitsbijdrage te heffen en innen. Ook wordt in het tweede lid voortaan vermeld dat UWV de taak heeft om de premie voor de vrijwillige werknemersverzekeringen te heffen en innen. Deze taak heeft UWV al, maar voorgesteld wordt deze taak voor de kenbaarheid en duidelijkheid ook in artikel 30 van de Wet SUWI op te nemen.

In deze wijziging is geen wijziging van het eerste lid van dit artikel opgenomen. Toch krijgt het UWV door deze wijziging de taak om de verplichte verzekering op grond van dit wetsvoorstel uit te voeren. Dat is het geval omdat deze verzekering na inwerkingtreding van de wet zal behoren tot de wettelijke arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, waarvoor het UWV in het eerste lid de taak krijgt om hieraan uitvoering te geven. Dit werkt overigens door in artikel 30a van de Wet SUWI. In

het eerste lid, aanhef en onderdeel a, van dat artikel namelijk de taak de inschakeling in het arbeidsproces te bevorderen van personen die recht hebben op een uitkering of arbeidsondersteuning op grond van wetten als bedoeld in artikel 30, eerste lid. Daaronder vallen dus ook personen die recht hebben op een uitkering of arbeidsondersteuning op grond van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen, na inwerkingtreding van deze wet.

Artikel 33a

Door de wijziging van artikel 33a wordt het UWV de verwerkingsverantwoordelijke voor de verwerking van gegevens van zelfstandigen die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de nieuwe taken die UWV door dit wetsvoorstel krijgt. Het betreft de taak om het nieuwe Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen te beheren en administreren, om de stabiliteitsbijdrage te heffen en innen, en om publiek verzekerde zelfstandigen te re-integreren en voor hen arbeidsbemiddeling te doen. Ook wordt geregeld dat deze gegevens voor zover mogelijk worden verkregen uit de zelfstandigenadministratie (zie daarvoor de toelichting bij artikel 33e).

Artikel 33b

Door de wijziging van artikel 33b verifieert het UWV het burgerservicenummer van zelfstandigen bij de eerste opname in de zelfstandigenadministratie. Tevens bevat het een plicht tot mededeling aan het college van burgemeester en wethouders als bedoeld in artikel 2.34, eerste lid, van de Wet basisregistratie personen, indien daartoe aanleiding is.

Artikel 33e. Zelfstandigenadministratie

Het voorgestelde artikel 33e regelt hoe de nieuwe zelfstandigenadministratie werkt. Het eerste lid van dit artikel bepaalt dat het UWV zorg draagt voor de inrichting en adequate werking van de zelfstandigenadministratie, net zoals dit op grond van artikel 33 het geval is voor de polisadministratie. Het tweede lid regelt het doel van deze administratie, namelijk om de gegevens over publiek verzekerde zelfstandigen vast te leggen die het UWV nodig heeft om besluiten over recht op uitkering op grond van de dit wetsvoorstel te kunnen nemen. Ook is een doel om te dienen als bron voor gegevensverstrekking aan de Belastingdienst in het kader van haar taken op grond van dit wetsvoorstel, en om zelfstandigen te informeren over deze gegevens. Het UWV legt in de zelfstandigenadministratie niet de hoogte van het inkomen van zelfstandigen vast.

Het derde lid regelt dat de basisregistratie personen ter verificatie kan worden geraadpleegd voor de verwerking van gegevens in de zelfstandigenadministratie (dit is overigens deels verplicht voor het UWV, zie de wijziging van artikel 33b van de Wet SUWI). Overigens kan het UWV gegevens die zij nodig heeft voor de uitvoering van haar taken op grond van dit wetsvoorstel uit de basisregistratie personen halen op grond van artikel 33a, tweede lid, van de Wet SUWI. De grondslag in dit derde lid is dus een specifiekere grondslag die puur is gericht op verificatie.

Het vierde lid biedt een grondslag voor het UWV om gegevens uit de zelfstandigenadministratie te verstrekken aan Onze Minister en bestuursorganen als bedoeld in de artikelen 62, 72 en 73, zevende lid, van de Wet SUWI. Dit is een brede grondslag voor gegevensverwerking die het overheidsfunctioneren in den brede ondersteunt, vergelijkbaar met artikel 33, negende lid, van de Wet SUWI.

Het vijfde lid biedt een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de inrichting, de gegevensset, de wijze van verkrijging van de gegevens van de zelfstandigenadministratie, het elektronische gegevensverkeer, de daarbij te gebruiken elektronische infrastructuur, en de eisen die aan de gegevensverstrekking uit de zelfstandigenadministratie worden gesteld.

Het UWV is de verwerkingsverantwoordelijke voor de gegevens in de zelfstandigenadministratie (zie hierover ook de wijziging in artikel 33a van de Wet SUWI). Anders dan voor de polisadministratie is dit niet nadrukkelijk in dit artikel geregeld. Daar is voor gekozen omdat voor de gegevens in de zelfstandigenadministratie, anders dan voor de polisadministratie, duidelijk is

CONCEPT

dat het UWV de verwerkingsverantwoordelijke is. Anders dan bij de polisadministratie is het UWV namelijk bij de zelfstandigenadministratie de enige partij die gegevens in deze administratie verwerkt.

Artikel 33f. Gegevensverwerkingen voor zelfstandigen
Artikel 33f regelt welke gegevensverwerkingen voor zelfstandigen zullen plaatsvinden op basis van dit wetsvoorstel. Deze gegevens zullen deels worden bewaard in de zelfstandigenadministratie.

In het eerste lid is voorzien in een grondslag voor de deling van gegevens door de Belastingdienst met het UWV. Dit zal bijvoorbeeld zien op gegevens over het inkomen van zelfstandigen. Het UWV heeft deze gegevens nodig om de hoogte van uitkeringen vast te kunnen stellen.

Het tweede lid biedt een grondslag voor de deling van gegevens van het UWV aan de Belastingdienst, die de Belastingdienst nodig heeft ten behoeve van het heffen en invorderen van de publieke premie. Dit zijn bijvoorbeeld het gegeven dat iemand is ontheven van de verplichte publieke verzekering, en daarom niet premieplichtig is, vanwege het hebben van een private verzekeringsovereenkomst. Overigens wordt de Belastingdienst op grond van artikel 64 van de Wfsv door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) ingelicht over ontheffingen vanwege gemoedsbezwaren.

Het derde lid biedt een grondslag voor de deling van gegevens van het UWV met het Centraal Bureau voor de Statistiek ten behoeve van statistische doeleinden op het gebied van arbeid en winst. Gezien het grote belang van een constante stroom van deze gegevens is gekozen voor een wettelijke bepaling, en niet om dit bijvoorbeeld op lager niveau te regelen op grond van artikel 73, zesde lid, van de Wet SUWI. Het vierde lid regelt ten slotte dat deze statistische gegevens ook door het UWV, de SVB en de colleges van burgemeester en wethouders verwerkt kunnen worden voor de uitvoering van de taken, bedoeld in artikel 62 van de Wet SUWI.

Artikel 33g. Informatie over verwerkte gegevens van zelfstandigen
Het voorgestelde nieuwe artikel 33g regelt hoe zelfstandigen geïnformeerd worden over de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen. Iedere zelfstandige zal door het UWV in de gelegenheid worden gesteld om kennis te nemen van het gegeven of diegene verplicht publiek verzekerd is in de zin van dit wetsvoorstel. Het tweede lid regelt dat indien gegevens niet juist of niet volledig zijn, deze zelfstandige een verzoek tot rectificatie kan indienen. Het derde lid maakt mogelijk dat bij ministeriële regeling regels worden gesteld voor de wijze van informatieverstrekking aan zelfstandigen.

<u>Artikel 45</u>
Door de wijziging van artikel 45 komen de uitvoeringskosten van het UWV die zien op de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen ten laste van het met dit wetsvoorstel nieuw geïntroduceerde Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen.

<u>Artikel 54</u>
De wijziging van artikel 54, derde lid, zorgt ervoor dat private verzekeraars aan UWV op verzoek kosteloos alle gegevens en inlichtingen verstrekken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de taken die UWV op grond van dit wetsvoorstel krijgt (zie hiervoor bij de wijziging van artikel 33a). Hierbij gaat het om gegevens van personen die ontheven zijn van de verplichte verzekering op grond van dit wetsvoorstel, bijvoorbeeld ter identificatie van deze personen. UWV heeft die gegevens nodig om vast te kunnen stellen welke zelfstandigen publiek verzekerd zijn, en voor wie daarvan een ontheffing is verleend.

Overigens biedt artikel 54, eerste lid, onderdeel a, ook een grondslag waarop zelfstandigen zelf op verzoek kosteloos gegevens aan UWV moeten verstrekken.

Artikel 72a
Door de wijziging van artikel 72a ontstaat er een grondslag voor UWV, SVB en gemeenten om via Suwinet gegevens te verstrekken aan opsporingsdiensten met betrekking tot uitsluiting van het recht op arbeidsondersteuning of een uitkering op grond van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, indien sprake is van een uitsluitingsgrond als bedoeld in artikel 32 van dit wetsvoorstel. Deze wijziging is in lijn met dergelijke bevoegdheden voor de Wet WIA.

Artikel 82a
Door de wijziging van artikel 82a ontstaat er een grondslag om bij algemene maatregel van bestuur tijdelijk te experimenteren met de artikelen in dit wetsvoorstel over re-integratie-instrumenten en voorzieningen voor publiek verzekerde zelfstandigen. Deze grondslag is in lijn met de grondslag voor experimenten voor de andere socialezekerheidswetten.

Artikel 84
Door de wijziging van artikel 84 wordt geregeld dat overtreding van de verplichting tot het verstrekken van inlichtingen over de tenuitvoerlegging bestuurlijke boeten en de verplichting tot het verstrekken van gegevens over de terugvordering wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste een maand of geldboete van de tweede categorie. Ook deze wijziging is in lijn met dergelijke bevoegdheden voor de andere socialezekerheidswetten.

Artikel 79. Wijziging van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

Artikel 18
Vanaf de datum van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel worden zelfstandigen verplicht verzekerd. Specifiek betreft het zelfstandigen die winst uit (Nederlandse) onderneming genieten. Voorgestelde wijziging sluit de toegang tot de vrijwillige verzekering van de Wet WIA voor deze groep. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 15.2 van het algemene deel van de toelichting. Enkel de zelfstandige die kwalificeert als directeur-grootaandeelhouder als bedoeld in artikel 1 van de Wet WIA kan nog tot de vrijwillige verzekering worden toegelaten. Meewerkende echtgenoten van zelfstandigen worden in dit wetsvoorstel niet tot de kring van verzekerden gerekend. Voor hen blijft de toegang tot de vrijwillige verzekering van de Wet WIA behouden. Voor de meewerkende echtgenoot van de zelfstandige die directeur-grootaandeelhouder is als bedoeld in artikel 1 wijzigt de grondslag om tot de vrijwillige verzekering te worden toegelaten, niet. Voor de meewerkende echtgenoot van de zelfstandige die winst uit (Nederlandse) onderneming geniet, geldt niet langer de voorwaarde van een voorafgaande (geëindigde) verplichte verzekering. Op grond van onderdeel h heeft deze meewerkende echtgenoot reeds toegang tot de vrijwillige verzekering van de Wet WIA indien hij meewerkt of gaat meewerken in de onderneming van deze zelfstandige. Meewerkende echtgenoten van zelfstandigen behouden zodoende, indien gewenst, deze vorm van sociale bescherming.

Artikel 19
Met deze wijziging wordt geregeld dat het verzoek om toelating tot de vrijwillige verzekering door de in onderdeel h bedoelde persoon bij het UWV moet worden ingediend binnen 13 weken na de dag, waarop hij met zijn werkzaamheden als echtgenoot van de zelfstandige in diens bedrijfs- of beroepsuitoefening is gestart. De vrijwillige verzekering vangt aan op de dag van ontvangst van zijn verzoek om toelating.

Artikel 124. Overgangsrecht inzake de vrijwillige verzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten
De zelfstandige die winst uit (Nederlandse) onderneming geniet als bedoeld in artikel 1 van de Wet WIA en die reeds voor de inwerkingtreding van artikel 79 van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen is toegelaten tot de vrijwillige verzekering van de Wet WIA wordt op grond van dit wetsvoorstel niet uitgesloten van die vrijwillige verzekering op grond van paragraaf 2.2. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 15.2 van het

algemene deel van de toelichting. Deze persoon wordt, zolang de vrijwillige verzekering van de Wet WIA voortduurt, niet als verplicht verzekerd uit hoofde van dit wetsvoorstel aangemerkt. Hierin voorziet artikel 74 van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen.
Op de meewerkende echtgenoot van de zelfstandige die winst uit (Nederlandse) onderneming geniet als bedoeld in artikel 1 van de Wet WIA en die reeds voor de inwerkingtreding van artikel 79 van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen is toegelaten tot de vrijwillige verzekering van de Wet WIA blijft artikel 18, eerste lid, onderdelen c en f, zoals dat luidde op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van artikel 79 eveneens van toepassing. Met deze bepaling is geen inhoudelijke wijziging beoogd van beschikkingen die op grond van voornoemde onderdelen zijn genomen; deze komen ook overeen met de regels die opgenomen zijn in onderdeel h.

Artikel 80. Wijziging van de Ziektewet

Artikel 29b
De wijziging van artikel 29b, eerste lid, van de Ziektewet regelt dat twee groepen publiek verzekerde zelfstandigen na afloop van de wachttijd recht krijgen op de no-riskpolis. De regels komen in grote mate overeen met die voor werknemers, die na de Wet WIA-wachttijd van twee jaar ziekte recht krijgen op een no-riskpolis. Voor zelfstandigen geldt een kortere wachttijd, namelijk van één jaar.

Het nieuwe onderdeel e regelt dat een recht op no-riskpolis ontstaat voor publiek verzekerde zelfstandigen met recht op een uitkering op grond van dit wetsvoorstel.

Het onderdeel f regelt het ontstaan van een recht op no-riskpolis voor publiek verzekerde zelfstandigen die na het einde van de wachttijd geen recht krijgen op een uitkering op grond van dit wetsvoorstel. Voor deze groep gelden nog enige aanvullende eisen. Allereerst moeten zij tien weken voorafgaand aan het einde van de wachttijd niet al een dienstbetrekking hebben, tenzij die dienstbetrekking reeds bestond op de eerste dag van de wachttijd. Hiermee wordt voorkomen dat een no-riskpolis wordt verstrekt voor een dienstbetrekking die al bestaat vóór verstrekking ervan. Een uitzondering hierop bestaat voor een dienstverband dat al bestond op de eerste dag van de wachttijd. Hiermee ontstaat er geen prikkel voor de zelfstandige om een bestaand dienstverband naast het werk als zelfstandige te beëindigen om aanspraak te kunnen maken op de no-riskpolis. In de Wet WIA is dit op soortgelijke wijze geregeld voor werknemers. Een andere aanvullende eis is dat de zelfstandige niet in staat is tot het verrichten van de eigen arbeid of andere passende arbeid binnen de eigen onderneming. En tot slot is voor deze groep alleen een no-risk-polis beschikbaar indien een betreffende persoon binnen vijf jaar na het einde van de wachttijd in dienstbetrekking werkzaamheden gaat verrichten bij een werkgever.

Voor beide groepen geldt dat zij, vanaf het moment dat de nieuwe dienstbetrekking aanvangt, gedurende vijf jaar recht hebben op de no-riskpolis.

Artikel 64
Vanaf de datum van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel worden zelfstandigen verplicht verzekerd. Specifiek betreft het zelfstandigen die winst uit (Nederlandse) onderneming genieten. Dit artikel sluit de toegang tot de vrijwillige verzekering van de ZW voor deze groep zelfstandigen. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 15.2 van het algemene deel van de toelichting. Enkel de zelfstandige die kwalificeert als directeur-grootaandeelhouder als bedoeld in artikel 4, vijfde lid, onderdeel c, van de ZW kan nog tot de vrijwillige verzekering worden toegelaten. Verder is in het eerste lid, onderdeel j de omschrijving van de zelfstandige in lijn gebracht met een eerdere wijziging van het eerste lid, onderdeel c (zie in verband hiermee Kamerstukken II 2004/05, 30238, nr. 3).

Naast de zelfstandige, die directeur-grootaandeelhouder is als bedoeld in artikel 4, vijfde lid, onderdeel c, behoudt ook de meewerkende echtgenoot van die zelfstandige de mogelijkheid tot de

vrijwillige verzekering. Voor de meewerkende echtgenoot van de zelfstandige die winst uit (Nederlandse) onderneming geniet, wordt de toegang tot de vrijwillige verzekering van de ZW eveneens gesloten.

Artikel 86. Overgangsrecht inzake de vrijwillige verzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten

Eerste lid
Het eerste lid is in lijn met de verplichte verzekering voor zelfstandigen die winst uit (Nederlandse) onderneming genieten en de wijzigingen van artikel 64. Op grond hiervan wordt de vrijwillige verzekering beëindigd, indien niet langer wordt voldaan aan de vereisten bedoeld in artikel 64, eerste lid, onderdeel c of j. Enkel de zelfstandige die directeur-grootaandeelhouder is en de meewerkende echtgenoot van die zelfstandige kunnen de vrijwillige verzekering behouden. Dit betekent voor de zelfstandige, bedoeld in artikel 4, vijfde lid, onderdelen a en b, en de meewerkende echtgenoot van die zelfstandige dat de vrijwillige verzekering na de inwerkingtreding van artikel 80 van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen wordt beëindigd. In het tweede lid zijn in verband hiermee nadere regels gesteld.

Tweede lid
Met het tweede lid wordt geregeld dat de zelfstandige die winst uit (Nederlandse) onderneming geniet en die verzekerd is op grond van artikel 64, eerste lid, onderdeel c of j, zoals dat luidde voor de datum van inwerkingtreding van artikel 80 van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen, in een drietal situaties niet wordt uitgesloten van de vrijwillige verzekering van de ZW. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 15.2 van het algemene deel van de toelichting. Deze persoon wordt ook niet als verplicht verzekerd uit hoofde van dit wetsvoorstel aangemerkt. Hierin voorziet artikel 74 van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen.

De eerste situatie (onderdeel a) betreft de zelfstandige die is toegelaten tot de vrijwillige verzekering van de ZW en al voor de inwerkingtreding van artikel 80 van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen wegens ziekte of gebrek ongeschikt is voor het verrichten van zijn arbeid. Deze persoon blijft verzekerd gedurende de twee zogenoemde wachtdagen, de periode waarin hij recht heeft op ziekengeld en de periode van vier weken nadat de zelfstandige hersteld is verklaard.

De tweede situatie (onderdeel b) betreft de zelfstandige die is toegelaten tot de vrijwillige verzekering van de ZW en die voor de inwerkingtreding van artikel 80 van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen, naast de vrijwillige verzekering van de ZW, tevens is toegelaten tot de vrijwillige verzekering van de Wet WIA. Deze persoon blijft verzekerd op grond van hoofdstuk IV van de ZW, zolang de vrijwillige verzekering van de Wet WIA voortduurt.

De derde situatie (onderdeel c) betreft de zelfstandige, bedoeld in onderdeel b, die wegens ziekte of gebrek ongeschikt is voor het verrichten van zijn arbeid en voor wie gedurende deze periode van ziekte of gebrek de vrijwillige verzekering van de Wet WIA eindigt, bijvoorbeeld omdat deze persoon de vrijwillige verzekering van de Wet WIA in deze periode zelf beëindigt. Deze persoon blijft verzekerd voor de vrijwillige verzekering van de ZW gedurende de twee zogenoemde wachtdagen, de periode waarin hij recht heeft op ziekengeld en de periode van zogenoemde nawerking na het eindigen van de verzekering.

De vierde situatie (onderdeel d) heeft betrekking op de meewerkende echtgenoot van de zelfstandige die winst uit (Nederlandse) onderneming geniet. Deze persoon wordt evenmin uitgesloten van de vrijwillige verzekering van de ZW, indien hij voor de inwerkingtreding van artikel 80 van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen is toegelaten tot deze vrijwillige verzekering.

Hoofdstuk 12. Slotbepalingen

Artikel 81. Opzeggen particuliere verzekering
Dit artikel regelt de situatie waarin de persoon verplicht verzekerd wordt op grond van deze wet maar voordien al een particuliere verzekering heeft afgesloten tegen de geldelijke gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid. Dit artikel geeft deze persoon de mogelijkheid deze particuliere verzekering te beëindigen, wanneer die verzekering niet aan de voorwaarden van artikel 11 voldoet. Een voorbeeld van een theoretische situatie waarin dit zich kan voordoen, is als een persoon eerder uitsluitend resultaat uit overige werkzaamheden heeft gehad en een particuliere verzekering heeft afgesloten, en die vervolgens winst uit onderneming verkrijgt. Deze persoon heeft bijvoorbeeld de mogelijkheid om met de verzekeraar in overleg te treden om overeen te komen dat de verzekeringsovereenkomst wordt beëindigd, onverkort wordt voortgezet, of zo wordt aangepast dat deze voldoet aan de geldende eisen voor verzekeringen op grond van artikel 11. Indien het niet wenselijk of mogelijk is om de verzekeringsovereenkomst onverkort voort te zetten of aan te passen aan de vereisten van artikel 11 en de verzekeraar wenst niet om de verzekeringsovereenkomst te beëindigen, biedt deze bepaling de verzekerde de mogelijkheid om eenzijdig de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.

Artikel 82. Buiten toepassingverklaring van Algemene termijnenwet
De Algemene termijnenwet geeft regels voor de berekening van termijnen in verband met weekenddagen en algemeen erkende feestdagen. Eindigt een in een wet vastgelegde termijn op een dergelijke dag, dan wordt die termijn verlengd tot de eerstvolgende niet weekenddag of feestdag. De Algemene termijnenwet geldt verder onder meer niet voor termijnen die zijn omschreven als termijnen van dan meer dan 12 weken of meer dan 3 maanden of een of meer jaren. Dit artikel voegt daar voor de toepassing van deze wet nog een aantal artikelen aan toe.

Artikel 83. Evaluatiebepaling
De wet bevat de verplichting voor de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid om binnen vijf jaar na inwerkingtreding een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de wet aan de Eerste en Tweede Kamer te sturen.

Artikel 84. Inwerkingtreding
Dit wetsvoorstel treedt in werking op een koninklijk besluit te bepalen tijdstip. Indien noodzakelijk kan deze voor de verschillende artikel(onderdelen) op een verschillend tijdstip worden bepaald.

De Minister van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid,

C.E.G. van Gennip

CONCEPT