MEMORIE VAN TOELICHTING (Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen; Baz)

I. Algemeen deel....44
1. Inleiding....44
1.1 Introductie....44
1.2 Opzet....44
1.3 Aanleiding voor dit wetsvoorstel....45
1.3.1 Aanleiding....45
1.3.2 Brede maatschappelijke discussie....46
2. Probleemanalyse....48
2.1 Inleiding....48
2.2 Te weinig zelfstandigen hebben een voorziening die het risico op arbeidsongeschiktheid in voldoende mate afdekt....48
2.3 Waarom zelfstandigen niet altijd een verzekering willen en kunnen afsluiten....52
2.3.1 Zelfstandigen zien af van het sluiten van een verzekering....52
2.3.2 Sommige zelfstandigen kunnen zich niet goed laten verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid 54
2.4 Ongelijk speelveld tussen werknemers en zelfstandigen door uiteenlopende verplichtingen rondom het arbeidsongeschiktheidsrisico....56
2.5 Zelfstandigen vallen terug op algemene voorzieningen als zij bij arbeidsongeschiktheid terugvallen op de bijstand....58
3. Doelen en aard van de maatregel....59
3.1 Inleiding....59
3.2 Doelen van de maatregel....59
3.3 Randvoorwaarden bij de uitwerking....59
3.4 Gekozen vormgeving op hoofdlijnen....61
3.5 Overwogen alternatieven....65
3.5.1 Geen verplichting, maar lichtere maatregelen....67
3.5.2 Een volksverzekering....67
3.5.3 Een uniform stelsel voor alle werkenden....70
3.5.4 Een stelsel voor zelfstandigen, met alleen publieke uitvoering....74
3.5.5 Een stelsel voor zelfstandigen, maar uitsluitend private uitvoering....74
3.6 De gekozen maatregel in historisch perspectief....75
3.6.1 Voorgeschiedenis....75
3.6.2 Verschillen met de WAZ....76
3.7 Samenhang....77
3.7.1 Samenhang met het andere beleid rondom werken met zelfstandigen en als zelfstandige....77
3.7.2 Samenhang met het bredere arbeidsmarktbeleid....78
3.7.3 Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel....78

3.8 Uitvoerbaarheid sociaal-medische beoordelingen....78
4. Kring van verzekerden....79
4.1 Inleiding....79
4.2 De verzekerden....79
4.2.1 IB-ondernemer....79
4.2.2 De zelfstandig ondernemer met personeel en ondernemers in de agrarische sector....80
4.3 Niet verzekerd zijn....82
4.3.1 Meewerkend partner....82
4.3.2 Resultaatgenieters....83
4.3.3 DGA's....86
4.3.4 Gemoedsbezwaarden....87
4.3.5 Winst als medegerechtigde....87
4.3.6 Privaat verzekerden....88
4.3.7 Overig....88
4.4 Consequenties van het willen aansluiten bij de aan de fiscaliteit ontleende begrippen en de werking daarvan....88
5. Het recht op uitkering....91
5.1 Inleiding....91
5.2 Ziek zijn....91
5.3 Wachttijd....91
5.3.1 Keuze voor een wachttijd van 104 weken....91
5.3.2 Ziekmelding....92
5.3.3 Beoordeling van de eerste ziektedag....94
5.3.4 Samentellingsregeling....95
5.4 Het arbeidsongeschiktheidscriterium....95
5.5 Uitsluitingsgronden....97
5.6 Zelfstandigen die zowel voor dit voorstel als voor de Wet WIA verzekerd zijn....99
5.7 Eindigen van het recht op uitkering....101
5.8 Het later ontstaan van het recht op uitkering en het herleven van het recht op uitkering....102
5.8.1 Het later ontstaan van het recht op uitkering....102
5.8.2 Het herleven van het recht op uitkering....102
5.9 Beperking terugwerkende kracht van de dag waarop recht op uitkering bestaat....103
6. De hoogte van de uitkering....103
6.1 Uitkeringsgrondslag....103
6.1.1 Uitkeringsgrondslag van de IB-ondernemer....103
6.1.2 De maximale uitkeringsgrondslag....104
6.1.3 Middelingsregeling....104

6.1.4 Uitkeringsgrondslag bij later ontstaan of herleven van een recht op uitkering of bij het ontstaan van een fictief tweede recht....105
6.1.5 De uitkeringsgrondslag voor de zelfstandige die ook inkomen als werknemer geniet....106
6.2 Uitkeringshoogte....112
6.2.1 Het uitkeringspercentage en de hoogte van de uitkering....112
6.2.2 Geen onderscheid naar duurzaamheid....112
6.2.3 Geen onderscheid naar uitkeringsfase....112
6.2.4 Korten van inkomsten en werkhervattingsprikkel....113
6.2.5 Inkomsten vrijgelaten van de korting op de uitkering....114
6.2.6 Geen correctie voor inkomens boven de gemaximeerde grondslag....114
6.3 Samenloop van uitkeringen....114
6.4 Overige onderwerpen gelieerd aan de uitkering....115
6.4.1 Verhoging bij hulpbehoevendheid, arbeidsongeschiktheidstegemoetkoming en Toeslagenwet....115
6.4.2 Overlijdensuitkering....116
6.4.3 Verjaring....116
6.4.4 Indexatie....117
6.4.5 Vakantiebijslag....117
6.4.6 Kruimeluitkeringen....117
6.4.7 Nawerking....118
6.5 Voorbeelden uitkeringsgrondslag– en verstrekking....118
7. Claimbeoordeling....119
7.1 Voorafgaand aan de beoordeling....119
7.2 De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling aan de hand van het arbeidsongeschiktheidscriterium 120
7.3 Opnieuw beoordelen van arbeidsongeschiktheid....122
8. Activering....123
8.1 Inleiding....123
8.2 Re-integratie....123
8.2.1 Preventie en begeleiding van verzuim....123
8.2.2 Re-integratie tijdens de wachttijd....123
8.2.3 Re-integratie na de wachttijd....125
8.2.4 Samenloop re-integratieverplichtingen met andere uitkeringen....127
8.3 Voorzieningen....127
9. Premieheffing- en inning....129
9.1 Inleiding....129
9.2 Premieplichtig....129
9.3 Maatstaf voor premie....129

9.4 (Maximum) premie-inkomen....130
9.5 De premievrije voet voor zelfstandigen die ook inkomen als werknemer genieten (franchise). 130
9.6 Premiepercentage....131
9.6.1 Uniform premiepercentage....131
9.6.2 Wijze van vaststelling van het premiepercentage....131
9.6.3 Voorbeelden verschuldigde premie.... 132
9.7 Fiscale aftrekbaarheid premie en belastbaarheid uitkeringen....132
9.8 Uitvoering van de premieheffing- en inning....133
9.8.1 Uitvoerder en wijze van premieheffing en -inning....133
9.8.2 Consequenties van een bij definitieve aanslag gewijzigde premie- en uitkeringsgrondslag. 133
10. Opt-out....134
10.1 Wenselijkheid van de opt-out....134
10.2 Selectie-effecten en risicoverevening....135
10.3 Stabiliteitsbijdrage....136
10.4 Start van de opt-out....137
10.4.1 Startdatum van de opt-out....137
10.4.2 Aanvraag van de opt-out....139
10.5 Verplichtingen verbonden aan de opt-out.... 140
10.5.1 Toetsingskader voor verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is....141
10.5.2 Informatieplicht en zorgplicht....148
10.5.3 Betaling van de stabiliteitsbijdrage....149
10.5.4 Tijdige melding van de beëindiging van de verzekering....150
10.6 Einde van de opt-out....150
10.6.1 Einde van de opt-out....150
10.6.2 Beëindiging opt-out met ingang van een andere dag dan 1 januari....153
10.6.3 Overgang van een lopende verzekering naar een andere verzekeraar.... 154
10.7 Private verzekeringen nader vergeleken met de publieke verzekering.... 155
11. Informatie- en medewerkingsverplichting, terugvordering, toezicht en handhaving....156
11.1 Plichten van de verzekerde....156
11.1.1 Plichten tijdens de uitkeringsfase.... 156
11.1.2 Plichten tijdens en voor de wachttijd....157
11.2 Wettelijk vertegenwoordiger....157
11.3 Terugvordering en schuldregeling UWV.... 157
11.3.1 Terugvordering....158
11.3.2 Uitzondering op de hoofdregel voor terugvorderingsbeleid....158

11.3.3 Preferentie....161
11.4 Schuldregeling....162
11.4.1 Van een schuldregeling uitgesloten vorderingen....162
11.4.2 Finale kwijting....163
11.5 Toezicht en handhaving....163
11.5.1 Handhavings- en sanctie-instrumentarium....163
11.5.2 Benadeling....164
11.6 Toezicht en handhaving duale stelsel....164
11.6.1 (Geen) toezicht door UWV en Belastingdienst....164
11.6.2 DNB....165
11.6.3 AFM....165
11.6.4 Toezicht op buitenlandse verzekeraars....166
11.7 Misbruik en oneigenlijk gebruik....166
12. Overgangsrecht....168
12.1 Wenselijkheid van overgangsrecht....168
12.1.1 Beoordelingstraject....168
12.1.2 Vast tarief of combitarief....169
12.1.3 Argumenten tegen het opnemen van overgangsrecht en conclusie om overgangsrecht op te nemen 169
12.2 Vormgeving van het overgangsrecht....170
12.2.1 Welke verzekeringsproducten vallen onder het overgangsrecht....170
12.2.2 Stabiliteitsbijdrage....171
12.2.3 Reeds zieke en arbeidsongeschikte zelfstandigen....171
12.2.4 Uitvoering van het overgangsrecht....172
12.2.5 Wijziging van overeenkomsten onder overgangsrecht....173
12.2.6 Beëindiging van het overgangsrecht....175
13. Verwerking van persoonsgegevens....176
13.1 Inleiding....176
13.2 Gegevensverwerking door UWV....177
13.2.1 Zelfstandigenadministratie....177
13.2.2 Gegevensverwerking bij vaststellen recht op en hoogte uitkering....179
13.2.3 Gegevensverwerking in het kader van terugvorderingsbeleid....179
13.3 Gegevensverwerking door de Belastingdienst....180
13.4 Gegevensverwerking door de SVB....180
13.5 Gegevensverwerking door private verzekeraars....181
13.5.1 Gegevensdeling tussen verzekeraars en UWV, de Belastingdienst en het Ministerie van SZW 181

13.5.2 Gegevensdeling door buitenlandse verzekeraar aan UWV....182
13.6 Informatieverplichtingen zelfstandigen....182
13.6.1 Informatieverstrekking aan de Belastingdienst en UWV....182
13.6.2 Informatieverstrekking gemoedsbezwaarden....183
13.7 Gegevensdeling bij detentie in binnen- of buitenland....183
13.8 Gegevens ten aanzien van uitreiziger....183
14. Ministeriële verantwoordelijkheid....183
15. Overig....184
15.1 Regres....184
15.2 Vrijwillige verzekeringen bij UWV....184
15.2.1 Nieuwe instroom vrijwillige verzekeringen....184
15.2.2 Reeds vrijwillig verzekerden....185
15.3 Rechtsbescherming....187
15.3.1 Rechtsbescherming....187
15.3.2 (Bijzondere) beslistermijnen....189
15.3.3 Verlaagd griffierecht....190
15.3.4 Geschilbeslechting in de praktijk....190
15.4 Cliëntenparticipatie....192
15.5 Doenvermogen en menselijke maat....192
15.5.1 Eenvoud....192
15.5.2 Doenvermogen....193
15.5.3 Menselijke maat....200
15.5.4 Hardheidsclausule....200
15.6 Schadevergoeding....201
15.7 Aanvullende keuzemogelijkheden bovenop de publieke verzekering....201
15.7.1 Aanvullende publieke mogelijkheden....201
15.7.2 Schenkkringen....202
15.7.3 Aanvullende private verzekeringen....202
15.7.4 Onderling Waarborgfonds....202
15.8 Sekswerkers....203
15.9 MKB-toets....203
15.10 Invoeringswet....204
16. Internationaalrechtelijke aspecten....205
16.1 De toepasselijkheid van Vo. 883/04 (inclusief bilaterale en multilaterale socialezekerheidsverdragen en de HSO)....205
16.2 Woonlandbeginsel....209
16.3 In het buitenland gevestigde verzekeraars....209

16.3.1 Kring van private verzekeraars..... 209
16.3.2 Verplichtingen voor zover opt-out beoogd..... 209
16.3.3 Toezicht op buitenlandse verzekeraars.....209
16.4 Caribisch Nederland.....210
16.5 VN-Verdrag Handicap.....210
16.6 Recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (privacy).....210
16.6.1 EVRM.....211
16.6.2 AVG en UAVG.....211
16.7 Mededinging en vrij verkeer.....213
16.7.1 Mededinging.....213
16.7.2 Vrij verkeer.....214
17. Financiële gevolgen.....215
17.1 Raming.....215
17.1.1 Uitgaven aan de regeling.....215
17.1.2 Berekening van het premiepercentage.....217
17.1.3 Effecten op andere regelingen..... 218
17.1.4 Stabiliteitsbijdrage.....218
17.2 Arbeidsmarkteffecten.....220
17.2.1 Mogelijke reacties en effecten als gevolg van de maatregelen.....220
17.2.2 Zelfstandigen gaan minder werken..... 221
17.2.3 Zelfstandigen gaan meer werken..... 222
17.2.4 Zelfstandigen passen hun arbeidsaanbod niet aan.....222
17.2.5 Verschuivingen naar andere typen arbeidsrelaties of rechtsvormen.....222
17.3 Effecten regeldruk.....224
17.3.1 Gevolgen regeldruk burgers/zelfstandigen.....225
17.3.2 Gevolgen regeldruk verzekeraars.....229
17.4 Inkomenseffecten.....231
17.5 Rentehobbelopslag.....234
17.6 Herstel- en Veerkrachtplan.....235
17.7 Overhevelen gelden ZEZ en introductie rijksbijdrage voor de WAZ.....236
17.8 Artikel 3.1 Comptabiliteitswet 2016..... 237
18. Evaluatie.....238
19. Ontvangen inbreng.....239
19.1 Internetconsultatie.....239
19.1.1 Probleem, doelen en noodzaak van het voorstel worden niet (altijd) onderschreven.....239

19.1.2 Reacties over het verplichte karakter van de verzekering....243
19.1.3 Reacties over alternatieven op de verzekeringsplicht....243
19.1.4 Gewenste uitzonderingen op de verzekeringsplicht....245
19.1.5 Gewenste verbreding van de verzekeringsverplichting....251
19.1.6 Vaststellen kring van verzekerden....251
19.1.7 Reacties over de te betalen premie....252
19.1.8 Reacties over de gekozen wachttijd....255
19.1.9 Reacties over de hoogte van de uitkering en het uitkeringsregime....257
19.1.10 Reacties over het gekozen arbeidsongeschiktheidscriterium....257
19.1.11 Reacties over preventie en re-integratie....261
19.1.12 Reacties over de opt-out....263
19.1.13 Reacties over de stabiliteitsbijdrage....265
19.1.14 Reacties over het overgangsrecht....266
19.1.15 Reacties inzake schenkkringen....269
19.1.16 Reacties inzake het afsluiten van de vrijwillige verzekering....269
19.1.17 Reacties inzake de consequenties voor het werken als ondernemer....270
19.1.18 Reacties over de regeldruk....270
19.1.19 Uitvoering door UWV en private verzekeraars....271
19.1.20 Gebrek aan maatwerk....272
19.1.21 Caribisch Nederland....273
19.1.22 Raakvlakken met pensioen(opbouw)....273
19.1.23 Raakvlakken met de bijstandswetgeving....274
19.1.24 Wft en het faciliteren van het afsluiten van een verzekering....276
19.1.25 Belang van informatieverstrekking....278
19.1.26 Betrokkenheid van groepen bij de totstandkoming van het wetsvoorstel....278
19.1.27 Overige kritische, gemengde en positieve reacties....278
19.2 UWV....279
19.2.1 Algemeen oordeel herijking uitvoeringstoets UWV....280
19.2.2 Capaciteit voor sociaal-medische beoordelingen....280
19.2.3 Vaststellen verzekeringsplicht....280
19.2.4 Gekozen arbeidsongeschiktheidscriterium....281
19.2.5 Franchise en beoordeling indien er zowel recht is op een WIA-uitkering als uitkering op grond van voorliggend voorstel....282
19.2.6 Later ontstaan en herleven van een uitkering....283
19.2.7 Opt-out en stabiliteitsbijdrage....284
19.2.8 Gegevensbescherming....286
19.2.9 Handhaving....286

19.2.10 Implementatietermijn, uitvoeringskosten en verzoek om herijking van uitvoeringskosten. .286
19.2.11 Overig.....287
19.3 Belastingdienst.....289
19.4 SVB.....290
19.5 Raad voor de rechtspraak.....290
19.6 Autoriteit Persoonsgegevens.....294
19.7 Adviescollege toetsing regeldruk.....295
19.8 AFM.....298
19.9 Raad voor de rechtsbijstand.....300
II. Artikelsgewijze toelichting.....300

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 in veel gevallen 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 bijdrage van in Nederland werkende zelfstandigen aan onze economie, en aan hun welzijn. Dat betekent ook dat de regering vindt dat zelfstandigen adequaat beschermd moeten zijn tegen het risico op 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 op zichzelf aangewezen 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, de Europese Commissie en de onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (OCTAS), 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 adequaat 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. Daardoor

[1] Kamerstukken II 2021/22, 29544, nr. 1112.

[2] WRR (2020). *Het betere werk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Paragraaf 3.2.

wordt de aard van het werk meer leidend voor de vorm waarin dit werk wordt gedaan, in plaats van institutionele verschillen. Het gelijker speelveld wordt met deze verplichtstelling ook tussen zelfstandigen onderling bewerkstelligd. 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 verminderd, 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 onder de in dit wetsvoorstel gestelde minimale voorwaarden de verzekeringsplicht privaat worden ingevuld.

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

1.2 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 overwogen alternatieven;
- Hoofdstuk 4 zet de kring van verzekerden uiteen die onder dit wetsvoorstel valt, 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 en herbeoordelingen;
- 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 en misbruik en oneigenlijk gebruik;
- 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 bevat overige aspecten;
- Hoofdstuk 16 ziet op de internationaalrechtelijke aspecten;
- Hoofdstuk 17 behandelt de financiële gevolgen van dit wetsvoorstel, inclusief arbeidsmarkteffecten en regeldruk;
- Hoofdstuk 18 ziet op de voorgenomen evaluatie;
- Hoofdstuk 19 behandelt de ontvangen inbreng op dit wetsvoorstel.

1.3 Aanleiding voor dit wetsvoorstel

1.3.1 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

[3] Kamerstukken II 2019/20, 32043, nr. 457.

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 (werknemers en zelfstandigen) en werkgevenden (werk- en opdrachtgevers), waardoor een gezamenlijk advies van sociale partners gedragen wordt door een belangrijk deel van de samenleving.

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 weerklank gevonden in het regeerprogramma van het kabinet Schoof. Daarin is afgesproken dat er een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen komt. Daarbij zijn als doelstellingen opgenomen dat de verzekering oneerlijke concurrentie moet tegengaan en te grote inkomensrisico's voor individuen moeten worden voorkomen. Ook in het coalitieakkoord "Aan de slag" is het voornemen opgenomen van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen, waarmee een belangrijke stap wordt gezet naar een toekomstbestendig stelsel waarmee zelfstandigen re-integratievoorzieningen worden geboden, naast een zeker en fatsoenlijk vangnet.

Het voorliggende wetsvoorstel is de uitwerking van deze afspraken uit het regeerprogramma. In de Kamerbrief hoofdlijnen arbeidsmarkt[6], Voortgangsbrief over werken met en als zelfstandige(n)[7], de Kamerbrief voortgang uitwerking arbeidsmarktpakket[8] en verschillende andere brieven[9] 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 verschillende stadia, onder andere in overleg met sociale partners en uitvoeringsorganisaties, zijn gemaakt.

1.3.2 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

[4] Stichting van de Arbeid (2020). *Keuze voor zekerheid*.

[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] Kamerstukken II 2023/24, 25883-31311, nr. 486, Kamerstukken II 2024/25, 25883-31311, nr. 278, Kamerstukken II 2024/25, 31311, nr. 292.

komt in een verkenningsstudie van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in 2017 de kwestie van het ontbreken van een collectieve arbeidsongeschiktheidsvoorziening voor zelfstandigen aan bod.[10] 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.[11]

Het blijft niet bij het signaleren van zorgpunten. Het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) "Zelfstandigen zonder personeel" beschrijft in 2015 een aantal beleidsopties om de verzekeringsgraad tegen het risico van arbeidsongeschiktheid onder zelfstandigen te verhogen.[12] Het IBO stipt 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.[13] 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 verzekeraars stellen aan een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dat de zelfstandigen 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 uitbrengen van 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 toenmalige regering ook heeft onderkend.[14] Een gecombineerde verzekering zou bovendien een stelselverandering met zich meebrengen waarvan de uitwerking en implementatie te lang zou duren. Daardoor zouden

[10] WRR (2017). *Voor de zekerheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

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

[12] Rijksoverheid (2015). *IBO Zelfstandigen zonder personeel*.

[13] Commissie Regulering van werk (2020). *In wat voor land willen wij werken*?

[14] Zie paragraaf 3.4.

zelfstandigen te lang zonder adequate mogelijkheden voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering zitten. De Stichting zag 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, wordt geadviseerd 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 52 weken wachttijd na de eerste ziektedag voordat er recht bestaat op uitkering als standaardoptie, maar hebben zelfstandigen (eenmalig) de mogelijkheid om deze bij te stellen naar een 26 weken of 104 weken. Deze keuze heeft invloed op de te betalen premie, die daarmee ook gedifferentieerd wordt.
- 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 gaat uit van budgetneutraliteit.

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, en het overleg daarover, 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, schijnzelfstandigheid aanpakken en prikkels om gebruik te maken van flexibele of tijdelijke contracten verminderen*".[15] 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 (EU; maatregel 4.1H2).[16]

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:

[15] *Aanbeveling van de Raad van de Europese Unie over het nationale hervormingsprogramma 2019 van Nederland en met een advies van de Raad over het stabiliteitsprogramma 2019 van Nederland* (juli 2019). Geraadpleegd op 1 februari 2026. Bron: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10172-2019-INIT/nl/pdf. *Aanbeveling van de Raad van de Europese Unie over het economisch beleid van Nederland en met een advies van de Raad over het stabiliteitsprogramma 2022 van Nederland* (juni 2022). Geraadpleegd op 1 februari 2026. Bron: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9766-2022-INIT/nl/pdf (2022).

[16] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/10/10/definitief-nederlands-herstel-en-veerkrachtplan.

- 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, daarmee 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. Omdat 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 in voldoende mate 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 alleen 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[17] of via een schenkkring.[18] 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 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

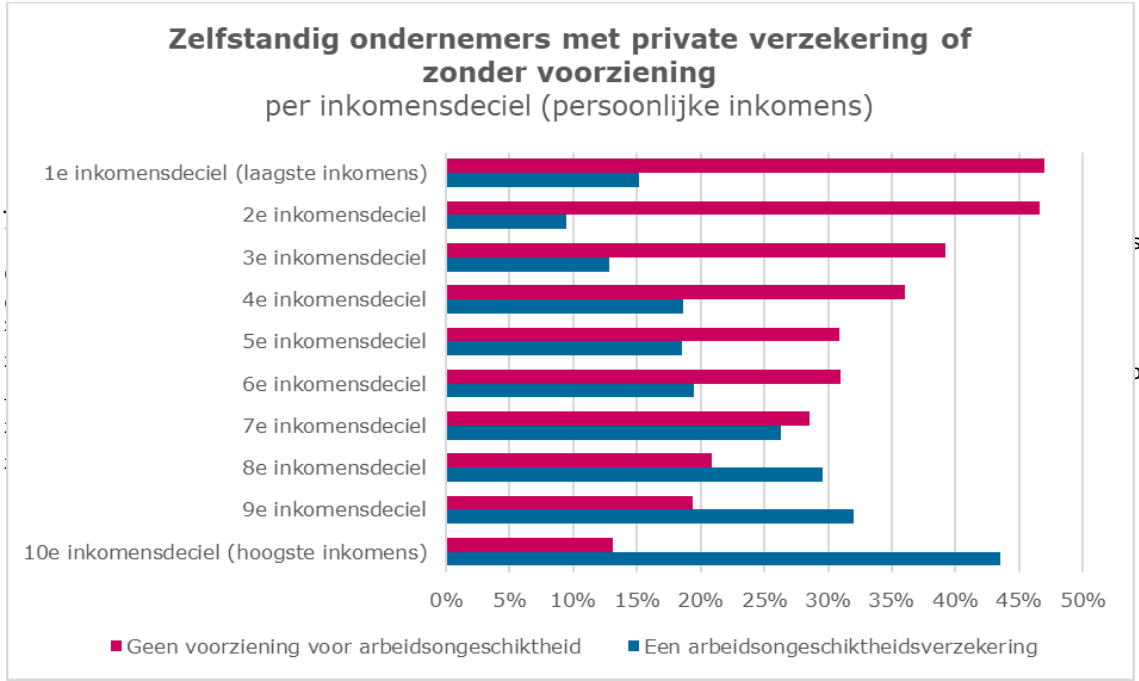
door arbeidsongeschiktheid te hebben, en welke voorzieningen dat zijn.[19]

Hieruit blijkt dat ongeveer een kwart van de zelfstandigen 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 kwart van de zelfstandigen helemaal geen voorziening voor arbeidsongeschiktheid. Deze groep loopt daarmee het grootste risico op een sterke inkomensterugval.
Tussen deze twee groepen in bevinden zich 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.[20] Onder huishoudens waarvoor de winst van zelfstandig ondernemerschap de voornaamste inkomensbron vormt, lag in 2020 het mediaan vermogen (exclusief eigen woning) met circa 55 duizend euro ver onder dit niveau.[21]

Onderliggend zijn er flinke verschillen in de manieren waarop, en mate waarin verschillende groepen zelfstandigen zijn beschermd tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid. Zo zijn mannen (30%) vaker privaat verzekerd dan vrouwen (21%) en hebben vrouwen (31%) vaker dan mannen (25%) geen enkele voorziening. Ook heeft de leeftijdsgroep 55+ minder vaak een private verzekering (19%), ten opzichte van de leeftijdsgroep 15-44 (30%).[22]

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 aangeeft privaat verzekerd te zijn en het percentage dat aangeeft geen enkele voorziening te hebben voor arbeidsongeschiktheid.[23] 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. Pas indien een zelfstandige een laag inkomen heeft, geen partner en geen of beperkt vermogen, biedt deze verzekering geen ruimer vangnet dan de bijstand.[24]

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 2025 73%. Daarbij moet worden opgemerkt dat de stijging van de laatste jaren komt doordat meer zelfstandigen een alternatieve voorziening hebben, zoals spaargeld of beleggingen. De private verzekeringsgraad van zelfstandigen schommelt de laatste jaren rond hetzelfde niveau: 26% in 2019, 25% in 2021 en 27% in 2025.

Deze cijfers baren de regering zorgen. Buitenhuis concludeerde bovendien dat juist de zelfstandigen met het minste vermogen, ook vaak niet verzekerd zijn.[25] 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.[26] 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.[27]

[24] Het CPB suggereerde op basis van gegevens over 2006 tot 2013 dat ongeveer een kwart van de zelfstandigen er niet of in beperkte mate op vooruit gaat met een verplichte verzekering op sociaal minimumniveau, omdat de bijstand ongeveer hetzelfde beschermingsniveau biedt.

[25] M. Buitenhuis (2020). *Zelfstandigen met weinig vermogen ook vaak niet verzekerd*. ESB 105 (4782).

[26] SEO (2014). *Nieuw ontwerp sociaal beleid*. Amsterdam: SEO economische onderzoek. P. 13.

[27] Bron: CBS/TNO

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 op de lange termijn geen volwaardige alternatieven voor een verzekering; 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 zelfstandigen van rechtswege verzekerd waren tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico. De premisse van het afsluiten van de toegang tot de WAZ in 2004 was dat deze zelfstandigen zelf de weg naar de private markt zouden weten te vinden. Daarbij had zo'n 46% van de zelfstandigen zonder personeel bovenop de WAZ een aanvullende private verzekering.[28]

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.[29] 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.[30] 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 subparagraaf. Anderzijds speelt dat arbeidsongeschiktheid een risico is dat voor de meeste mensen slecht te bevatten en in te schatten is.[31] 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[32] – 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.[33] Bovendien geldt dat niet verzekerd zijn op de korte termijn – en bij uitblijven van arbeidsongeschiktheid ook op de

[28] APE (2009). *Evaluatie Einde WAZ*. Den Haag: APE. P. 26.

[29] Zie paragraaf 3.6.1.

[30] Zie onder meer de toelichting bij het Wetsvoorstel verduidelijking beoordeling arbeidsrelaties en rechtsvermoeden.

[31] 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.

[32] In voorliggend wetsvoorstel wordt met de term AOW-gerechtigde leeftijd hetzelfde bedoeld als met de term pensioengerechtigde leeftijd.

[33] Verbond van Verzekeraars (2010). *Maximale toegang voor zelfstandigen*.

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 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.[34] Hiermee kan deels 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.[35]

Onderstaande figuur toont overkoepelend de redenen die zelfstandigen die zich niet verzekeren tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico, zelf aandragen.[36]

[34] Thaler R. en Sunstein, C. (2009). *Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness*. Penguin Books: London.

[35] Zie SEO (2019). *Keuzes in sociale zekerheid*. Amsterdam: SEO economisch onderzoek. P. 17.

[36] Zelfstandigen Enquête Arbeid 2025.

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.[37] 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. Mede daarom zien zij af van het afsluiten van een verzekering.[38] 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 (medisch) onderzoek ondergaan, voordat een verzekering kan worden afgesloten. Daarbij speelt eveneens dat bij het intreden van de arbeidsongeschiktheid, zelfstandigen als uiterste vangnet nog kunnen terugvallen op de bijstand.

[37] 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.

[38] SEO (2014). *Nieuw ontwerp sociaal beleid*. Amsterdam: SEO economische onderzoek.

Zelfstandigen geven tevens aan dat zij bang zijn voor de voorwaarden in de verzekeringspolis.[39] Zij sluiten niet uit dat als wel een verzekering is afgesloten er toch na het ziek worden een uitzonderingsclausule van toepassing is, waardoor 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.[40]

Uit het voorgaande kan de conclusie worden getrokken dat als zelfstandigen op zichzelf zijn aangewezen 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 juist is gebleken.

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.[41] 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, uitsluitend 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 2025 gaf zo'n 7,9% van de zelfstandigen aan geen verzekering te kunnen krijgen vanwege leeftijd en/of gezondheid. Gegevens van het Verbond van Verzekeraars schetsen een gelijksoortig beeld. Bij benadering tussen de 6% en 6,5% van de zelfstandigen die een private verzekering aanvragen, zijn (medisch) onverzekerbaar.[42] Dat houdt in dat deze groep zelfstandigen ook niet met een opslag op de premie, met

[39] WRR (2020). *Het betere werk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. P. 68.

[40] Zie ook paragraaf 17.4 en SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

[41] 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.

[42] Kamerstukken II 2022/23, 36410-XV, nr. 12, vraag en antwoord 174.

een technische eindleeftijd of een beperking op de dekking (uitsluiting van bepaalde ziektebeelden) door een private verzekeraar geaccepteerd wordt.[43]

Daarnaast heeft de verzekeraar geen acceptatieplicht. Bij het afsluiten van de private verzekering is de zelfstandige gehouden om de door verzekeraars gevraagde 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.

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 deze verzekering binnen vijftien maanden na de start als ondernemer moet aanvragen. Mede hierdoor wordt de weg naar die verzekering beperkt gevonden en biedt deze maar beperkt soelaas.[44]

Tot slot is er voor een kleine groep zelfstandigen de mogelijkheid om een vrijwillige verzekering bij UWV af te sluiten. Deze verzekering kent geen voorafgaande medische beoordeling, waarna de zelfstandige wel of niet wordt toegelaten tot de verzekering. 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.[45] 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 UWV zijn aanmeldtermijnen verbonden. Die aanmeldtermijnen verhouden zich echter slecht tot het in de vorige subparagraaf gesignaleerde uitstelgedrag. Het loslaten van deze aanmeldtermijnen lijdt echter tot averechtse selectie.[46] 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 naar een jaar van de aanmeldtermijn voor de publieke vrijwillige verzekering.[47]

De bovenstaande beperkingen van het huidige stelsel zijn de logische gevolgen van de toen 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 van 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 (door de genoemde voorwaarde dat betrokkene in loondienst moet hebben gewerkt, en de daaraan verbonden aanmeldtermijnen). Des te meer omdat dit probleem vaak mensen treft die een verhoogd arbeidsongeschiktheidsrisico hebben – door hun medische

[43] 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.

[44] Kamerstukken II 2018/19, 29544, nr. 854.

[45] Artikelen 18 en 19 Wet WIA.

[46] Averechtse selectie is het proces waarbij “slechte” risico’s de “goede” risico’s van de markt verdrijven.

[47] Kamerstukken II 2013/14, 29544, nr. 512.

omstandigheden, dan wel door het werk dat zij doen. Zij hebben daardoor een 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.

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 ongewenste 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. Doordat zelfstandigen met dit voorstel van rechtswege verzekerd worden – er geldt in de publieke verzekering geen acceptatieplicht zoals in de private verzekeringsmarkt gangbaar is –, is toegang tot een verzekering een gegeven.

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 gezien als problematisch. Immers, daardoor ontstaat ongewenste concurrentie tussen zelfstandigen en werknemers op de kosten die horen bij de vorm waarin het werk wordt gedaan en dus niet gebaseerd op de kwaliteit-prijsverhouding van het werk dat wordt geleverd. 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 het betalen van sociale premies. Het IBO wijst erop dat deze oneerlijke concurrentie het maatschappelijk draagvlak onder het socialezekerheidsstelsel mogelijk onder druk kan zetten.[48] 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 de 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. Ten slotte doet de WRR 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.[49]

[48] 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.
[49] WRR (2020). *Het betere werk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. P. 26.

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 de werkende dat werk verricht in loondienst. Zo wordt het voor werkenden aantrekkelijker om werk als zelfstandige te verrichten, en voor werkgevenden om te kiezen voor 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.

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. Ook is de fiscale oudedagsreserve afgeschaft. De regering wil niet alleen via de fiscale behandeling het ongelijke speelveld verkleinen, nu ook het IBO "Zelfstandigen zonder personeel" en de Commissie Regulering van Werk zowel wijzen op de fiscale áls de sociale behandeling. 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.

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,[50] 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 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 levert ook een bijdrage 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 te grote kostenverschillen tussen werknemers en zelfstandigen op het vlak van het ziekte- en arbeidsongeschiktheidsrisico. Dat de regering die wil verminderen, 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

[50] Sinds 2025 is het handhavingsmoratorium opgeheven.

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 (Wazo). 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. De kern van het ondernemerschap is immers dat ondernemers risico's dragen voor eigen rekening, terwijl de 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.

De fundamentele verschillen tussen zelfstandig ondernemerschap en werknemerschap bieden daarbij 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 verzekering kunnen kiezen en een mate van risico 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 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.[51] 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 diens eventuele partner ook geen inkomen of vermogen heeft, kan diegene 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.[52] Hoewel deze inschatting wat ouder is, heeft de regering geen reden

[51] Zelfstandigen Enquête Arbeid 2025. Het gaat hier om het deel zelfstandigen dat daadwerkelijk een arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft.

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

om aan te nemen dat deze situatie substantieel is gewijzigd, en daarmee is deze inschatting indicatief voor de huidige tijd. Dit maakt onverzekerde zelfstandigen kwetsbaar en vergroot de kans op armoede.[53]

Niet alleen voor zelfstandigen zelf is de bijstand bij arbeidsongeschiktheid een onzeker vangnet. Ook voor de samenleving is deze constructie nadelig. In plaats van zelf de kosten te betalen om het risico op arbeidsongeschiktheid af te dekken, wentelen het gros van de zelfstandigen de facto de risico's van arbeidsongeschiktheid af op hun eigen opgebouwde vermogen, de inkomenspositie van 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 € 145 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.[54] Hiermee bestaat het risico dat het draagvlak onder het socialezekerheidsstelsel wordt uitgehold.

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 vormgeving 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 paragrafen wordt de samenhang met andere beleidsmaatregelen behandeld en de samenhang met de mismatch tussen vraag en aanbod inzake sociaal-medische beoordelingen.

3.2 Doelen van de maatregel

Dit wetsvoorstel beoogt de in het vorige hoofdstuk 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 hier opvolgende paragraaf). Hierbij gelden ook de in de Kamerbrief Voortgang uitwerking arbeidsmarktpakket genoemde

[53] Kamerstukken II 2020/21, 29544, nr. 960.

[54] Kamerstukken II 2015/16, 31311, bijlage bij nr. 154, p. 59.

voorwaarden dat de verzekering uitlegbaar, uitvoerbaar en betaalbaar moet zijn, en tijdig moet kunnen worden ingevoerd.[55]

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 randvoorwaarde is op punten anders vormgegeven dan in de Wet WIA (waar het als beleidsdoelstelling is vormgegeven), omdat onder andere de verhouding (voormalig) werkgever – werknemer 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 zelfstandigen een verzekering kunnen afsluiten die in overwegende mate past bij zijn of haar behoeften en wensen. Dat gaat niet alleen om betaalbare verzekeringen die passen bij de financiële situatie van de zelfstandige, maar ook om verzekeringen die passen bij de wensen van de zelfstandige als het aankomt op dekking en voorwaarden. Afhankelijk van medische status, het 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 wordt.

Daarnaast kent dit voorstel een zogeheten franchise, waarbij voor de premie- en uitkeringsgrondslag van dit wetsvoorstel, inkomsten uit loondienst in mindering wordt gebracht.[56] Op deze manier speelt dit wetsvoorstel ook in op de verzekeringsbehoefte van zelfstandigen.

Betaalbaarheid
Een arbeidsongeschiktheidsverzekering is waardevol, maar kan voor zelfstandigen een grote kostenpost zijn. Daarom is het van belang dat er dat er een betaalbare basisverzekering beschikbaar moet zijn voor alle verzekerden.
Daarnaast kan voor een zelfstandige 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 een verzekering toegankelijk is, waarbij zelfstandigen onderling solidair met elkaar zijn. Op deze wijze dragen de gezondste 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 de zelfstandige ervoor terugkrijgt.

De verzekering moet ook betaalbaar zijn voor de samenleving. Daarom hecht de regering eraan om deze verzekering budgetneutraal in te richten. Dat houdt in dat er evenveel premie moet worden geheven, als er aan uitkeringen en uitvoeringskosten wordt uitgegeven. Een lastendekkende premie draagt tevens bij aan het bereiken van het gelijke speelveld tussen zelfstandigen en werknemers.

Uitlegbaarheid
Een randvoorwaarde is dat de inrichting van deze verzekering uitlegbaar is aan zelfstandigen specifiek, en aan de samenleving in den brede. Dat betekent dat zelfstandigen moeten kunnen begrijpen hoe de

[55] Kamerstukken II 2022/23, 29544, nr. 1176.
[56] Zie nader paragraaf 5.6.

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 Wet 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. 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, het rapport van de Staatscommissie Rechtstaat en het rapport Werk aan Uitvoering.[57]

Hoewel in de vormgeving van dit voorstel uitdrukkelijk rekening is gehouden met de uitvoerbaarheid, staat vast dat de uitvoering van het gehele arbeidsongeschiktheidsstelsel onder druk staat.[58] Het is duidelijk dat, als dit wetsvoorstel op het moment van schrijven van deze memorie van toelichting in werking zou treden, dit de druk op de uitvoering verder zou verhogen. Daarom geldt dat er ruimte in de uitvoering van het huidige arbeidsongeschiktheidsstelsel moet worden gecreëerd, zodat er ruimte ontstaat voor voorliggend voorstel.

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 in werking kan treden. In 2022 heeft het (toenmalige) 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. De uiteindelijke datum van inwerkingtreding hangt daarom samen met de vraag wanneer de uitvoerders deze verzekering kunnen uitvoeren.

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. Zoals uit de hiernavolgende hoofdstukken van deze toelichting zal blijken, resulteert dit in een verzekering die een redelijk beperkte (basis)dekking biedt, maar waarbij veel rekenschap is gegeven aan de betaalbaarheid, uitvoerbaarheid en de ruimte om als zelfstandige zelf verdere invulling te geven aan de wijze waarop met het arbeidsongeschiktheidsrisico wordt omgegaan. Een ruimere dekking zou weer ten koste gaan van genoemde randvoorwaarden.

[57] Rijksoverheid (2023). *IBO Vereenvoudiging sociale zekerheid*. Staatscommissie Rechtsstaat (2024). *De gebroken belofte van de rechtsstaat*. ABDTOPConsult (2019). *Werk aan uitvoering. Fase 1: Probleemanalyse*.
[58] Zie paragraaf 3.8.

Naast de in deze paragraaf expliciet genoemde randvoorwaarden, gelden volgens kabinetsbeleid ook de reguliere uitgangspunten voor goede regelgeving, zoals ook opgenomen in het zogeheten Beleidskompas.[59]

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 blijkt onder andere uit het advies van de Stichting van de Arbeid.[60] 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.[61] Daaruit voortvloeiend geldt dat zij vaker te maken krijgen met fluctuaties in inkomen, en deze ook accepteren.[62] Van hen mag verwacht worden dat ze hun onderneming daar op inrichten. 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 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 wettelijk 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 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 7.2.

Bovendien geldt dat zelfstandigen meer dan werknemers geacht worden 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 –het CPB geeft aan dat met de sterke groei van zelfstandigen het klassieke onderscheid tussen de risicomijdende werknemer en de ondernemende risico-avers zelfstandigen minder evident is geworden[63] – 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 zoals het risico op arbeidsongeschiktheid. Zelfstandigen blijken bij het kiezen voor een verzekering minder vaak de voorkeur te geven aan de

[59] Bijvoorbeeld aandacht voor doenvermogen.

[60] Stichting van de Arbeid (2020). *Keuze in zekerheid*.

[61] Ekelund e.a. (2005). *Self-employed and risk aversion – evidence from psychological test data*. Labour Economics 12 (2005).

[62] Idem.

[63] CPB (2016). *Zelfstandigen en arbeidsongeschiktheid*. Policy Brief 2016/11. Den Haag: Centraal Planbureau. P. 4.

standaardoptie, en vaker een product op maat selecteren.[64] 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.[65] Bovendien zorgt een vormgeving met een lage premie ervoor dat er een sterke prikkel is voor zelfstandigen om weer aan het werk te gaan als dat mogelijk is, omdat deze lage premie correspondeert met een beperkte dekking.

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 te hanteren.

Dit is anders bij werknemers. Niet alleen zijn zij in sterkere mate risico-avers, maar ze hebben ook per definitie een werkgever. Historisch is een vangnet gegroeid waarbij in de dialoog tussen werknemer(sorganisaties) en werkgever(sorganisaties), 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 hogere bescherming te bieden.

Deze verschillen in wensen voor een invulling van het stelsel voor arbeidsongeschiktheid en ziekte vragen om 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 zodat niet afgedaan wordt aan de kansen 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.

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 eerder een optimale schaal becijferd van minimaal één miljoen verzekerden.[66] Aan deze schaal wordt ook in een afzonderlijke verzekering, zoals in dit wetsvoorstel alleen voor IB-ondernemers, voldaan.[67]

---

[64] Zoals vastgesteld door het Nibud in onderzoek naar levensverzekeringen. Nibud. (2010). *Hoe zoekt de consument een financieel advies*? Utrecht: Nibud.

[65] Zie SEO (2019). *Keuzes in sociale zekerheid*. Amsterdam: SEO economisch onderzoek. P. 17.

[66] 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.

[67] Zie paragraaf 4.2.

Er kleven uiteraard ook nadelen aan deze keuze voor separate stelsels. Zo sluiten de twee stelsels minder goed aan voor 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, heeft deze te maken met verschillende verplichtingen en rechten. Het hanteren van een franchise – zie paragraaf 5.6 voor een nadere toelichting – kan dit ten dele voorkomen; voor hybride werkenden die minder dan 142,86% van het wettelijk minimumloon aan loon uit dienstbetrekking verdienen, zullen desalniettemin te maken krijgen met twee stelsels.

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 verplichte publieke verzekering, met de mogelijkheid tot een opt-out. Daarmee ontstaat een duaal stelsel. Zelfstandigen hebben de keuze of zij gebruik maken van de publieke verzekering, of dat zij kiezen voor een private verzekering. Voor de private verzekering geldt daarbij geen acceptatieplicht, voor de publieke verzekering wel.

Het duale stelsel zorgt ervoor dat geborgd is dat alle zelfstandigen verzekerd zijn tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico,[68] 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 controle geeft. Het draagvlak van zelfstandigen voor een verzekering wordt ook groter als er sprake is van (zoveel mogelijk) keuzevrijheid, laat onderzoek zien.[69]

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 niet de gewenste maatschappelijke uitkomsten. Zowel omdat te weinig zelfstandigen toereikend verzekerd zijn tegen het risico op arbeidsongeschiktheid, als dat het ongelijke speelveld niet wordt weggenomen zonder beperking van de keuzevrijheid.

Het bieden van keuzemogelijkheden in een duaal stelsel vraagt om een inrichting waarbinnen de balans in het stelsel wordt geborgd. Dat komt voort uit de verschillende wijzen waarop publieke en private

[68] 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.
[69] B. Ter Weel, H. Bussink & J. van Kesteren (2021). *Keuzevrijheid verhoogt draagvlak voor arbeidsongeschiktheidsverzekering*. ESB 106 (4798).

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 men van rechtswege verzekerd, en wordt een omslagstelsel gehanteerd. Publiek verzekerden betalen samen de premies om de (op dat moment) 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 (dat is de fase waar de regeling helemaal is ingegroeid), anderzijds in de opbouwfase richting die structurele fase. In de opbouwfase leidt dit tot het hanteren van een rentehobbelopslag op de publieke premie[70] om zo een gelijk speelveld tussen de publieke en private verzekeringsmarkt te bewerkstelling. Om het duale stelsel structureel houdbaar te houden, wordt de keuzevrijheid ingeperkt door een toetsingskader en daarnaast beprijsd, zodat de publieke verzekering ook stabiel blijft.[71]

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 hoofdstuk 13.

In de vormgeving van het duale stelsel is ervoor gekozen om de privaatrechtelijke verhouding tussen verzekerde en verzekeraar uitsluitend aan minimumeisen te onderwerpen, en zuiver privaatrechtelijk te houden. Een andere optie was geweest om UWV een grotere rol toe te dichten. Voor het eigenrisicodragerschap voor de WGA (Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten) geldt immers dat UWV de claimbeoordeling verricht, het enige orgaan is dat bestuurlijke boetes kan opleggen en in situaties de betaling van de uitkering kan overnemen van de eigenrisicodrager. Een dergelijke vormgeving heeft ook het voordeel dat de rechtsbescherming voor alle verzekerden onder de WGA gelijk is: zowel besluiten van UWV alsook de besluiten van de eigenrisicodrager zijn besluiten in de zin van de Awb. De eigenrisicodrager is in die zin ook bestuursorgaan.

De regering kiest niet voor deze vormgeving. De keuze voor het stelsel zoals in de WGA gaat gepaard met de keuze dat de private verzekering inzake de polisvoorwaarden grotendeels gelijk is aan de publieke verzekering. Er zijn dan geen mogelijkheden om in een integrale verzekering een ruimere dekking te bereiken: een zelfstandige die bijvoorbeeld wenst een verzekering af te sluiten waarbij dekking wordt geboden tegen beroepsarbeidsongeschiktheid, zal dan immers zowel te maken krijgen met UWV als met een private verzekeraar. Dit nadeel weegt de regering zwaar. Verschillen die daardoor ontstaan in rechtsbescherming, waarbij een privaat verzekerde zelfstandige dezelfde toegang met dezelfde waarborgen verkrijgt als een publieke verzekerde, acht de regering van ondergeschikte orde.

Verdere vormgeving op hoofdlijnen
In de volgende hoofdstukken wordt de precieze uitwerking van dit voorstel toegelicht. Op deze plek wordt volstaan met de verdere kernelementen op hoofdlijnen, met verdere verwijzing voor toelichting naar betreffende hoofdstukken:

- De kring van verzekerden omvat de zelfstandig ondernemer (de IB-ondernemer), zowel zonder als met personeel (paragraaf 4.2). Daarmee geldt dit voorstel voor de meeste zelfstandigen.
- De belangrijkste kenmerken van het recht op en de hoogte van de publieke uitkering zijn de volgende. Recht op uitkering krijgt de publiek verzekerde die:

[70] Zie paragraaf 17.5.
[71] Zie hoofdstuk 10.

    - door ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling niet in staat is om met arbeid een inkomen te verkrijgen ter hoogte van het wettelijk minimumloon op maandbasis (paragraaf 5.2);
    - de wachttijd van 104 weken heeft doorlopen (paragraaf 5.3).
- De hoogte van de uitkering is maximaal het wettelijk minimumloon (hoofdstuk 6).
- UWV is naast claimbeoordelaar en uitkeringsverstrekker ook aanbieder van re-integratiedienstverlening voor publiek verzekerden (paragraaf 8.2).
- De Belastingdienst heft en int premie bij de publiek verzekerden (hoofdstuk 9).

Voor de kenmerken van de uitkering kiest de regering omdat dit aansluit bij de mate van bescherming die zij passend acht, en de betaalbaarheid en uitvoerbaarheid van de verzekering. Tegelijkertijd betekent dit dat zelfstandigen die beperkte financiële middelen hebben om de wachttijd te overbruggen, alsnog gebruik moeten maken van een voorziening om de eerste 104 weken van ziekte te overbruggen, en betekent dit ook dat de inkomensterugval voor de zelfstandigen met een veel hoger inkomen dan de maximale grondslag maar gedeeltelijk wordt beperkt. Daardoor zou de vraag kunnen worden gesteld of de gehele vormgeving van dit voorstel niet resulteert in een verzekering die te weinig toegevoegde waarde creëert ten opzichte van de thans geldende bijstand. De regering is echter van oordeel dat met de huidige vormgeving voor veel zelfstandigen een uitkering wordt bereikt die de inkomensterugval beperkt, zowel in duur als in hoogte; terwijl diezelfde vormgeving alsnog betaalbaar en uitvoerbaar is.

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***[72]
Stichting van de Arbeid, na overleg met zelfstandigenorganisaties	• Arbeidsvormafhankelijke verzekeringsstelsels; • Duale uitvoering.
SER-MLT[73]	Conform advies van de Stichting van de Arbeid.
Commissie Regulering van Werk[74]	• Uniforme basisregeling voor alle werkenden; • Publieke uitvoering.
AWVN[75]	• Uniforme basisregeling voor sociale zekerheid voor alle werkenden; • Private uitvoering.
WRR[76]	• 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[77]	• Volksverzekering voor alle ingezetenen, waarvoor voor werkenden een aanvulling conform de Ziektewet (ZW) en Wet WIA kan

[72] 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.

[73] SER (2021). *Zekerheid voor mensen, een wendbare economie en herstel van de samenleving*. Advies 21/08. Den Haag: Sociaal Economische Raad. P. 24.

[74] Commissie Regulering van werk (2020). *In wat voor land willen wij werken*? P. 80.

[75] AWVN (2014). *Een verantwoorde weg naar groei*. Den Haag: AWVN. P. 5.

[76] WRR (2020). *Het betere werk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. P. 26.

[77] VAAN-VvA expertgroep (2019). *Wetboek van werk 2025*. p. 33-34.

	worden opengezet. • Private uitvoering.
OESO[78]	• Basisverzekering voor alle werkenden. • De OESO doet geen uitspraak over de wijze van uitvoering.
Europese Commissie[79]	In haar landenspecifieke aanbevelingen geeft de Europese Commissie de aanbeveling om de sociale bescherming van zelfstandigen te verbeteren.
Verschillende zelfstandigenorganisaties (Vereniging Zelfstandigen Nederland[80], Werkvereniging[81])	• Basisverzekering voor alle werkenden. • Er wordt geen uitspraak gedaan over de wijze van uitvoering.
De onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel[82]	• 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 alternatieven bestaan. Hieronder gaat de 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.

[78] OECD Economic Surveys: Netherlands 2018 (juli 2018). Geraadpleegd op 1 februari 2026. Bron: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2018/07/oecd-economic-surveys-netherlands-2018_g1g906ab/eco_surveys-nld-2018-en.pdf, p. 13.

[79] 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.

[80] VZN (2021). *Onze visie op een moderne arbeidsmarkt met volop ruimte en zekerheid voor zelfstandig ondernemers*.

[81] Reactie Werkvereniging plannen (toenmalig) kabinet mei 2023.

[82] Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2024). *Toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel*.

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.[83] 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,[84] 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 Algemene Ouderdomswet (AOW) of de kinderbijslag), waarbij niet of maar beperkt wordt gekeken naar inkomen, vermogen of huishoudsamenstelling. Een volksverzekering tegen arbeidsongeschiktheid zal daarom naar zijn aard in beginsel voor iedereen 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.

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 op het moment dat een dergelijk stelsel eenmaal is ingevoerd. 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, dan wel het opvolgend en afwisselend werken als werknemer of ondernemer.

De eenvoud van de volksverzekering brengt echter ook nadelen ten opzichte van een afzonderlijk stelsel voor zelfstandigen met zich mee. Deze nadelen hangen sterk samen met het feit dat de volksverzekering

[83] CDA-verkiezingsprogramma 2017-2021 (2017). *Keuzes voor een Beter Nederland*. P. 92.

[84] Belastingplan 2023.

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 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 de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Dat is in een volksverzekering eigenlijk niet goed mogelijk. Ook inactieven zijn immers 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.[85] 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.

Verlies van rechten voor werknemers
Dat een volksverzekering gewoonlijk 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. 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

[85] Ook voor de wijziging van de Wajong per 2015 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.

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 104 weken van ziekte van de werknemer. Daaraan zou het voorstel van een volksverzekering niet per definitie 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: de werkgever kan kiezen het eigen risico te dragen voor deze lasten, of een premie te betalen waarna deze lasten door UWV worden gedragen. Deze premie is – al naar gelang van de grootte 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.[86]

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 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.[87] 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.

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 een beperkte daling van de werkgelegenheid, tot 0,2%.[88]

Beslag op de uitvoeringsdiensten
Tot slot geldt dat de invoering van een volksverzekering, die de bestaande systematiek voor werknemers

[86] Vgl. CPB (2020). *Kansrijk arbeidsmarktbeleid, update sociale zekerheid*. Den Haag: Centraal Planbureau. Paragraaf 4.2.

[87] 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 welke inkomstenbron als eerste premie moet worden geheven en welk gedeelte van het inkomen niet in de premieheffing wordt meegenomen.

[88] Vgl. CPB (2020). *Kansrijk arbeidsmarktbeleid, update sociale zekerheid*. Den Haag: Centraal Planbureau. Paragraaf 4.2.

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.[89] Vergeleken met de invoering van een afzonderlijke verplichte verzekering voor zelfstandigen naast het bestaande stelsel voor werknemers, vormt het stelsel voor alle werkenden potentieel een eenvoudiger stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid. De vormgeving is naar verwachting echter complexer dan bij een volksverzekering.

Er is niet één vormgeving voor een stelsel voor alle werkenden. Zo stelden de Commissie Regulering van Werk en OCTAS in de variant “Basis voor werkenden” een basisverzekering voor die alle werkenden basisinkomenszekerheid biedt, met een verplichte aanvulling van de werknemersverzekeringen voor werknemers. Ook kan worden overwogen om alléén een basisverzekering verplicht te stellen aan alle werkenden, en eventuele aanvullingen aan de private markt te laten.[90] De onderstaande voor- en nadelen moeten daarom met name worden gelezen als afruilen die in meer of mindere mate voorkomen, afhankelijk van de precieze vormgeving voor een stelsel voor alle werkenden.[91]

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 (ROW) 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.[92] 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.[93] In 2019 genoot ongeveer 35% van de IB-ondernemers zowel winst uit

[89] 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.

[90] Vgl. C.H. de Jong. *Privatisation in practice*. Amsterdam (2018). Onder andere p. 360-362.

[91] Als voorbeeld: De Jong (2018) stelt een uniforme basisverzekering voor, zonder verplichte aanvulling voor werknemers. Deze vorm sluit het best aan bij een arbeidsmarkt waarbij mensen vaker wisselen van arbeidsvorm, maar zal gevolgen hebben voor de dekking van werknemers. De Commissie Regulering van Werk stelt ook een basisverzekering voor, plus een verplichte aanvulling voor werknemers. Deze draagt minder bij aan een arbeidsmarkt waarbij mensen vaker wisselen van arbeidsvorm, maar kent wel een ruimere dekking voor werknemers.

[92] 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.

[93] 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.

onderneming als loon uit dienstbetrekking.[94] 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 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.[95] 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.[96]

De Commissie Regulering van Werk heeft bij de keuze voor een stelsel voor alle werkenden mede in overweging genomen dat er een aantal negatieve aspecten aan een afzonderlijk stelsel voor zelfstandigen kleven. De Commissie noemt dat uit ervaringen uit andere landen volgt dat een afzonderlijk stelsel kan leiden tot versnippering van uitkeringsrechten, maar ook tot administratieve problemen, vertragingen en verlies van opgebouwde uitkeringsrechten.[97]
Deze nadelen bestaan maar ten dele. Zo klopt het dat er sprake is van potentiële versnippering van uitkeringsrechten, indien een werkende zowel werkt in loondienst als winst uit dienstbetrekking geniet. Diegene heeft te maken met verschillende uitkeringsrechten, en verschillende regimes. Er is echter geen sprake van een verlies van opgebouwde uitkeringsrechten, nu dit voorstel niet uitgaat van een recht dat beïnvloed wordt door de duur van het arbeidsverleden.

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. Solidariteit tussen zelfstandigen en werknemers
2. Minder activerende prikkels voor de werkgever
3. Differentiatie tussen zelfstandigen en werknemers moeilijk te realiseren
4. Koopkrachtvermindering voor werknemers

Solidariteit tussen zelfstandigen en 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 wordt 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

[94] Hierbij is voor het loonbegrip uitgegaan van het SV-loon beschreven in artikel 16 Wet financiering sociale verzekeringen. Dit loonbegrip is relevant voor de toepassing van de franchise beschreven in o.a. paragraven 5.6, 6.1.5 en 9.5.

[95] Commissie Regulering van werk (2020). *In wat voor land willen wij werken*? Paragraaf 5.5.

[96] WRR (2020). *Het betere werk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Paragraaf 3.3.

[97] Commissie Regulering van werk (2020). *In wat voor land willen wij werken*? P. 80.

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.[98] 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. Het is de vraag of dit gerechtvaardigd is, nu deze solidariteit met name lijkt te worden beïnvloed door het ontbreken van een vangnet dat voor werknemers wel beschikbaar is.

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,[99] en vaker man, wat het gemiddelde risico om arbeidsongeschikt te geraken relatief verminderd.[100] [101]

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 uniforme polisvoorwaarden dienen te gelden. 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.[102] Zelfstandigen zien daardoor minder snel het nut van een verzekering, en zijn daarvoor minder bereid te betalen. In een stelsel voor alle werkenden is er daarom minder ruimte om de collectieve verzekering aan te laten sluiten bij de collectieve verzekeringsbehoefte van zowel werknemers als zelfstandigen, terwijl deze behoeften van elkaar verschillen. 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

[98] 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.

[99] Van Ooijen et al. (2020). *Met name lagere inkomens vaker arbeidsongeschikt door langer doorwerken*. ESB 105 (4791).

[100] Zie Kamerstukken II 2020/21, 29544, 1038, paragraaf 1.2.4.

[101] De aangehaalde verschillen tussen de groep zelfstandigen en werknemers volgen uit Statline.

[102] 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.

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 en het CPB 80%, zal een klein gedeelte bij een overdracht van de premieverplichting van werkgever naar werknemer, kunnen neerslaan bij werknemers.[103] 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, omdat dit ook gevolgen heeft voor werknemers, 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.[104] Om alle bovenstaande redenen heeft de regering niet voor deze vormgeving gekozen, waarbij zij ervan overtuigd is dat daarvoor op de voorzienbare termijn een beter alternatief aanwezig is. Het bovenstaande laat onverlet dat dit kabinet zich ervoor inzet om voor de lange termijn het idee van meer of minder vergaande harmonisatie van regelingen voor verschillende groepen werkenden uit te werken.[105]

3.5.4 Een stelsel voor zelfstandigen, met alleen publieke uitvoering
Een verzekering specifiek voor zelfstandigen 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 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

[103] Jacobs, B. (2015). *De prijs van gelijkheid.* Amsterdam: Prometheus. CPB (2020). *Kansrijk belastingbeleid*. Den Haag: Centraal Planbureau. Paragraaf 3.7.
[104] Kamerstukken II 2020/21, 29544, nr. 1028, p. 19; Stichting van de Arbeid (2020). *Keuze voor zekerheid*.
[105] Kamerstukken II 2024/25, 26448, nr. 799.

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.[106]

In een publiek stelsel voor zelfstandigen kan via de private markt aanvulling op de publieke verzekering worden gefaciliteerd.[107] 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 mogelijkheden om de schadelast te beheersen 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 grondslag. Hierdoor is de kans dat een verzekeraar optimaal 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. Dit vindt de regering ongewenst, zeker in de huidige krappe arbeidsmarkt. Daarom maakt de regering de afweging dat een duaal stelsel de voorkeur heeft boven een stelsel waarin uitsluitend sprake is van publieke uitvoering.

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.

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 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. Het gaat bijvoorbeeld om het verzekerde bedrag en de duur van de verzekering. 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

[106] Zie paragraaf 5.3.1.

[107] 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.

immers als gevolg van de acceptatieplicht zelfstandigen moeten verzekeren die voor hen niet lastendekkend zijn. Een dergelijke risicovereveningssystematiek compliceert de uitvoering ook sterk, waarvan het de vraag is of deze systematiek ook wel uitvoerbaar is. De problematiek die geschetst zal worden in paragraaf 4.4, over de onzekerheid over het zijn van zelfstandig ondernemer en de (verwachte) winst uit onderneming, speelt in deze variant ook.[108]

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 regering 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 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 volksverzekering met een uitkering op sociaal minimumniveau. Alle ingezeten in Nederland kwamen in aanmerking voor een uitkering bij invaliditeit. Naast werknemers waren dit ook vroeggehandicapten 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.[109]

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.[110] Voor werknemers was naast de AAW de 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.[111] 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. 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.

---

[108] De zorgverzekeringswet, die privaat wordt uitgevoerd, kent deze problematiek niet aan de uitkeringskant, omdat er geen uitkeringskant is. Ook gaat de zorgverzekeringswet uit van een bredere kring van verzekerden, namelijk ingezetenen. Door die bredere groep is er minder onduidelijkheid mogelijk over het wel of niet verzekerd zijn.

[109] Zie uitgebreider Kamerstukken II 1974/75, 13231, nr. 3.

[110] Zo sprak dhr. Lubbers over “Nederland is ziek”, en werden verschillende wetten doorgevoerd om het aantal arbeidsongeschikten te doen dalen.

[111] Zie uitgebreid Kamerstukken II 1995/96, 24698, nr. 3.

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 wetgever was daarom van mening dat overheidsinmenging daarom niet gepast was.[112] Als gevolg van het sluiten van de WAZ zijn zelfstandigen die zich willen verzekeren en 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 2024 nog 5.088 verstrekte WAZ-uitkeringen.[113] Dit aantal daalt met de jaren, omdat uitkeringsgerechtigden de pensioenleeftijd bereiken of herstellen. De WAZ is daarmee een sterfhuisconstructie.

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.[114]

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 (SZW) 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.[115] 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.[116]

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 die wet werd ervaren als “te duur”. Er was sprake van grote inkomenssolidariteit: zelfstandigen die weinig verdienden, betaalden niet mee 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 wettelijk minimumloon.[117]

In voorliggend wetsvoorstel wordt een aanzienlijk lagere mate van inkomenssolidariteit tussen zelfstandigen onderling voorgesteld. 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

[112] Kamerstukken II 2003/04, 29497, nr. 3, p. 2-3.

[113] UWV (2024). *Kwantitatieve informatie 2024*. Amsterdam: UWV.

[114] CPB (2016). *Zelfstandigen en arbeidsongeschiktheid*. Policy Brief 2016/11. Den Haag: Centraal Planbureau. Paragraaf 4.1.

[115] SER (2010). *Zzp’ers in beeld*. Advies 10/04. Den Haag: Sociaal Economische Raad.

[116] Kamerstukken II 2013/14, 29544, nr. 512.

[117] In 2007 is – nadat de toegang tot de verzekering al was afgesloten – dit uitkeringspercentage naar 75% opgehoogd met de Wet verhoging uitkeringshoogte arbeidsongeschiktheidswetten.

blijven de aanvullende bijdragen van beter verdienende zelfstandigen beperkt. 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 wettelijk minimumloon 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 er gekozen voor een andere kring van verzekerden. De kring van verzekerden onder de WAZ bevatte ook de meewerkende partner, directeur-grootaandeelhouders en de mensen met ROW. Deze groepen zijn niet verplicht verzekerd voor onderhavig wetsvoorstel, zoals toegelicht in paragraaf 4.3.

3.7 Samenhang

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

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

Zoals gesteld 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.

Achtereenvolgende kabinetten zetten hierbij in op een bredere aanpak langs drie lijnen: zorgen voor een gelijker speelveld tussen contractvormen (lijn 1), meer duidelijkheid wanneer gewerkt wordt als werknemer of zelfstandige (lijn 2) en verbetering van de handhaving op schijnzelfstandigheid (lijn 3). Over de laatste stand van zaken van de bijbehorende maatregelen heeft het vorige kabinet op 10 december 2025 een voortgangsbrief naar de Tweede Kamer gestuurd.[118] In het coalitieakkoord “Aan de slag” is opgenomen dat het kabinet zelfstandigen de ruimte en duidelijkheid willen geven die ze verdienen. Daarom wordt eerst (gefaseerd, rekening houdend met Europese verplichtingen) ingezet op invoering van het rechtsvermoeden van werknemerschap uit het wetsvoorstel verduidelijking beoordeling arbeidsrelaties en rechtsvermoeden, samen met de sectorale rechtsvermoeden en toetsingscommissie uit de Zelfstandigenwet. Daarna dient het kabinet zo snel mogelijk de rest van de Zelfstandigenwet in. Tot slot wil het kabinet stimuleren dat mensen in dienst blijven in (semi-)publieke sectoren zoals zorg en onderwijs, en goed werkgeverschap bevorderen.

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, 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.[119]

3.7.3 Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel

In 2023 bracht OCTAS haar probleemanalyse uit, waarbij de belangrijkste knelpunten van het arbeidsongeschiktheidsstelsel in kaart zijn gebracht.[120] De commissie constateerde dat met name de complexiteit ervoor zorgde dat het huidige arbeidsongeschiktheidsstelsel, vastloopt.

[118] Kamerstukken II 2025/26, 31311, nr. 295.

[119] Kamerstukken II 2021/22, 29544, nr. 1112; Kamerstukken II 2022/23, 29544, nr. 1176.

Op 29 februari 2024 heeft OCTAS haar eindrapport uitgebracht.[121] 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 28 januari 2025 heeft het kabinet de Tweede Kamer geïnformeerd over de stappen die zij wenst te zetten inzake de opvolging van het eindrapport van OCTAS.[122] Het kabinet geeft in deze brief aan dat vooral de variant "Huidige stelsel beter", met een afzonderlijke verzekering voor zelfstandigen, inspiratie biedt voor besluitvorming op de korte termijn. De andere varianten van OCTAS bevatten ideeën om voor de lange termijn uit te werken, zoals het idee om regelingen voor verschillende groepen werkenden in meer of mindere te harmoniseren.

Op sommige onderdelen wijkt het advies van de commissie voor een afzonderlijke verzekering voor zelfstandigen af van het hetgeen in dit voorstel is opgenomen. Zo stelt de commissie voor de hoogte van de premie- en uitkeringsgrondslag te beperken tot 100% van het wettelijk minimumloon 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.

3.8 Uitvoerbaarheid sociaal-medische beoordelingen

Door de problematiek van de mismatch tussen de vraag naar, en het aanbod van, sociaal-medische beoordelingen zijn er vanaf 2018 oplopende achterstanden. Dit geldt met name voor (her-)beoordelingen voor de Wet WIA en voor beoordelingen inzake de Wajong en Ziektewet. Hierdoor wachten mensen te lang op hun 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. Deze mismatch wordt immers pas vergroot, op het moment dat dit wetsvoorstel in werking treedt. Dit wetsvoorstel kan daarbij dus uitsluitend in werking treden, op het moment dat er capaciteit beschikbaar is voor de uitvoering van dit wetsvoorstel. Het IBO "Werk aan de WIA", doet daarbij als minimale basispakket aanbevelingen om deze mismatch te beperken.[123] Ook het coalitieakkoord "Aan de slag" noemt als voornemen om de IVA-uitkering af te schaffen, en te werken aan taakherschikking. Beide maatregelen verlagen de mismatch tussen vraag en aanbod. De Kamer wordt periodiek geïnformeerd over de stand van zaken van deze mismatch.[124] 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.

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

[120] Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2023). *Beoordeling van het arbeidsongeschiktheidsstelsel*.

[121] Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2024). *Toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel*.

[122] Kamerstukken II 2024/25, 26448, nr. 799.

[123] Werk aan de WIA - naar een stelsel dat werkt (december 2025).

[124] Onder andere Kamerstukken II 2023/ 24, 26448, nr. 756.

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, zullen zij 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 term “zelfstandige”, zoals dat in het normale spraakgebruik vaak gebruikt wordt, 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 ROW, 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.[125] De doelgroep van personen die winst uit onderneming genieten sluit het meest aan bij de beoogde kring van verzekerden en is (mede) 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 van de Belastingdienst laten zien dat er in 2021 zo’n 1,24 miljoen IB-ondernemers zijn. In 2019 genoot ongeveer 35% van de IB-ondernemers zowel winst uit onderneming als loon uit dienstbetrekking.[126] Een veel kleinere groep (enkele tienduizenden) geniet naast winst uit onderneming ook ROW. Ook de groep die naast winst uit onderneming en loon uit dienstbetrekking ook nog ROW geniet is zeer beperkt (enkele tienduizenden). Dat houdt in dat de verwachte kring van verzekerden, op basis van gegevens over 2021 en exclusief eventuele effecten van verschillende maatregelen, ongeveer 1,24 miljoen personen betreft. Het CBS heeft komt over het jaar 2019 uit op ruim 1,1 miljoen zelfstandig ondernemers met en zonder personeel.[127]

Hierna wordt toegelicht wie onder de kring van verzekerden valt. Voorts wordt toegelicht waarom de regering ervoor heeft gekozen om bepaalde groepen niet onder de kring van verzekerden te brengen.

4.2 De verzekerden

4.2.1 IB-ondernemer

Dit voorstel kent als beoogde kring van verzekerden alle 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 diegene rechtstreeks wordt verbonden voor de verbintenissen van die onderneming.

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;

[125] Zo sluit artikel 1 van de Wet WIA voor wat betreft het begrip zelfstandige – kort en goed – aan bij personen onder de AOW-gerechtigde leeftijd met winst uit onderneming en directeur-grootaandeelhouders die werken voor rekening en risico van de rechtspersoon waarvan de betrokkene directeur-grootaandeelhouder is.

[126] Hierbij is voor het loonbegrip uitgegaan van het SV-loon beschreven in artikel 16 Wet financiering sociale verzekeringen. Dit loonbegrip is relevant voor de toepassing van de franchise beschreven in o.a. paragraven 5.6, 6.1.5 en 9.5.

[127] 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.

- 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.[128]

De doelgroep IB-ondernemers is in het algemeen als zodanig reeds bekend bij 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. Daarmee hoeft de zelfstandige ook geen premie te betalen. Een potentiële uitkering kan eveneens niet negatief zijn en zal gebaseerd zijn op de grondslag, waarbij middeling mogelijk is (zie paragraaf 6.1.3).

4.2.2 De zelfstandig ondernemer met personeel en ondernemers in 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.

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

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 verlies van inkomen door arbeidsongeschiktheid. Ook andersoortige manieren om de groep zelfstandigen met personeel uit te zonderen, bijvoorbeeld door zelfstandigen die anders dan een woonhuis een pand bezitten of huren uit te zonderen, acht de regering niet voldoende onderscheidend. Zo kunnen ook zelfstandigen zonder personeel een ruimte huren.

Er is gekeken of door middel van een koppeling met de loonheffingen inzicht kan worden verschaft in de groep zelfstandigen met personeel. 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.

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 van invloed zijn geweest in het verzekeren van zelfstandigheden met personeel, wenst de regering te benadrukken dat het hebben van een verzekering 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 ongeveer 43% – heeft ook ruim 21% van de zelfstandigen met personeel geen enkele voorziening tegen het verlies van inkomen door het intreden van arbeidsongeschiktheid.

Ten overvloede wordt opgemerkt dat het wel of niet verplicht verzekeren van de zelfstandigen met personeel een verwaarloosbaar effect heeft op het premiepercentage.

Agrarische sector
De Stichting van de Arbeid heeft de mogelijkheid opengelaten om de agrarische sector uit te zonderen van de verzekeringsplicht. De Tweede Kamer heeft eerst verzocht om een verkenning naar een uitzondering voor de agrarische sector en vervolgens de regering opgeroepen om een dergelijke uitzondering in

voorliggend voorstel op te nemen.[129] Het kabinet heeft in de technische verkenning naar een mogelijke uitzondering gekeken naar de uitvoerbaarheid van een uitzondering, en de juridische aandachtspunten daarbij.[130] In deze verkenning heeft het kabinet geconstateerd dat de Belastingdienst op dit moment binnen de aangifte inkomstenbelasting een mogelijkheid heeft om zelfstandig ondernemers in de agrarische sector af te bakenen. Wel zou dit voor dit voorstel ertoe kunnen leiden dat agrarische ondernemers waarvan de onderneming niet alleen een agrarische component heeft – zoals een zorgboerderij – ook worden uitgezonderd van de verzekeringsplicht. Deze te ruime afbakening kan een (juridische en beleidsmatige) rechtvaardiging voor een onderscheid voor de agrarische sector bemoeilijken, omdat bedrijven zonder een agrarische component wel verplicht verzekerd worden.

Alles overwegende, ziet de regering geen afdoende rechtvaardiging om een uitzondering te maken voor de agrarische sector. Zij ziet geen afdoende 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 de Belastingdienst en UWV.

4.3 Niet verzekerd zijn

Zelfstandigen met ROW 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 een uitzondering gemaakt voor gemoedsbezwaarden. Op bovengenoemde groepen wordt hieronder nader ingegaan.[131]

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.

Ter onderbouwing van deze keuze wordt eerst in onderstaande tabel 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:	**Verzekeringsstatus**
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 onderneming en zijn beiden op die grond verplicht verzekerd op grond van dit voorstel.
3.	Tegen een arbeidsbeloning van € 5.000 of hoger. Dit	Niet verplicht verzekerd.

[129] Achtereenvolgens Kamerstukken II 2024/25, 31311, nr. 267 en Kamerstukken II 2024/25, 36600 XV, nr. 75.

[130] Kamerstukken II 2024/25, 31311, nr. 278.

[131] Dit is geen uitputtende opsomming van niet-verzekerden, maar bevat de categorieën die naar het oordeel van de regering specifiek toelichting behoeven.

	inkomen van de meewerkend partner geldt als inkomen voor de inkomstenbelasting en de meewerkend partner moet daarover inkomstenbelasting en premie volksverzekeringen betalen.[132] 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. De zelfstandige kan in aanmerking komen voor de meewerkaftrek,[133] als de meewerkend partner 525 uur per jaar of meer in de onderneming heeft gewerkt. De hoogte van de meewerkaftrek is een 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.	Niet verplicht verzekerd.

De meewerkend partners die op basis van 3 en 4 in bovenstaande schets werken, worden niet door middel van dit voorstel (of anderszins) verplicht verzekerd. Vanwege de (on)mogelijkheden in de uitvoering is ervoor gekozen om deze groep niet verplicht te verzekeren. Voor de meewerkend partner die een arbeidsbeloning ontvangt 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.[134] 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.[135] Hierbij werd geen premie geheven over de arbeidsbeloning, waardoor deze groep feitelijk “gratis” verzekerd was, gefinancierd door het collectief. 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 ROW. Onder dit voorstel is, om de in de volgende subparagraaf genoemde redenen, ervoor gekozen om resultaatgenieters niet verplicht te verzekeren.

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 ROW. 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

[132] Op grond van artikel 3.96, onderdeel b, Wet IB 2001.

[133] Zie ook artikel 3.78 Wet IB 2001 en het Besluit van de 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).

[134] Kamerstukken II 1996/97, 25415, nr. 3, p. 12.

[135] Zie ook artikel 5 van het Inkomensbesluit WAZ.

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 deze persoon een aanmerkelijk belang houdt. Het is thans niet voor de Belastingdienst 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.

Totaal exclusief PGB'ers[136]	**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[137]	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[138]
loon uit dienstbetrekking, geen winst uit	33.736		3.187

[136] 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.

[137] 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.

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

onderneming			
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 verzekerde tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico.[139]

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:

Hoogte ROW (in €)	**aantallen**
<0	9.845
1- 500	35.151
500- 1.000	11.945
1.000- 2.500	21.289
2.500- 5.000	21.424
5.000- 10.000	24.102
10.000- 20.000	17.561
20.000- 30.000	5.721
30.000- 40.000	2.026
40.000- 50.000	1.449
50.000-100.000	2.792
>100.000	326
totaal	153.631

Op dit moment wegen 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

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

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 verzekerd zijn, dat zij daarmee een adequate inkomensvoorziening hebben en dat 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 dienstbetrekking 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.[140] Dat is anders als – kortheidshalve – de bestuurder zijn eigen ontslag niet kan tegenhouden.[141] 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.[142]

Zoals vermeld adviseerde de Stichting om een onderscheid aan te brengen tussen DGA's met en zonder personeel. Voor de DGA's is het net als voor IB-ondernemers 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.[143]
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.[144] DGA's zijn in beginsel gehouden zichzelf een gebruikelijk loon uit te keren.[145] 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.[146] Daarmee is de noodzaak om van overheidswege in te grijpen minder aanwezig.

Indien de wens zou bestaan om de gehele groep DGA's te verzekeren, geldt dat dit ook tot verregaande complexiteit in de uitvoering zou leiden. In theorie is het mogelijk om de premie voor dit voorstel op dezelfde wijze te heffen als de bijdrage Zvw: door inhouding op het loon van de DGA. Bij het vaststellen van de premie voor dit voorstel moet dan het loon van de DGA in mindering kunnen komen op het premie-inkomen voor dit voorstel om aanslag om dubbele heffing te voorkomen. Voordeel hiervan is dat het systeem van inhouding van een premie al bekend is met betrekking tot de DGA, de vennootschap kan dan aangifte doen van deze ingehouden premie en in de loop van het kalenderjaar wordt de premie al afgedragen. Maar hierdoor is er geen mogelijkheid tot fiscale aftrek van de premie, waardoor de feitelijke kosten voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering – ervan uitgaande dat de kosten van de

---

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

[141] Vgl. Artikel 2 van de Regeling aanwijzing directeur-grootaandeelhouder 2016.

[142] CBS, Statline.

[143] Een kleine 1 op 5 zelfstandig ondernemers heeft personeel in dienst, van de BV en NV's met een DGA geldt dat ongeveer de helft (ander) personeel heeft. Rijksoverheid (2024). *Bouwstenen voor een beter en eenvoudiger belastingstelsel*. P. 88.

[144] 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.

[145] Het gemiddelde inkomen van DGA's ligt ook substantieel hoger dan zelfstandig ondernemers (vergelijk tabel 2.2. uit Rijksoverheid (2015). *IBO Zelfstandigen zonder personeel*.).

[146] M. Buitenhuis (2020). *Zelfstandigen met weinig vermogen ook vaak niet verzekerd*. ESB 105 (4782).

arbeidsongeschiktheidsverzekering door de vennootschap uit de voor de DGA beschikbare loonruimte komt – hoger voor de DGA zijn. De regering acht dit niet wenselijk.

Het zou in theorie ook mogelijk zijn om DGA's via de werknemersverzekeringen te verzekeren, bijvoorbeeld door intrekking van de Regeling aanwijzing directeur-grootaandeelhouder 2016. Ook dit acht de regering op dit moment niet wenselijk, nu daarmee de DGA ook voor de andere werknemersverzekeringen (ZW en Werkloosheidswet) verzekerd zou worden.

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 en waarna niet een oplossing is gevonden voor eerdergenoemde problemen, 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. Deze gemoedsbezwaren zijn van dien aard, dat de regering ervan afziet om deze groep verplicht te verzekeren. 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 nu er geen goede motivering voorhanden is om voor dit voorstel geen uitzondering voor deze groep op te nemen. Hiermee wordt tevens uitvoering gegeven aan de door de Tweede Kamer aangenomen motie van de leden Stoffer en Bruins.[147]

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 en de belastingplichtige die een schuldvordering heeft verstrekt aan een ondernemer waarbij die vordering in feite functioneert als eigen vermogen.[148] 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 bedrijfsoverdrachten: een ouder laat bij de overgang van onderneming z'n gehele kapitaal achter in de onderneming, het kind wordt beherend vennoot.

Bij deze groep geldt in het algemeen dat zij – als zij ziek worden – ze geen inkomensverlies leiden. 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.[149] Er is

[147] Kamerstukken II 2018/19, 32043, nr. 470.

[148] Zie artikel 3.3 eerste lid, onderdelen a en b, Wet IB 2001.

[149] 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.

geen te leveren arbeid om te verzekeren.[150] 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.[151] 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 dit voorstel 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. Daarnaast zijn gewezen privaat verzekerden in enkele situaties zowel noch publiek, noch privaat verzekerd.[152] Op die zelfstandigen wordt ingegaan in de hoofdstukken 10 en 12. Ook de zelfstandige ondernemer met een vrijwillige verzekering bij 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 dit voorstel.[153] 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.[154]

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

De wens om aan te sluiten bij aan de fiscaliteit ontleende begrippen – zodat er aangesloten kan worden bij een bestaande afbakening – 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.

[150] 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”: http://wetten.overheid.nl/BWBR0016741/2004-05-17).

[151] Zie in dit kader artikel 3.8 Wet IB 2001.

[152] Dat zijn de zelfstandigen die benoemd worden in paragraaf 10.6.2.

[153] Vgl. artikel 8, onderdelen a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000.

[154] Deze werkwijze is gangbaar, zie bijvoorbeeld het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999.

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.[155]

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. Deze systematiek leidt er veelal toe dat er sprake zal zijn van een verzoek om na te betalen, ofwel dat een bedrag wordt teruggegeven. Hoewel de voorschotsystematiek daarmee ook consequenties met zich meebrengt, vindt de regering dit evenwel te prefereren boven een systematiek waarbij forse premiebedragen ineens verschuldigd worden.
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.[156] Hierbij geldt ter illustratie 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 op grond van dit wetsvoorstel. Er is daarom in deze periode onzekerheid over de verzekeringsplicht, de premieplicht en – indien de betrokkene arbeidsongeschikt is geworden – de (hoogte van de) uitkering.

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 via de voorlopige aanslag premie verschuldigd is geweest voor dit voorstel.

[155] Zie paragraaf 4.2.2.

[156] Een belastingjaar loopt altijd van 1 januari tot en met 31 december van een kalenderjaar. Maar als de aard van de onderneming een gebroken boekjaar rechtvaardigt, mag een zelfstandige een gebroken boekjaar hanteren. Om te bepalen aan welk belastingjaar een gebroken boekjaar moet worden toegerekend wordt door de Belastingdienst gekeken naar het kalenderjaar waarin het gebroken boekjaar eindigt.

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

In paragraaf 9.8.2 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 de voorlopige aanslag 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 ROW.

De premie is onverschuldigd, en wordt – mits door de betrokkene eerder betaald – weer terugbetaald aan de betrokkene. Als een ondernemer termijnen van de (door de voorlopige aanslag verschuldigde) premiebetaling niet betaalt 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) 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 betaling aan te passen, acht de regering dit risico acceptabel.

Bij de betrokkene die 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 ROW. 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. In het geval van ROW voorziet dit voorstel in specifiek terugvorderingsbeleid.[157]

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 pas later onderkend 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 naar verwachting 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

[157] Zie paragraaf 11.3.2.

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 sterkere mate wanneer de inkomstenbron varieert. Dan is voor de betrokkene niet altijd bij voorbaat duidelijk of er sprake is van winst, ROW of loon.

Alternatieven
De regering onderkent de consequenties van de vormgeving van deze publieke verzekering. Zelfstandigen kunnen met forse consequenties te maken krijgen. De regering heeft daarom maatregelen verkend om deze consequenties te mitigeren. Deze mitigerende maatregelen, die gewogen worden op wenselijkheid, haalbaarheid, en uitvoerbaarheid, kunnen echter 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 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

In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op het recht op uitkering. Voor het recht op uitkering dient aan voorwaarden te worden voldaan. Recht op een uitkering ontstaat slechts voor de verzekerde zelfstandige die ziek wordt, indien:

- diegene de wachttijd heeft doorlopen;
- diegene arbeidsongeschikt is; en
- op diegene geen uitsluitingsgrond van toepassing is.

De persoon dient voor het ontstaan van recht op uitkering op het moment dat die ziek wordt verzekerde te zijn, de wachttijd te hebben doorlopen en arbeidsongeschikt te worden bevonden. Daarnaast ontstaat het recht op uitkering slechts als er geen uitsluitingsgrond op de verzekerde van toepassing is. De voorwaarden die in dit hoofdstuk worden beschreven hebben betrekking op de publieke verzekering. De voorwaarden die in verband met een opt-out aan de private verzekering worden gesteld, worden besproken in hoofdstuk 10.

5.2 Ziek zijn

Ziek zijn is een voorwaarde voor het ontstaan van recht op uitkering. Van ziek zijn in dit voorstel is sprake wanneer als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling de verzekerde ongeschikt is om arbeid te verrichten.[158] Voor het vervullen van de wachttijd gaat

[158] In het vervolg van dit hoofdstuk zal omwille van de leesbaarheid enkel worden gesproken van ziekte.

het om ongeschiktheid voor de eigen arbeid (zie paragraaf 5.3). Bij de beoordeling van het recht op uitkering gaat het om ongeschiktheid voor algemeen geaccepteerde arbeid (zie paragraaf 5.4).

Iemand die ziek is kan zich fysiek, psychisch of sociaal niet goed voelen en belemmeringen in de gezondheid ervaren. Vanuit verzekeringsgeneeskundig perspectief worden persoonlijke en externe factoren bij het vaststellen van het arbeidsvermogen of de belastbaarheid alléén meegewogen voor zover deze van invloed zijn op de gezondheidstoestand. Evenals in andere arbeidsongeschiktheidswetten dienen ziekte en ervaren belemmeringen medisch geobjectiveerd te worden. Medisch objectiveerbaar betekent echter niet zonder meer dat er geen stoornissen, beperkingen en handicaps kunnen bestaan, indien lichamelijke of psychische oorzaken niet gemeten of aangetoond kunnen worden. Van belang is of het bestaan ervan aannemelijk kan worden bevonden. Daarvoor wordt gekeken of de ziekte en de belemmeringen die iemand ervaart passen bij een medisch herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, in wisselwerking met sociale omstandigheden en persoonskenmerken. Hierbij wordt verder nog beoordeeld of sprake is van interne (vormen de klachten, belemmeringen en functioneren een logisch geheel) en externe (waarnemingen van derden, zoals de huisarts, de behandelend arts of familieleden) consistentie.

Ziekte die niet leidt tot belemmeringen in het verrichten van arbeid is voor dit wetsvoorstel niet relevant. Er dient een direct (rechtstreeks) causaal verband te bestaan tussen ziekte en de ongeschiktheid om arbeid te verrichten.

5.3 Wachttijd

5.3.1 Keuze voor een wachttijd van 104 weken

De verzekerde zelfstandige kan aanspraak maken op een uitkering wanneer diegene arbeidsongeschikt is en de wachttijd van 104 weken heeft doorlopen. Dat betekent dat de zelfstandige de eerste twee ziektejaren zelf financieel moet overbruggen.

Een wachttijd van 104 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. Hierbij merkt de regering op dat het verschil tussen zelfstandigen die een wachttijd van 104 weken kunnen overbruggen, en zij die uitsluitend een periode van 52 weken de vaste en noodzakelijke uitgaven kan betalen, relatief beperkt is; 70% respectievelijk 75% van de huishoudens met de zelfstandige als hoofdkostwinnaar.[159] Daarnaast zouden – indien een kortere wachttijd zou worden overwogen – de kosten voor de verzekering evenals de belasting op de uitvoering, navenant stijgen. Ook OCTAS stelt in de variant “Huidig stelsel beter” een wachttijd van 104 weken voor zelfstandigen voor. Hiermee wordt ook bereikt dat zelfstandigen die hybride werken en zowel het werk als werknemer als het werk als ondernemer door de ziekte of het gebrek niet kunnen uitvoeren, op hetzelfde moment in aanmerking komen voor een uitkering. Dit komt de uitlegbaarheid van het stelsel van arbeidsongeschiktheid ten goede.

Met de wachttijd van 104 weken wijkt de regering af van hetgeen de Stichting van de Arbeid heeft voorgesteld. De Stichting adviseerde om een standaardwachttijd van 52 weken aan te houden. Dit is dezelfde wachttijd als ten tijde van de WAZ. De Stichting van de Arbeid heeft tevens voorgesteld om 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 26 weken of 104 weken. Al naar gelang de lengte van de wachttijd, zou daarop 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 zorgt de

[159] CPB (2026). *Stresstest baanverlies en arbeidsongeschiktheid van werknemers en zelfstandigen*. Den Haag: Centraal Planbureau.

premiedifferentiatie voor complexiteit in de uitvoering: de Belastingdienst moet bijhouden voor welke zelfstandige welke bij de gekozen wachttijd corresponderende premie hoort. UWV moet bijhouden wie wanneer een recht op uitkering krijgt, en wie daarvoor een aanvraag wanneer kan doen. Daarnaast 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 premie 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.[160]

5.3.2 Ziekmelding

Als eerste dag van de wachttijd geldt de eerste werkdag waarop wegens ziekte niet (volledig) is gewerkt of het werken tijdens de werktijd is gestaakt. In het kader van dit wetsvoorstel, is dat de eerste ziektedag. Voor het bepalen van de wachttijd worden perioden in aanmerking genomen waarin de verzekerde wegens ziekte ongeschikt is tot het verrichten van de eigen arbeid. Indien de verzekerde wegens ziekte de eigen arbeid niet (volledig) meer kan verrichten, moet diegene dit melden bij UWV (de zogeheten ziekmelding). Door deze ziekmelding is UWV tijdig op de hoogte van het ziektegeval, en kan daardoor tijdig re-integratieondersteuning aanbieden of rechtmatig de uitkering vaststellen. De ziekmelding bevat ten minste de datum van de eerste werkdag waarop wegens ziekte niet (volledig) is gewerkt of het werken tijdens de werktijd is gestaakt (zie paragraaf 5.3.3 voor de beoordeling van de eerste ziektedag en aanvang van de wachttijd).

De verzekerde is verplicht binnen dertien weken na de eerste ziektedag daarvan melding te doen bij UWV. Deze termijn dient meerdere doelen. Zo zal deze termijn naar verwachting lang genoeg zijn om te voorkomen dat zelfstandigen zich bij elk kortdurend verzuim ziekmelden. Uit gegevens van UWV blijkt dat binnen de ZW en de vrijwillige verzekering Wet WIA vaak herstel plaatsvindt in de eerste dertien weken na de eerste ziektedag. Anderzijds is uit gesprekken met zelfstandigenorganisaties gebleken dat zelfstandigen juist geneigd zijn om nog (deels) door te werken, zelfs wanneer zij geconfronteerd worden met ziekte. Deze termijn biedt zodoende ook een mogelijkheid voor de zelfstandige om zich op een later moment (tot dertien weken na de eerste ziektedag met terugwerkende kracht) ziek te melden, indien pas op een later moment wordt verwacht dat de ongeschiktheid voor eigen arbeid als gevolg van ziekte langdurig van aard is. Met de gestelde termijn kan aldus een onnodig beroep op UWV worden voorkomen en de regeldruk voor zelfstandigen worden beperkt. Verder maakt een tijdige ziekmelding en de beoordeling daarvan dat de re-integratieondersteuning van UWV, indien de zelfstandige dat wenst, vroeg kan worden gestart, wat de kans op succesvolle re-integratie vergroot.

De keuze om de verzekerde te verplichten de ziekmelding binnen dertien weken na de eerste ziektedag te doen heeft in dit wetsvoorstel als gevolg dat de mogelijkheid om een eerste ziektedag met terugwerkende kracht vast te stellen, wordt begrensd. Met deze begrenzing wordt voorkomen dat de eerste ziektedag en de aanspraken die hieruit voort kunnen komen naar mate de tijd verstrijkt als gevolg van een laattijdige ziekmelding voor UWV steeds moeilijker te onderzoeken valt. Daarmee wordt ook het beroep op het doenvermogen van de zieke verzekerde verlaagd, omdat volgens vaste rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) van de verzekerde in geval van een laattijdige aanvraag ook wordt verlangd dat diegene op zijn minst een begin van bewijs aanlevert, terwijl over het algemeen (medische) gegevens naar mate de tijd verstrijkt juist steeds minder goed beschikbaar zijn. Ook de verzekerde zelf is aldus gebaat bij een ziekmelding die tijdig wordt gedaan. Gelet op het bovenstaande, op het grote aantal ziekmeldingen dat UWV naar verwachting jaarlijks dient te verwerken en op het feit dat er gedurende de wachttijd geen

[160] Zie uitgebreider over het niet hanteren van een gedifferentieerde wachttijd: Kamerstukken II 2021/22, 29544, nr. 1112.

direct financieel belang voor de zelfstandige is om zich ziek te melden, acht de regering het noodzakelijk om de ziekmelding verplicht te stellen en de mogelijkheid van ziekmelding met terugwerkende kracht te begrenzen tot dertien weken.

De begrenzing houdt in dit geval in dat, indien de dag waarop de ziekmelding wordt gedaan verder ligt dan dertien weken na de geclaimde eerste ziektedag, ten vroegste als eerste ziektedag wordt beschouwd de dag die dertien weken voor de dag van de ziekmelding ligt. De regering onderkent dat deze begrenzing voor een betrokkene in potentie negatieve gevolgen kan hebben. Een laattijdige ziekmelding betekent in dit wetsvoorstel in beginsel dat de wachttijd later zal starten, omdat de wachttijd niet zal aanvangen op de geclaimde eerste ziektedag, maar op de dag die dertien weken voor de dag van de ziekmelding ligt. Hoe later de betrokkene de ziekmelding doet, hoe later de wachttijd aanvangt en hoe later (ten opzichte van de geclaimde eerste ziektedag) het recht op uitkering kan ontstaan. Een latere aanvang van de wachttijd heeft verder niet alleen gevolgen voor het moment waarop eerst recht op uitkering kan ontstaan, ook kunnen er (negatieve) gevolgen zijn voor de uitkeringsgrondslag die bij het bepalen van de hoogte van de uitkering in acht dient te worden genomen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer vanwege een laattijdige ziekmelding de volgens voormeld uitgangspunt aan te merken eerste ziektedag ten opzichte van de geclaimde eerste ziektedag voorbij een jaargrens ligt, waardoor voor de uitkeringsgrondslag in beginsel een ander kalenderjaar als uitgangspunt wordt genomen (zie in verband hiermee ook paragraaf 6.1.1). In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat de betrokkene op de dag die ten vroegste dertien weken voor de ziekmelding ligt inmiddels zijn activiteiten als ondernemer heeft gestaakt (de onderneming heeft beëindigd), waardoor de betrokkene niet langer als verzekerde kan worden aangemerkt.

De regering weegt de hiervoor genoemde mogelijke negatieve gevolgen echter minder zwaar dan de zorgvuldige en voortvarende uitvoering van het ziekmeldingsproces die met de begrenzing wordt beoogd. De regering acht de verplichting om zich tijdig ziek te melden daarnaast passend bij de verantwoordelijkheden als zelfstandige. De regering verwacht dat met een wettelijke ziekmeldingsplicht en -termijn helder is wat van de zelfstandige wordt verwacht, waardoor situaties van te late melding met negatieve gevolgen voor de zelfstandige beperkt zullen voorkomen.

Er zijn verder bijzondere individuele gevallen voor te stellen waarin een zelfstandige niet in staat is geweest om de ziekmelding tijdig te doen. Zoals gebruikelijk in de arbeidsongeschiktheidswetten kan UWV in deze bijzondere gevallen van de hoofdregel afwijken. Indien de verzekerde de ziekmelding redelijkerwijs niet op een eerder moment heeft kunnen doen, heeft UWV de bevoegdheid om alsnog een eerste ziektedag vast te stellen eerder dan dertien weken voor de ziekmelding. Te denken valt bijvoorbeeld aan een verzekerde die zich pas na zestien weken ziek kan melden, omdat diegene door medische omstandigheden (zoals een ziekenhuisopname of een verplichte opname in een instelling) niet in staat was zich eerder ziek te melden en het ook niet is gebleken dat een nauw betrokken derde dit had kunnen melden. In dit soort situaties acht de regering het niet redelijk om van een verzekerde te verlangen dat die zich tijdig ziekmeldt. In de situatie dat een persoon zich niet tijdig heeft ziekgemeld, omdat ten tijde van de eerste ziektedag geen sprake was van een voorlopige aanslag inkomstenbelasting of uit een voorlopige aanslag weliswaar volgde dat sprake was van winst uit onderneming maar die winst uit onderneming ten tijde van de eerste ziektedag nog niet bij definitieve aanslag was vastgesteld, bestaat in beginsel geen aanleiding om een bijzonder geval als in de hiervoor bedoelde zin aan te nemen. Van een betrokkene die winst uit onderneming geniet of verwacht te genieten, mag in beginsel worden verwacht – ook indien betrokkene nog niet over een voorlopige aanslag inkomstenbelasting beschikt – dat die zich tijdig ziekmeldt. In het geval de betrokkene nog niet over een voorlopige aanslag inkomstenbelasting beschikt, zal dan wel noodzakelijk zijn dat alsnog om een voorlopige aanslag wordt verzocht.

5.3.3 Beoordeling van de eerste ziektedag

Als eerste dag van de wachttijd geldt de eerste werkdag waarop wegens ziekte niet (volledig) is gewerkt of het werken tijdens de werktijd is gestaakt (de eerste ziektedag). Voor het bepalen van de wachttijd worden

perioden in aanmerking genomen waarin de verzekerde wegens ziekte ongeschikt is tot het verrichten van de eigen arbeid. Binnen een termijn van dertien weken na ontvangst van de ziekmelding beslist UWV of de verzekerde op de eerste ziektedag wegens ziekte ongeschikt is voor het verrichten van de eigen arbeid. Is dat het geval, dan vangt vanaf die dag de wachttijd aan. Er is al sprake van ongeschiktheid voor eigen arbeid wanneer de verzekerde wegens ziekte een deel van de eigen arbeid niet meer kan uitvoeren.

Om goed te kunnen beoordelen of er sprake is van ongeschiktheid tot het verrichten van de eigen arbeid op de geclaimde eerste ziektedag zal de verzekerde door UWV worden verzocht om (medische) informatie aan te leveren. UWV stelt daarvoor, binnen het kader van wat noodzakelijk is voor de uitvoering van dit wetsvoorstel en de uitvoering van de bovenstaande omschrijving, vast welke informatie de verzekerde bij de ziekmelding dient te verstrekken. Nadat is vastgesteld of de verzekerde wegens ziekte ongeschikt is voor de eigen arbeid, legt UWV de beslissing vast in een besluit om het rechtsgevolg voor de verzekerde kenbaar te maken. Indien uit het besluit volgt dat de verzekerde wegens ziekte ongeschikt is voor de eigen arbeid, vangt de wachttijd aan en ontstaat er vanaf dat moment recht op re-integratieondersteuning door UWV. In het besluit zal UWV de zelfstandige ook informeren over de mogelijkheid om re-integratiedienstverlening bij UWV aan te vragen. UWV kan de verzekerde hier ook gedurende de wachttijd nogmaals op wijzen om te stimuleren dat zelfstandigen op tijd beginnen met het opstarten van re-integratie.

Indien bij de beoordeling van de ziekmelding of gedurende de wachttijd blijkt dat de verzekerde (weer) geschikt is om de eigen arbeid te verrichten dan wordt de verzekerde hersteld gemeld, waardoor de wachttijd eindigt. Ook dit wordt in een besluit vastgelegd. Geschiktheid voor eigen arbeid kan blijken uit een melding van de verzekerde zelf, en UWV is ook bevoegd het voortbestaan van ongeschiktheid voor eigen arbeid uit eigen beweging te onderzoeken. Hiermee kan worden voorkomen dat zelfstandigen die tijdens de wachttijd al zijn hersteld, maar dat (nog) niet hebben gemeld, op een later moment onnodig bericht krijgen dat zij een aanvraag kunnen doen voor een uitkering. Indien de verzekerde zich hersteld heeft gemeld voordat UWV de eerdere ziekmelding heeft onderzocht, zal er in beginsel alsnog aanleiding kunnen bestaan om op die ziekmelding te beslissen (zie in dit verband ook paragraaf 5.3.4 betreffende de samentellingsregeling). De voor het recht op uitkering geldende voorwaarde dat de wachttijd moet zijn doorlopen wordt uiteindelijk beoordeeld bij een eventuele uitkeringsclaim.

Tot slot zijn er zelfstandigen wier eerste ziektedag is gelegen voor de dag waarop dit wetsvoorstel in werking treedt. Voor deze zelfstandigen vangt de eerste ziektedag op zijn vroegst aan op de dag van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. Deze zelfstandigen zijn indien er nog sprake is van winst uit onderneming immers vanaf die dag pas verzekerd op grond van dit wetsvoorstel. Hiermee worden deze zelfstandigen op eenzelfde wijze behandeld als zelfstandigen die op de dag van inwerkingtreding ziek worden. De eerste ziektedag kan niet eerder liggen dan de eerste dag waarop dit wetsvoorstel in werking is getreden en niet liggen voor de eerste dag dat de zelfstandige op grond van dit wetsvoorstel verplicht verzekerd is geworden tegen de gevolgen van arbeidsongeschiktheid.
Het bovenstaande brengt voor deze situaties met zich mee dat de uitkeringsgrondslag “mee schuift”. Dit kan een verlagend effect hebben op de uitkeringsgrondslag, omdat de betrokkene al immers een periode ziek kan zijn voor de inwerkingtreding van dit voorstel. Die ziekte kan als gevolg hebben dat de zelfstandige minder winst geniet.[161] De regering vindt het echter niet wenselijk om jaren vér voor de

[161] Een voorbeeld ter verduidelijking, uitgaande van een inwerkingtreding van het wetsvoorstel per 1 januari 2030 en dat betrokkene in 2030 ook winst uit onderneming geniet. Stel dat betrokkene reeds in 2027 ziek is geworden en als gevolg daarvan minder winst geniet. De wachttijd vangt aan per 1 januari 2030. Na het vaststellen van het recht op uitkering na 104 weken wachttijd, wordt niet naar de winst uit onderneming over het jaar 2026 danwel het gemiddelde van de jaren 2024 tot en met 2026 gekeken. Gekeken wordt naar het jaar 2029 danwel het gemiddelde van de jaren 2027 tot en met 2029.

inwerkingtreding van dit voorstel onderdeel te laten zijn van de uitkeringsgrondslag. Dat zou de houdbaarheid en uitvoerbaarheid van het stelsel onder druk zetten.

5.3.4 Samentellingsregeling

Als de verzekerde hersteld is (gemeld) tijdens de wachttijd, maar binnen minder dan vier weken weer door ziekte niet in staat is de eigen arbeid te verrichten, dan worden deze perioden van ongeschiktheid voor eigen arbeid voor het bepalen van de wachttijd bij elkaar opgeteld. Ook perioden die direct voorafgaan aan, en aansluiten op, een periode waarin uitkering in verband met zwangerschap of bevalling wordt ontvangen, worden samengeteld. Dit is niet het geval indien de ongeschiktheid voorafgaande aan de periode van uitkering in verband met zwangerschap of bevalling voortkomt uit een andere oorzaak dan de ongeschiktheid aansluitende op die periode van uitkering in verband met zwangerschap of bevalling.

5.4 Het arbeidsongeschiktheidscriterium

Met dit wetsvoorstel kan de verzekerde zelfstandige aanspraak maken op een uitkering wanneer diegene ziek wordt, de wachttijd heeft doorlopen, arbeidsongeschikt wordt bevonden en niet van het recht op uitkering dient te worden uitgesloten. Zoals in paragraaf 5.1 is toegelicht, is van ziek zijn sprake wanneer een verzekerde als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte ongeschikt is om arbeid te verrichten. Gedurende de wachttijd gaat het om de vraag of de verzekerde wegens ziekte ongeschikt is voor eigen arbeid (zie paragraaf 5.3). Voor het ontstaan van recht op uitkering en de vraag of sprake is van arbeidsongeschiktheid, dient de vraag te worden beantwoord of de verzekerde wegens ziekte ongeschikt is voor algemeen geaccepteerde arbeid. Dit criterium wordt hieronder nader toegelicht.

De regering kiest in dit wetsvoorstel voor een absoluut criterium voor arbeidsongeschiktheid: van arbeidsongeschiktheid is sprake indien de zelfstandige als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte (gebrek, zwangerschap of bevalling) niet in staat is met arbeid ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. Daarbij wordt onder arbeid in dit wetsvoorstel verstaan: algemeen geaccepteerde arbeid, die de ondergrens van de verdiencapaciteit markeert, met een minimale belasting. Voor een toelichting op de beoordeling van dit arbeidsongeschiktheidscriterium wordt verwezen naar hoofdstuk 7.

Het arbeidsongeschiktheidscriterium in dit wetsvoorstel wijkt af van het criterium dat in 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 betrokkene nog verdienen, ten opzichte van het inkomen genoten voor het intreden van ziekte? In dit wetsvoorstel is voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid niet relevant welk inkomen de verzekerde voorafgaand aan het intreden van ziekte had, maar is de verdiencapaciteit van de verzekerde op basis van algemeen geaccepteerde arbeid op zichzelf leidend bij de vraag of iemand arbeidsongeschikt is. Oftewel er is sprake van arbeidsongeschiktheid als de verzekerde niet in staat is om met arbeid ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. De keuze voor het hiervoor vermelde criterium wijkt overigens af van het advies van de Stichting van de Arbeid.[162] De redenen licht de regering hieronder toe.

De regering is van mening dat een absoluut criterium aansluit bij het streven naar een adequate voorziening in geval van arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen. De mate van bescherming die dit wetsvoorstel biedt is maximaal het wettelijk minimumloon.[163] De beoogde maximering van de uitkering zorgt ervoor 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

[162] 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.

[163] Zie hoofdstuk 6 en Stichting van de Arbeid (2020), *Keuze voor zekerheid*.

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 degene nog zou kunnen verdienen gegeven diens beperkingen. 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 heldere koppeling tussen de gevolgen van ziekte en het recht op een uitkering. Dit verhoogt de uitlegbaarheid van het criterium.

Daarnaast is in gesprekken met professionals in de uitvoering en met zelfstandigenorganisaties duidelijk geworden dat een relatief arbeidsongeschiktheidscriterium, zoals in de Wet WIA wordt toegepast, 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 en een voorschot op de uitkering ontvangt, maar waarbij betrokkene op een later moment, ten gevolge van een definitieve aanslag, bij nader inzien niet arbeidsongeschikt blijkt te zijn door verandering van het maatmaninkomen en het voorschot moet terugbetalen. Dat acht de regering lastig uitlegbaar.

Voor zelfstandigen die ook in loondienst werken en daardoor ook verzekerd zijn voor de Wet WIA leidt de keuze voor een absoluut criterium ertoe dat zij in geval van ziekte met twee criteria te maken kunnen hebben. Het kan zodoende voorkomen dat zij voor de Wet WIA wél arbeidsongeschikt zijn en voor dit wetsvoorstel niet. Dit doet op zichzelf echter niet af aan de uitlegbaarheid van het voor dit wetsvoorstel gekozen criterium, zoals hiervoor is toegelicht. Vanwege een dusdanig verschil in aard van de werkzaamheden en inkomen acht de regering ten aanzien van zelfstandigen aangewezen een ander arbeidsongeschiktheidscriterium te hanteren. Dat zelfstandigen, die ook in loondienst werkzaam zijn, te maken kunnen krijgen met verschillende regimes is daarvan een logisch gevolg dat door de regering wordt geaccepteerd. Het hanteren van een franchise – zie ook paragrafen 5.6, 6.1.5 en 9.5 voor een nadere toelichting – voorkomt dit ten dele; hybride werkenden die meer dan 142,86% van het wettelijk minimumloon per jaar aan loon uit dienstbetrekking verdienen zullen niet te maken krijgen met samenloop van een WIA-uitkering met een uitkering op grond van dit wetsvoorstel.

Uitvoerbaarheid
Het voorgestelde criterium vraagt een beperktere capaciteit van de uitvoering dan het criterium dat geldt in de Wet WIA. De verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige beoordeling van arbeidsongeschiktheid volgens de Wet WIA is noodzakelijkerwijs arbeidsintensief en zou voor dit wetsvoorstel betekenen dat niet alleen beoordeeld moet worden of iemand nog ten minste het wettelijk minimumloon kan verdienen, maar ook hoeveel meer precies en of de arbeidsongeschiktheid duurzaam is. Bij het voorgestelde absolute

criterium moet worden vastgesteld of iemand nog ten minste het wettelijk minimumloon kan verdienen, maar hoeveel meer de zelfstandige nog kan verdienen en of er sprake is van duurzame arbeidsongeschiktheid 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.

Zoals hiervoor is toegelicht zal UWV voor zelfstandigen die zowel op grond van dit wetsvoorstel als voor de Wet WIA verzekerd zijn, vanwege een verschil in arbeidsongeschiktheidscriteria, in beginsel twee beoordelingen moeten uitvoeren. In dergelijke gevallen acht de regering het, om onnodige dubbele werkzaamheden te voorkomen, in beginsel aangewezen de bevindingen uit het WIA-onderzoek zoveel mogelijk te betrekken bij de in het kader van dit wetsvoorstel te beantwoorden belastbaarheidsvraag (zie in verband hiermee ook paragraaf 7.2).

Betaalbaarheid
De regering weegt mee dat de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering met dit criterium meer een basisverzekering tegen arbeidsongeschiktheid wordt, met een lagere kostendekkende premie, dan met 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, zoals dat in de Wet WIA wel het geval is. 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 wettelijk minimumloon voor hogere inkomens een beperkt vervangend 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, zou met een maximering van de uitkering op minimumloonniveau een bruto-uitkering krijgen ter hoogte van 50% van het wettelijk minimumloon. Dat staat voor deze betrokkene gelijk aan circa 15% van diens winst uit onderneming voordat die ziek werd.

5.5 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. Als de betreffende uitsluitingsgrond zich niet meer voordoet, kan het recht op uitkering later ontstaan. 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.

Ten overvloede wordt opgemerkt dat het niet betalen van de op grond van dit voorstel verschuldigde premie geen uitsluitingsgrond is voor het recht op uitkering. De niet betaalde premie is wel verschuldigd, en kan door de Belastingdienst worden ingevorderd.

Vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel
Het recht op uitkering ontstaat niet of eindigt indien betrokkene rechtens zijn vrijheid is ontnomen.[164] 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

[164] 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.

aanmerking komen voor deelname aan een penitentiair programma of voor nader te benoemen vormen van verlof.[165]

Het gegeven 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.

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 dit voorstel 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 daarvoor nader paragraaf 16.1.

Het ontheven zijn van de verplichtingen op grond van dit voorstel in verband met gemoedsbezwaren
Is de betrokkene vanwege gemoedsbezwaren ontheven van de verplichtingen op grond van dit voorstel, ontstaat er geen recht op uitkering en eindigt een eventueel bestaand recht op uitkering.[166]

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 de WAZ ontstaat geen recht op een uitkering bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Een bestaand recht eindigt op de dag dat de betrokkene 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.

Het reeds hebben van een uitkering op grond van dit wetsvoorstel
Er kan op elk gegeven moment niet meer dan één uitkeringsrecht op grond van dit wetsvoorstel bestaan. Er ontstaat ook geen tweede recht op uitkering indien er tijdens een reeds lopend recht op uitkering opnieuw sprake is van verlies van inkomen als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Wel kan die situatie onder voorwaarden leiden tot een verhoging van de reeds bestaande uitkering.[167]

---

[165] Zie het Besluit extramurale vrijheidsbeneming en sociale zekerheid.

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

[167] Zie in dit verband paragraaf 6.1.4.

Gemoedsbezwaarden
Het recht op uitkering ontstaat niet indien de betrokkene wegens gemoedsbezwaren ontheven is van de verplichtingen op grond van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen.

5.6 Zelfstandigen die zowel voor dit voorstel als voor de Wet 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 2019 had ongeveer 35% van de ondernemers te maken met samenloop van deze twee vormen van inkomen. Deze twee grondslagen worden in aanmerking genomen als premieloon voor de Wet WIA en als premie-inkomen voor dit wetsvoorstel. Zonder nadere bepaling, wordt er afzonderlijk premie betaalt over elk van deze twee inkomenscomponenten.[168] 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 grond van dit voorstel. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer de hybride werkende vanwege een relatief hoog referte-inkomen voor de Wet WIA meer dan 35% arbeidsongeschiktheid is, terwijl diegene nog wel het wettelijk minimumloon kan verdienen. Dit kan afdoen aan de uitlegbaarheid van het stelsel in deze situaties.

In lijn met bovenstaande 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.

Dit kan (gedeeltelijk) worden voorkomen door het hanteren van een franchise (met andere woorden: een vrijstelling van een deel van het inkomen). Als het hoofdinkomen van de zelfstandige is gelegen in de dienstbetrekking, kan dit inkomen als franchise worden gehanteerd voor de premie- en uitkeringsgrondslag op grond van dit wetsvoorstel.[169]

Een gesimplificeerd voorbeeld ter verduidelijking: persoon A verdient jaarlijks € 80.000 inkomen uit dienstbetrekking als werknemer en daarnaast € 20.000 aan winst uit onderneming. In dit voorbeeld gaan we ervan uit dat de maximale premie- en uitkeringsgrondslag van 142,86% van het wettelijk minimumloon per jaar € 38.000 bedraagt. Zonder franchise betaalt de zelfstandige premie over de genoten winst, en de werkgever betaalt – gemaximeerd – premie voor de Wet WIA. Om dat te voorkomen kan de regel worden gehanteerd dat de maximale premie- en uitkeringsgrondslag verminderd worden met het genoten inkomen als werknemer. De premie- en uitkeringsgrondslag worden dan nog steeds gebaseerd op de genoten winst uit onderneming, maar het maximum van die grondslagen wordt lager naarmate er meer inkomen uit dienstbetrekking als werknemer is genoten. In het bovenstaande voorbeeld zouden de premie- en uitkeringsgrondslag voor de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen op nihil (€ 0) worden gesteld. De maximale uitkeringsgrondslag van € 38.000 wordt in dit voorbeeld namelijk verminderd met € 80.000 aan loon uit dienstbetrekking. De genoten winst van € 20.000 vormt daarom in het geheel geen grondslag voor de premie- en uitkeringsgrondslag. Had persoon A niet € 80.000 maar € 20.000 aan inkomen uit dienstbetrekking genoten was de uitkomst anders geweest. De maximale uitkeringsgrondslag van € 38.000 wordt dan verminderd met € 20.000 aan loon uit dienstbetrekking; de maximale grondslag wordt daarmee vastgesteld op € 18.000. De genoten winst van € 20.000 vormt daarom voor een omvang van € 18.000 de premie- en uitkeringsgrondslag voor de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering.

---

[168] Overigens wordt bijvoorbeeld WGA-component in de Whk-premie betaald door de werkgever.

[169] Ook de WAZ kent een vorm van franchise waarbij, met name de uitwerking voor de berekening van de uitkeringsgrondslag, in grote mate toepasbaar is op onderhavig wetsvoorstel.

Bij de toepassing van een franchise kunnen kanttekeningen worden geplaatst. Zo brengt het bij de berekening van zowel de premie- als uitkeringsgrondslag in de uitvoering extra complexiteit met zich mee in de vorm van een extra inkomenscomponent dat onderdeel wordt van de berekening. Ook heeft toepassing van de franchise tot gevolg dat de som van de uitkeringsgrondslagen van, en dus ook de som van de uitkeringen op grond van de Wet WIA en de uitkering op grond van dit voorstel in totaal lager kunnen liggen dan het wetsvoorstel zonder een franchise. Dat betekent dat hybride werkenden die arbeidsongeschikt raken, met een grotere inkomensterugval geconfronteerd kunnen worden ten opzichte van het wetsvoorstel zonder franchise. Door de franchise wordt de dekking voor hybride werkenden in veel gevallen namelijk lager (waar overigens tegenover staan dat voor de hybride werkenden daarmee ook de premielasten lager zijn). Tot slot heeft de franchise het effect dat een deel van de zelfstandigen geen of minder premie op grond van dit wetsvoorstel hoeven te betalen over de genoten winst uit onderneming, wat de doelstelling om een gelijker speelveld te bereiken in mindere mate bereikt. Immers, zelfstandigen die niet ook in loondienst werken dienen volledig premie te betalen voor voorliggende verzekering en kunnen deze kosten niet ontlopen. Zij zullen mogelijk deze kosten in hun tariefstelling moeten verdisconteren. De hybride ondernemer hoeft dat niet of navenant niet te doen. Overigens gaat deze vergelijking niet helemaal op, en draagt dit voorstel in minder vaak voorkomende situaties juist bij aan het bereiken van een gelijker speelveld. De premielast en dekking is grosso modo gelijk voor zelfstandigen die alleen winst uit onderneming genieten van € 76.000, en voor hybride werkenden die € 38.000 als inkomen uit loondienst verdienen en € 38.000 als winst uit onderneming. Voor beide groepen geldt dat het totale verzekerde bedrag € 38.000 bedraagt, met het hanteren van een franchise.

De regering heeft er, alles overwegend, voor gekozen om een dergelijke franchise te hanteren. Daarvoor zijn de volgende redenen doorslaggevend.

Ten eerste komt een franchise tegemoet aan de door zelfstandigen geuite wens om de zelfstandige niet óók op grond van dit wetsvoorstel te verzekeren als er, bij arbeidsongeschiktheid, ook uitzicht is op een uitkering op grond van de werknemersverzekeringen.[170] Vanuit het uitgangspunt dat zelfstandigen minimaal een adequate (basis)verzekering voor het risico van arbeidsongeschiktheid moeten hebben (ongeacht of dat op grond van dit voorstel of bijvoorbeeld de Wet WIA is) acht de regering dekking uit hoofde van dit wetsvoorstel niet nodig indien het risico op arbeidsongeschiktheid in voldoende mate is afgedekt via de Wet WIA. De regering is daarbij van mening dat, mits de omvang van het totale inkomen verzekerd op grond van de Wet WIA en op grond van dit wetsvoorstel in totaal minimaal 142,86% van het wettelijk minimumloon bedraagt, zelfstandigen hebben voorzien in een basisverzekering voor arbeidsongeschiktheid. De regering constateert dat dit uitgangspunt ook past bij de aard van de met dit wetsvoorstel voorgestelde verzekering dat, gezien de uitkering van maximaal het wettelijk minimumloon, primair het karakter heeft van een basisverzekering tegen inkomensverlies als gevolg van arbeidsongeschiktheid.
De regering heeft hierbij in overweging genomen in hoeverre een franchise eraan debet kan zijn dat – in het geval van (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid – geen (totaal aan) uitkering van ten minste het wettelijk minimumloon wordt verstrekt, terwijl dat zonder de franchise wel het geval zou zijn. De kans dat dit gebeurt, schat de regering in als zeer gering en daarmee te accepteren.[171] De regering acht dit bijvoorbeeld mogelijk indien de betrokkene, door verwijtbaar handelen een maatregel krijgt opgelegd waarmee de WIA-uitkering tot een lager bedrag dan het wettelijk minimumloon wordt verminderd. Ook

[170] Zie paragraaf 19.1.4.

[171] Zo mogelijk ten overvloede: in de Wet WIA wordt in de vervolgfase en indien betrokkene minder verdient dan zijn zogeheten inkomenseis, de WIA-uitkering gebaseerd op een percentage van het wettelijk minimumloon. Daarmee kan de betrokkene minder WIA-uitkering verkrijgen dan het wettelijk minimumloon. Nu dit alleen plaatsvindt bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (anders geldt ook geen inkomenseis) zal betrokkene ook niet in aanmerking zijn gekomen voor een uitkering op grond van dit voorstel. Dat brengt dus met zich mee dat het hanteren van een franchise in deze geschetste situatie geen invloed heeft op het totaal uit uitkering vanuit de Wet WIA en voorliggend voorstel verkregen.

kan deze situatie zich voordoen als een werknemer tijdens de periode van loondoorbetalingverplichting bij ziekte (als bedoeld in artikel 7:628 Burgerlijk Wetboek) op eigen initiatief diens arbeidsovereenkomst beëindigt waardoor die het recht op loondoorbetaling verliest en potentieel ook diens uitzicht en recht op een uitkering op grond van een werknemersverzekering. Het bijvoorbeeld als gevolg van een benadelingshandeling vermindering van uitkering of als gevolg van een benadelingshandeling verlies aan uitzicht/recht op uitkering op grond van de Wet WIA of een andere werknemersverzekering leidt dus niet tot een andere systematiek van de berekening van de uitkeringsgrondslag of een compensatie van dat verlies dat opgevangen wordt op grond van dit wetsvoorstel.

Ten tweede zal de betreffende zelfstandige, indien de zelfstandige bij arbeidsongeschiktheid in de regel uitzicht heeft op een uitkering ter hoogte van het wettelijk minimumloon, ook als dat gedeeltelijk of geheel op grond van de Wet WIA is, in de regel ook geen beroep doen op de algemene voorzieningen. In samenhang met het bovenstaande acht de regering de noodzaak van dekking op grond van de in dit wetsvoorstel geregelde basisverzekering afhankelijk van de omvang van het voor de Wet WIA verzekerde loon respectievelijk geheel niet en gedeeltelijk niet langer aanwezig.

Ten derde kan door de franchise het aantal samenloopsituaties (uitkering op grond van dit wetsvoorstel én uitkering op grond van de Wet WIA) worden beperkt. In 2019 genoot volgens cijfers van de Belastingdienst ruim 10%% van de zelfstandigen ten minste 142,86% van het wettelijk minimumloon per jaar aan inkomen uit dienstbetrekking als werknemer. Voor die groep geldt dat er, bij het ontstaan van arbeidsongeschiktheid, in de meeste gevallen geen samenloop tussen WIA-uitkering en uitkering op grond van dit wetsvoorstel zal ontstaan. Samenloop van uitkering wordt zowel voor uitkeringsgerechtigden en de uitvoering (UWV) als ongewenst en zeer complex ervaren en het beperken daarvan acht de regering dan ook wenselijk.

De exacte uitwerking van de franchise (aan de premiekant ook wel de premievrije voet) en de gevolgen daarvan voor de premie- en uitkeringsgrondslag zijn nader uiteengezet in paragrafen 6.1.5 en 9.5.

5.7 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 op basis van algemeen geaccepteerde arbeid weer in staat is om ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. In dat geval is de verzekerde niet langer arbeidsongeschikt en wordt de uitkering beëindigd. Het recht op uitkering eindigt in dat geval, zoals gebruikelijk in de vigerende arbeidsongeschiktheidswetgeving voor werknemers, niet direct maar na een uitlooptermijn van twee maanden om de verzekerde in staat te stellen zich voor te bereiden op zijn nieuwe inkomenssituatie.

Einde recht op uitkering als gevolg van feitelijk verrichte arbeid

De conclusie dat de verzekerde weer in staat is om ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen en niet langer arbeidsongeschikt is, kan ook volgen uit de omstandigheid dat de verzekerde feitelijk (daadwerkelijk) arbeid verricht en daarmee ten minste het wettelijk minimumloon per maand verdient. Het recht op uitkering eindigt in dat geval pas na een uitlooptermijn van een jaar.

Deze langere uitlooptermijn beoogt (op overeenkomstige wijze als in de Wet WIA) deze verzekerde te stimuleren aan het werk te gaan of te blijven zonder dat direct zijn recht op uitkering eindigt.

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

In deze paragraaf komt aan de orde onder welke voorwaarden een recht op uitkering dat eerder niet is ontstaan, later alsnog kan ontstaan. Ook komt in deze paragraaf aan bod onder welke voorwaarden een eerder geëindigd recht op uitkering herleeft.

5.8.1 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 later alsnog verkrijgen van de uitkering is voldaan. Daarbij moet in drieërlei opzicht onderscheid worden gemaakt tussen de verschillende uitsluitingsgronden.

Ten eerste zijn er een aantal uitsluitingsgronden (het bereiken van de AOW-gerechtigde leeftijd, overlijden, het reeds hebben van een uitkering op grond van dit wetsvoorstel en het zijn van gemoedsbezwaarde) die, als ze zich voordoen op de eerste dag na afloop van de wachttijd, ertoe leiden dat het recht op uitkering niet later 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 de betrokkene zich onttrekt aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel, omdat de betrokkene is ontheven van de verplichtingen op grond van deze wet in verband met gemoedsbezwaren of omdat de betrokkene een uitreiziger is.

Tot slot kan, indien geen recht op uitkering is ontstaan omdat er aan het einde van de wachttijd geen sprake was van arbeidsongeschiktheid, alsnog een recht op uitkering ontstaan als er op een later moment wel sprake is van arbeidsongeschiktheid (en aan de overige voorwaarden voor het later ontstaan van recht op uitkering is voldaan). In lijn met de Wet WIA wordt aan deze mogelijkheid tot het later alsnog ontstaan van recht op uitkering echter wel een begrenzing van vijf jaar (vanaf einde wachttijd) gesteld, voor zover de arbeidsongeschiktheid voortkomt uit dezelfde oorzaak als op grond waarvan de betrokkene gedurende de wachttijd ongeschikt was tot het verrichten van de eigen arbeid. In het geval de arbeidsongeschiktheid voortkomt uit een andere oorzaak dan de oorzaak op grond waarvan de zelfstandige gedurende de wachttijd ongeschikt was tot het verrichten van de eigen arbeid geldt een begrenzing van vier weken (vanaf einde wachttijd).

5.8.2 Het herleven van het recht op uitkering

Een eerder geëindigd recht op uitkering kan onder bepaalde voorwaarden weer herleven. 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).

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 uitkering mits is voldaan aan de overige voorwaarden:

- Het recht op uitkering is geëindigd omdat de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is. Als de betrokkene opnieuw arbeidsongeschikt wordt, herleeft het recht op uitkering als de arbeidsongeschiktheid voortkomt uit dezelfde oorzaak als op basis waarvan de betrokkene eerder

recht op uitkering had. In dit geval geldt een herlevingstermijn van vijf jaar vanaf de datum van de beëindigde uitkering.
- Het recht op uitkering is geëindigd omdat de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is. Als de betrokkene opnieuw arbeidsongeschikt wordt, herleeft het recht op uitkering als de arbeidsongeschiktheid voortkomt uit een andere oorzaak als op basis waarvan de betrokkene eerder recht op uitkering had. 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 de betrokkene zich onttrekt aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel, omdat de betrokkene is ontheven van de verplichtingen op grond van dit voorstel 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.

5.9 Beperking terugwerkende kracht van de dag waarop recht op uitkering bestaat

Ten aanzien van de dag waarop het recht op uitkering kan worden toegekend, wordt in lijn met andere arbeidsongeschiktheidswetten wel een beperking opgelegd. Het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt niet vastgesteld over perioden gelegen voor 52 weken voorafgaand aan de dag waarop de aanvraag om een arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt ingediend. In lijn met andere arbeidsongeschiktheidswetten heeft UWV in bijzondere gevallen de bevoegdheid om het recht op uitkering eerder in te laten gaan dan 52 weken voor de aanvraag. Dit geldt zowel voor het ontstaan van het recht op uitkering als het later ontstaan en herleving van dat recht op uitkering. De begrenzing ten aanzien van het recht op uitkering wijkt hier wel af van de op grond van dit wetsvoorstel geregelde begrenzing voor het doen van de ziekmelding (zie paragraaf 5.3). Er bestaat echter geen aanleiding om de terugwerkende kracht van de dag waarop het recht op uitkering kan ontstaan ook tot dertien weken voor de aanvraag te beperken. Vanwege de verplichte ziekmelding zal UWV in dat geval immers al wel over gegevens kunnen beschikken die (mede) aan de beoordeling van het recht op uitkering ten grondslag kunnen worden gelegd en daarnaast verwacht de regering dat een laattijdige aanvraag om uitkering ook minder vaak zal plaatsvinden, omdat de verzekerde bij deze aanvraag een (direct) financieel belang heeft.

6. De hoogte van de uitkering

6.1 Uitkeringsgrondslag

Indien recht op uitkering bestaat, moet worden bepaald hoe hoog deze uitkering moet zijn. Daarvoor zijn een aantal elementen van belang, waaronder de grondslag. 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 ongeschiktheid voor eigen werk als zelfstandige gemiddeld per dag heeft genoten.

Dat betekent, als voorbeeld, dat als een zelfstandige op 1 april 2032 ziek is geworden en 104 weken later als arbeidsongeschikt wordt beoordeeld, er wordt gekeken naar de grondslag uit het jaar 2031 (van 1 januari tot 31 december van dat jaar). Op deze manier, gecombineerd met de in paragraaf 6.1.3 uiteengezette middelingsregeling, wordt op een uitvoerbare wijze een uitkeringsgrondslag vastgesteld die de regering passend en representatief vindt om een potentieel langjarige uitkering op te baseren. Het gevolg van deze keuze is dat een eventuele lagere winst als gevolg van de ziekte of gebrek (in dit voorbeeld de winst in 2032), geen gevolgen heeft voor de vaststelling van de hoogte van de uitkeringsgrondslag.

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.[172]

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

6.1.2 De maximale uitkeringsgrondslag

De uitkeringsgrondslag is maximaal 142,86% van het wettelijk minimumloon.[173] Hiermee bedraagt een uitkering maximaal 100% van het wettelijk minimumloon. De regering kiest ervoor om voor deze regeling de uitkering geen vakantiebijslag-component te geven, zie verder paragraaf 6.4.5. Zodoende wordt voor de uitkeringsgrondslag ook het wettelijk minimumloon genomen zonder minimumvakantiebijslag. Voor de maximering van de uitkeringsgrondslag op 142,86% van het wettelijk minimumloon (en bijbehorend uitkeringspercentage) kiest de regering omdat dit ten eerste aansluit bij de mate van bescherming die zij passend acht. De gekozen grondslag voorkomt 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 dit voorstel als inkomensbron heeft. Ten tweede omdat deze grondslag ook resulteert in een betaalbare verzekering, omdat de premiegrondslag tot een logische equivalentie staat tot de uitkeringsgrondslag. Met de gekozen grondslag 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. 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 grondslag. Daarmee sluit de gemiddelde uitkeringsgrondslag aan bij de betaalde premie over de betreffende drie jaren. Een voorbeeld ter verduidelijking:

Jaar	**Belastbare winst uit onderneming**	**Voor de uitkeringsgrondslag in aanmerking genomen**	**(Gemiddelde) uitkeringsgrondslag**

[172] Zo overweegt de regering om aansluiting te zoeken bij hetgeen geregeld is voor de werknemersverzekeringen in artikel 3:2 van het Algemeen inkomensbesluit socialezekerheidswetten, waarbij onder andere de in artikel 3.78, derde lid, Wet IB 2001 genoemde stakingswinst niet als onderdeel van het inkomen wordt beschouwd.

[173] Het gaat hier om het wettelijk minimumloon per maand als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel b, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag. Door het delen van dat bedrag door 21,75 wordt de maximale uitkeringsgrondslag per dag vastgesteld.

		belastbare winst uit onderneming	
2029	-/- € 5.000	€ 0	
2030	€ 50.000	€ 38.000[174]	
2031	€ 16.000	€ 16.000	
			€ 18.000

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 regelmatig 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. [175] 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.

6.1.4 Uitkeringsgrondslag bij later ontstaan of herleven van een recht op uitkering of bij het ontstaan van een fictief tweede recht

In deze subparagraaf worden enkele uitzonderingen op de eerder in deze paragraaf uitgezette hoofdregel uiteengezet. Het gaat hier om een drietal situaties.

Ten eerste gaat het om de situatie dat een recht op uitkering later ontstaat, omdat de verzekerde pas later dan het einde van de wachttijd arbeidsongeschikt is.[176] Een dergelijke situatie roept de vraag op over welke periode de uitkeringsgrondslag moet worden vastgesteld. De regering stelt voor dat de uitkeringsgrondslag voor deze zelfstandigen ten minste gelijk is aan de grondslag die zou zijn vastgesteld als bij het einde van de wachttijd wel een recht op een uitkering zou zijn ontstaan, vermeerderd met de reguliere indexeringen.[177]

Ten tweede gaat het om de situatie dat een recht op uitkering herleeft, omdat de verzekerde wederom arbeidsongeschikt is.[178] Voor deze situatie geldt ongeveer hetzelfde. De uitkeringsgrondslag voor dit recht is ten minste gelijk aan de grondslag die in aanmerking is genomen voor de uitkering, alvorens deze werd beëindigd.[179]

Ten derde wordt voorgesteld om de grondslag opnieuw te kunnen vaststellen in de fictieve situatie dat er een tweede recht op uitkering zou ontstaan.[180] Deze mogelijkheid is uitsluitend fictief, nu er geen twee rechten op uitkering op grond van dit voorstel tegelijk kunnen bestaan.[181] De situatie kan zich voordoen

[174] Voor dit voorbeeld is 142,86% van het wettelijk minimumloon gelijkgesteld aan € 38.000.

[175] Uit onderzoek uit 2018 blijkt bijvoorbeeld dat 67% van de zzp'ers rapporteert in grote mate te maken te hebben met een fluctuerend inkomen, 20% geeft aan daar in meer of mindere mate mee te maken te hebben. Zie Van Putten et. al. (2018). *Wijzer in geldzaken, financiële veerkracht van zzp'ers bij een fluctuerend inkomen*. Fluctuatie van inkomen, en de mate waarin het voorkomt, komt bij zelfstandigen meer voor dan bij werknemers. Zie CPB (2016). *Zelfstandigen en hun alternatieven voor arbeidsongeschiktheid*. Achtergronddocument bij Policy Brief 2016/11. Den Haag: Centraal Planbureau.

[176] Zie meer specifiek de laatste alinea van paragraaf 5.8.1 van deze toelichting.

[177] Vgl. artikel 21 van het Dagloonbesluit werknemersverzekeringen en artikel 20, vierde lid, WAZ.

[178] Zie meer specifiek de eerste twee bullets in de opsomming in paragraaf 5.8.2 van deze toelichting.

[179] Vgl. artikel 20, vierde lid, WAZ.

[180] Vlg. artikel 13a Wet WIA.

[181] Zie paragraaf 5.5 en de daar genoemde uitsluitingsgrond.

dat de zelfstandige recht op een uitkering verkrijgt, en vervolgens in staat is met arbeid winst uit onderneming te genereren en voor die arbeid ook uitvalt. Voorgesteld wordt in deze situatie de uitkeringsgrondslag opnieuw vast te stellen, indien dat leidt tot een hogere uitkeringsgrondslag dan die eerder in aanmerking is genomen voor het recht op uitkering. Hiermee wordt werken vanuit de uitkering ook lonend indien de verzekerde (wederom) niet langer in staat is om te ondernemen.

6.1.5 De uitkeringsgrondslag voor de zelfstandige die ook inkomen als werknemer geniet

Er zijn mensen die gelijktijdig werknemer en ondernemer zijn. Er zijn ook situaties waarbij mensen zowel een uitkering op grond van een van de werknemersverzekeringen genieten (zoals de Wet WIA) én daarnaast winst uit onderneming genieten. Voor deze groepen verzekerden geldt dat het risico van inkomensverlies ten gevolge van arbeidsongeschiktheid al geheel of gedeeltelijk is afgedekt via de werknemersverzekeringen. Voor deze mensen geldt een lagere uitkeringsgrondslag dan de hierboven genoemde 142,86% van het wettelijk minimumloon exclusief vakantiebijslag (zie ook paragrafen 6.1.2 en 6.4.5). Voor deze mensen geldt tegelijkertijd ook een lagere premielast zodat verplichtingen (omvang van de af te dragen premie) en rechten (mogelijke uitkeringsrechten en de omvang daarvan) dicht bij elkaar blijven. Zie voor de berekening van de premiegrondslag paragraaf 9.5 en voor de overwegingen achter de franchise ook paragraaf 5.6.

Bij toepassing van de franchise zijn er, na het ontstaan van arbeidsongeschiktheid op grond van dit wetsvoorstel, vier situaties te onderscheiden:

- Situatie 1: de verzekerde heeft recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel en heeft met ingang van dezelfde dag ook recht op een uitkering krachtens de Wet WIA.
- Situatie 2: de verzekerde heeft recht op een uitkering op grond van dit wetsvoorstel, was op de eerste ziektedag zowel verzekerd op grond van dit wetsvoorstel als op grond van de Wet WIA, maar heeft op de eerste ziektedag (nog) geen recht op uitkering op grond van de Wet WIA.
- Situatie 3: de verzekerde heeft recht op een uitkering op grond van dit wetsvoorstel, was op de eerste ziektedag verzekerd op grond van dit wetsvoorstel én genoot op de eerste ziektedag al recht op een uitkering krachtens de Wet WIA of een andere werknemersverzekering.
- Situatie 4: de verzekerde valt onder zowel de situatie beschreven onder punt 2 als onder punt 3.

Situatie 1: de verzekerde heeft recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel en heeft met ingang van dezelfde dag ook recht op een uitkering krachtens de Wet WIA

In de eerste situatie gaat het om de verzekerde die gelijktijdig niet langer in staat is het werk als zelfstandige én als werknemer uit te voeren met uiteindelijk, na een wachttijd van 104 weken, met ingang van dezelfde dag zowel recht op een WIA-uitkering als recht op een uitkering op grond van dit voorstel.

In bovenstaande situatie wordt de maximale uitkeringsgrondslag (142,86% van het wettelijk minimumloon) verminderd met een bedrag dat gelijk is aan wat aan de WIA-uitkering ten grondslag ligt. In de regel gaat het dan om het voor de Wet WIA geldende (dag)loon dat de werknemer in de twaalf maanden voorafgaand aan het aangiftetijdvak waarin de betrokkene ziek werd verdiend heeft. Het effect hiervan is dat de uitkeringsgrondslag niet meer zal zijn dan het verschil tussen enerzijds de grondslag voor de WIA-uitkering en anderzijds 142,86% van het wettelijk minimumloon. Op deze manier wordt bereikt dat de hoogte van de uiteindelijke uitkering op grond van dit voorstel, de WIA-uitkering tot niet meer aanvult dan 100% van het wettelijk minimumloon.

Een voorbeeld bij situatie 1:

- Hümeyra werkt als werknemer in loondienst en gelijktijdig als zelfstandige. Zij verdient als werknemer € 20.000 op jaarbasis en als zelfstandige € 35.000 op jaarbasis.
- In dit voorbeeld gaan we uit van een maximale uitkeringsgrondslag van € 38.000.

- Zij valt op 1 maart 2035 zowel uit voor haar werkzaamheden als zelfstandige als voor haar werkzaamheden als werknemer.
- Na afloop van de wachttijd vraagt Hümeyra voor beide verzekeringen een uitkering aan. Voor de berekening van de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel wordt gekeken naar de winst uit onderneming in het kalenderjaar vóór het kalenderjaar waarin Hümeyra ziek werd: 2034.
- In 2034 verdiende Hümeyra € 35.000 winst als zelfstandige. De uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel is dus, zonder de franchise, € 35.000.
- Nu Hümeyra op dezelfde dag dat zij recht heeft op een uitkering op grond van dit wetsvoorstel ook recht heeft op een uitkering op grond van de Wet WIA wordt de grondslag van die uitkering in mindering gebracht op de maximale uitkeringsgrondslag van dit wetsvoorstel.
- In dit voorbeeld bedraagt de uitkeringsgrondslag voor de Wet WIA € 20.000.
- Door de uitkeringsgrondslag voor de Wet WIA (€ 20.000) in mindering te brengen op de maximale uitkeringsgrondslag van dit voorstel (€ 38.000) wordt de uitkeringsgrondslag € 18.000. Van de € 35.000 aan winst wordt dan ook € 18.000 aan winst als uitkeringsgrondslag gebruikt voor dit wetsvoorstel. De hoogte van de uitkering bedraagt 70% van de grondslag dus in dit geval in beginsel € 12.500 per jaar en € 1.050 per maand.
- Was het inkomen als werknemer in bovenstaande voorbeeld € 7.000 geweest dan was de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel € 31.000 geweest (€ 38.000 – € 7.000 = € 31.000 uitkeringsgrondslag, dus € 31.000 van de € 35.000 aan genoten winst geldt als uitkeringsgrondslag voor onderhavig wetsvoorstel).

Situatie 2: *de verzekerde heeft recht op een uitkering op grond van dit wetsvoorstel, was op de eerste ziektedag zowel verzekerd op grond van dit wetsvoorstel als op grond van de Wet WIA, maar heeft op de eerste ziektedag (nog) geen recht op uitkering op grond van de Wet WIA*
In de tweede situatie gaat het om de hybride werkende die bijvoorbeeld eerder of later uitvalt voor de werkzaamheden als zelfstandige dan voor de werkzaamheden als werknemer. Dat kan onder meer voorkomen in de situatie dat de aard van de werkzaamheden als zelfstandige anders is dan de aard van de werkzaamheden als werknemer, waardoor de verzekerde de werkzaamheden als werknemer langer volhoudt dan de werkzaamheden als zelfstandige of andersom.

Hierdoor ontstaat het recht op uitkering krachtens dit voorstel, na een wachttijd van 104 weken, eerder of later dan een eventueel recht op uitkering krachtens de Wet WIA. Ook kan het recht op uitkering op grond van de Wet WIA, ook bij gelijktijdige uitval voor zowel de werkzaamheden als werknemer als zelfstandige, bijvoorbeeld later ontstaan door een aan de werkgever voor de Wet WIA opgelegde verlenging van de loondoorbetalingsverplichting (loonsanctie), of door vrijwillige verlenging van de loondoorbetaling bij ziekte.

Deze situatie kent twee varianten. Indien er op de dag dat recht op uitkering ontstaat op grond van dit wetsvoorstel nog geen recht op uitkering op grond van de Wet WIA is ontstaan, wordt de maximale uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel verminderd met een bedrag dat gelijk is aan wat de verzekerde voorafgaand aan die eerste ziektedag als werknemer aan inkomsten heeft genoten (situatie 2.1). Meer specifiek gaat het om de inkomsten die de verzekerde genoot, voor zover dat loon als dagloon aan de toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de Wet WIA ten grondslag zou liggen als de betrokkene tevens arbeidsongeschikt zou zijn geworden in de zin van de Wet WIA.

Situatie 2.2 is de situatie dat er gedurende de wachttijd voor dit voorstel een recht op uitkering krachtens een werknemersverzekering ontstaat. In dat geval wordt een bedrag dat gelijk is aan het bedrag dat aan die uitkering ten grondslag lag in mindering gebracht op de maximale uitkeringsgrondslag voor dit voorstel.[182] Meer specifiek gaat het om de inkomsten die de verzekerde genoot, voor zover dat loon als

[182] Met werknemersverzekering wordt hier specifiek bedoeld: uitkering op grond van hoofdstuk 6 of hoofdstuk 7 Wet WIA, een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de WAO, ziekengeld op grond van de ZW, uitkering op grond

dagloon aan de toekenning van een werknemersverzekering ten grondslag ligt als in de wachttijd zoals opgenomen in dit wetsvoorstel recht op uitkering is ontstaan op grond van een werknemersverzekering.

Een voorbeeld bij situatie 2.1:

- Gijs werkt zowel als werknemer in loondienst als, als zelfstandige. Hij verdient op jaarbasis als werknemer € 8.000 en als zelfstandige € 32.000.
- In dit voorbeeld gaan we uit van een maximale uitkeringsgrondslag van € 38.000.
- Hij valt op 1 januari 2035 uit voor zijn werkzaamheden als zelfstandige en op 5 september 2035 voor zijn werkzaamheden als werknemer.
- Na afloop van de wachttijd vraagt hij een uitkering aan op grond van dit wetsvoorstel.
- Voor de berekening van de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel wordt gekeken naar de winst uit onderneming in het kalenderjaar vóór het kalenderjaar waarin Gijs ziek werd: 2034.
- Gijs heeft in 2034 € 32.000 winst uit onderneming genoten, de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel is dus, zonder de franchise, € 32.000.
- Nu Gijs op de eerste ziektedag voor dit voorstel ook verzekerd was voor de Wet WIA worden de inkomsten van Gijs die hij als werknemer, voorafgaand aan de eerste ziektedag genoot, in mindering gebracht op de maximale uitkeringsgrondslag van dit wetsvoorstel. Dit voor zover die inkomsten als dagloon aan de toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de Wet WIA ten grondslag zouden liggen als hij op de eerste ziektedag voor dit wetsvoorstel tevens arbeidsongeschikt zou zijn geworden in de zin van de Wet WIA.
- Door de uitkeringsgrondslag voor de Wet WIA (€ 8.000) in mindering te brengen op de maximale uitkeringsgrondslag van dit voorstel (€ 38.000) wordt de nieuwe maximale uitkeringsgrondslag € 30.000. Van de € 32.000 aan winst wordt dan ook € 30.000 aan winst als uitkeringsgrondslag gebruikt voor de uitkering krachtens dit wetsvoorstel. De hoogte van de uitkering bedraagt 70% van de grondslag dus in dit geval in beginsel € 21.000 per jaar en € 1.750 per maand.
- Was het inkomen van Gijs als werknemer in bovenstaande voorbeeld even hoog geweest als de maximale uitkeringsgrondslag in dit voorbeeld (€ 38.000) dan was de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel € 0 geweest. Was het inkomen als werknemer in bovenstaande voorbeeld € 20.000 geweest dan was de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel € 18.000 geweest (€ 38.000 – € 20.000 = € 18.000 van de € 32.000 aan genoten winst geldt als uitkeringsgrondslag).

In bovenstaand voorbeeld wordt uitgegaan van de situatie dat de zelfstandige voor zijn werkzaamheden als zelfstandige eerder uitvalt dan zijn werkzaamheden als werknemer. De situatie kan ook tegenovergesteld zijn. Denk daarbij aan het volgende voorbeeld (situatie 2.2):

- Samantha werkt zowel als werknemer in loondienst als, als zelfstandige. Zij verdient op jaarbasis als werknemer € 8.000 en als zelfstandige € 32.000.
- In dit voorbeeld gaan we uit van een maximale uitkeringsgrondslag van € 38.000.
- Zij valt op 1 januari 2035 uit voor haar werkzaamheden als werknemer en op 5 september 2035 voor haar werkzaamheden als zelfstandige.
- Na afloop van de wachttijd vraagt zij een uitkering aan op grond van dit wetsvoorstel.
- Voor de berekening van de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel wordt gekeken naar de winst uit onderneming in het kalenderjaar vóór het kalenderjaar waarin Samantha ziek werd: 2034.
- Samantha heeft in 2034 € 32.000 winst uit onderneming genoten, de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel is dus, zonder de franchise, € 32.000.
- Nu Samantha op de eerste ziektedag voor dit voorstel ook verzekerd was voor de Wet WIA en die uitkering na de, voor de Wet WIA geldende wachttijd per 1 januari 2037 is ontstaan wordt de grondslag van die uitkering in mindering gebracht op de maximale uitkeringsgrondslag van dit wetsvoorstel.

van hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 1, van de Wazo of een uitkering op grond van de WW bedoeld.

- Door de uitkeringsgrondslag voor de Wet WIA (€ 8.000) in mindering te brengen op de maximale uitkeringsgrondslag van dit voorstel (€ 38.000) wordt de nieuwe maximale uitkeringsgrondslag € 30.000. Van de € 32.000 aan winst wordt dan ook € 30.000 aan winst als uitkeringsgrondslag gebruikt voor de uitkering krachtens dit wetsvoorstel. De hoogte van de uitkering bedraagt 70% van de grondslag dus in dit geval in beginsel € 21.000 per jaar en € 1.750 per maand.
- Was de grondslag voor de WIA-uitkering van Samantha in bovenstaande voorbeeld even hoog geweest als de maximale uitkeringsgrondslag in dit voorbeeld (€ 38.000) dan was de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel € 0 geweest. Was de grondslag voor de WIA-uitkering in bovenstaande voorbeeld € 20.000 geweest dan was de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel € 18.000 geweest (€ 38.000 – € 20.000 = € 18.000 van de € 32.000 aan genoten winst geldt als uitkeringsgrondslag).
- Had de uitkering op grond van de Wet WIA al bestaan op de eerste ziektedag van dit wetsvoorstel dan was de derde situatie van toepassing geweest.

Situatie 3: de verzekerde heeft recht op een uitkering op grond van dit wetsvoorstel, was op de eerste ziektedag verzekerd op grond van dit wetsvoorstel én genoot op de eerste ziektedag al recht op een uitkering krachtens de Wet WIA of een andere werknemersverzekering

In de derde situatie gaat het om de verzekerde die op de eerste ziektedag op grond van dit voorstel ook al een uitkering krachtens de Wet WIA of een andere werknemersverzekering geniet.[183] Het kan dan bijvoorbeeld gaan om verzekerden die in het verleden als gevolg van arbeidsongeschiktheid uit zijn gevallen als werknemer, een WIA-uitkering hebben gekregen en daarnaast vervolgens nog werkzaamheden als zelfstandige zijn gaan verrichten.

In bovenstaande situatie wordt de maximale uitkeringsgrondslag verminderd met een bedrag dat gelijk is aan de hoogte van de uitkering die de verzekerde op de eerste ziektedag voor deze verzekering genoot. Er is hier de bewuste keuze gemaakt om niet de uitkeringsgrondslag voor de lopende uitkering (op grond van een werknemersverzekering) in mindering te brengen op de maximale uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel, maar om de feitelijke uitkering (op grond van de werknemersverzekering) in mindering te brengen op de maximale uitkeringsgrondslag. De reden daarachter is dat een andere uitvoering ertoe zou kunnen leiden dat verzekerden met een uitkering op grond van een werknemersverzekering wel premie afdragen voor dit wetsvoorstel terwijl daar geen potentiële uitkeringsrechten op grond van dit wetsvoorstel tegenover staan.[184] Dat acht de regering ongewenst.

Toelichting: er is een groep zelfstandigen met een uitkering op grond van een werknemersverzekering ter hoogte van bijvoorbeeld 100% van het wettelijk minimumloon maar minder dan 142,86% van het wettelijk minimumloon (zoals een uitkering op grond van de Wet WIA). Een deel van deze zelfstandigen verricht naast de uitkering nog (meestal beperkt) werkzaamheden als zelfstandige. Omdat de uitkering minder dan 142,86% van het wettelijk minimumloon bedraagt betalen zij over de winst uit onderneming premie op grond van dit wetsvoorstel (over de winst tussen enerzijds de hoogte van de uitkering en anderzijds 142,86% wettelijk minimumloon, zie ook paragraaf 9.5). Vanuit de achtergrond en doelen van de franchise geredeneerd is het niet gewenst dat zij naast de uitkering van 100% het wettelijk minimumloon of meer

[183] Met werknemersverzekering wordt hier specifiek bedoeld: uitkering op grond van hoofdstuk 6 of hoofdstuk 7 Wet WIA, een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de WAO, ziekengeld op grond van de ZW, uitkering op grond van hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 1, van de Wazo of een uitkering op grond van de WW bedoeld.

[184] Bij de berekening van de premiegrondslag is alleen de hoogte van de feitelijk genoten uitkering (die valt onder het loon voor sociale verzekeringen) in mindering gebracht op de maximale premiegrondslag en dus niet de grondslag achter de uitkering. Over winst uit onderneming genoten in een belastingjaar naast, in hetzelfde belastingjaar, genoten WIA-uitkering ter hoogte van 100% van het wettelijk minimumloon, zal op grond van dit wetsvoorstel premie afgedragen zijn (tot maximaal de maximale premiegrondslag). Daar dient tegenover te staan dat er ook mogelijke uitkeringsrechten op grond van dit wetsvoorstel kunnen ontstaan. Zou dit laatste niet het geval zijn dan zou dat leiden tot de onwenselijke situatie dat er enerzijds wél premie is afgedragen over een bedrag aan winst uit onderneming, terwijl dat bedrag niet bij de uitkeringsgrondslag wordt betrokken.

ook nog een eventuele uitkering op grond van dit wetsvoorstel krijgen (zij hebben tenslotte al een uitkering ter hoogte van 100% het wettelijk minimumloon). Onderzocht is of de ongewenste situatie van wel premie betalen maar geen uitkeringsrecht op grond van dit voorstel, aan de premiekant op te lossen is door te werken met een “tweede franchise” speciaal voor deze groep Dat leidt echter tot extra complexiteit en nieuwe, slecht uitlegbare verschillen tussen groepen zelfstandigen. Gebleken is namelijk dat toepassing van een dusdanige tweede franchise alleen uitvoerbaar is indien deze een binair karakter heeft (de maximale premiegrondslag wordt of 100% het wettelijk minimumloon of 142,86% van het wettelijk minimumloon). Dat geeft onvoldoende ruimte om rekening te houden met de situatie dat zelfstandigen gedurende enig kalenderjaar zowel uitkering genieten, als inkomen uit tegenwoordige dienstbetrekking. De regering heeft dan ook besloten dat voor deze groep, onder voorwaarden, alsnog een recht op uitkering krachtens dit wetsvoorstel kan ontstaan op basis van wat in deze beschreven derde situatie is geregeld.

Een voorbeeld bij situatie 3:

- Susan ontvangt een uitkering op grond van de Wet WIA en werkt daarnaast als zelfstandige. Zij geniet op jaarbasis € 25.000 aan WIA-uitkering en nog € 5.000 aan winst als zelfstandige. De uitkering van € 25.000 is in ten behoeve van dit voorbeeld precies 100% van het wettelijk minimumloon.
- In dit voorbeeld gaan we uit van een maximale uitkeringsgrondslag van € 38.000.
- Susan valt op 1 september 2035 uit voor haar werkzaamheden als zelfstandige. Na afloop van de wachttijd voor dit wetsvoorstel vraagt zij een uitkering aan.
- Voor de berekening van de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel wordt gekeken naar de winst uit onderneming in het kalenderjaar vóór het kalenderjaar waarin Susan ziek werd: 2034.
- In 2034 verdiende Susan € 5.000 winst als zelfstandige. De uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel is dus, zonder de franchise, € 5.000.
- Nu Susan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid ook een WIA-uitkering kreeg worden deze inkomsten in mindering gebracht op de maximale uitkeringsgrondslag van dit wetsvoorstel. Er wordt hierbij dus gekeken naar wat de hoogte van de feitelijke uitkering is (en dus niet wat de uitkeringsgrondslag was waar de hoogte van die uitkering op is gebaseerd).
- Door de uitkering op grond van de Wet WIA (€ 25.000 op jaarbasis) in mindering te brengen op de maximale uitkeringsgrondslag van in dit voorbeeld (€ 38.000) wordt de nieuwe maximale uitkeringsgrondslag € 13.000. Van de € 5.000 aan winst wordt dan ook € 5.000 aan winst als uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel gebruikt.
- In dit voorbeeld kan dus naast een WIA-uitkering ter hoogte van 100% van het wettelijk minimumloon toch een (kleine) uitkering krachtens dit wetsvoorstel ontstaan.
- Was de feitelijke WIA-uitkering in dit voorbeeld even hoog geweest als de maximale uitkeringsgrondslag in dit voorbeeld (€ 38.000) dan was de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel € 0 geweest.

Situatie 4 franchise: de verzekerde valt onder zowel de situatie beschreven onder situatie 2 als onder situatie 3
In de vierde situatie gaat het om een verzekerde die recht heeft op een uitkering op grond van dit wetsvoorstel, die daarnaast op de eerste ziektedag als werknemer inkomen uit dienstbetrekking als werknemer genoot én die op grond van een werknemersverzekering uitkering genoot (zoals de Wet WIA).

In bovenstaande situatie wordt zowel de systematiek beschreven in situatie 2 als die in situatie 3 toegepast:

- Voor wat betreft de inkomsten uit dienstbetrekking: de maximale uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel (142,86% van het wettelijk minimumloon) wordt verminderd met een bedrag dat gelijk is aan wat de verzekerde voorafgaand aan die eerste ziektedag als werknemer aan inkomsten heeft genoten. Meer specifiek gaat het om de inkomsten die de verzekerde genoot, voor zover dat loon als dagloon aan de toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de Wet WIA ten

grondslag zou liggen als betrokkene bij het intreden van de arbeidsongeschiktheid op grond van het onderhavige wetsvoorstel tevens arbeidsongeschikt zou zijn geworden in de zin van de Wet WIA.
- Voor wat betreft de, op de eerste ziektedag, genoten uitkering: de maximale uitkeringsgrondslag voor de met dit wetsvoorstel beoogde verzekering (142,86% van het wettelijk minimumloon) wordt verminderd met een bedrag dat gelijk is aan de hoogte van de uitkering waarop de verzekerde recht heeft op dag voorafgaand aan de dag waarop de arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van het wetsvoorstel ontstaat.

De franchise en een zogenaamde "nihil-uitkering"
Indien de uitkeringsgrondslag gelijk is aan nihil (€ 0) zal dat tot gevolg hebben dat er, mits de verzekerde voldoet aan de overige ontstaansvoorwaarden voor het recht op uitkering, een "nihil-uitkering" wordt toegekend. De verzekerde kan daarbij onder meer belang hebben met het oog op het later ontstaan van het recht op uitkering.[185]

De franchise aan de uitkeringskant en de beoogde equivalentie met de premiekant
De hierboven beschreven franchise aan de uitkeringskant kent in hoofdlijnen dezelfde systematiek als de premievrije voet aan de premiekant. Daarmee is getracht premielasten (de plichten) enerzijds en de potentiële uitkeringsrechten anderzijds zo dicht mogelijk bij elkaar te brengen. Die equivalentie is grotendeels gewaarborgd. Wel kunnen er verschillen optreden tussen de grondslagen. Dat komt met name omdat voor de berekening van de premiegrondslag gekeken wordt naar de winst uit onderneming en het inkomen uit dienstbetrekking als werknemer, per kalenderjaar.[186] Terwijl voor de berekening van de uitkeringsgrondslag gekeken wordt naar de winst in een kalenderjaar en voor het inkomen uit dienstbetrekking naar het inkomen in de referteperiode voor de Wet WIA.[187] Dat verschil is noodzakelijk gezien de wens van de regering om de hoogte van de potentiële uitkering op grond van dit voorstel zo veel mogelijk rekening te kunnen houden met de hoogte van de feitelijke grondslag voor de mogelijke WIA-uitkering.[188] Een andere systematiek zou als gevolg kunnen hebben dat de maximale uitkeringsgrondslag op grond van dit wetsvoorstel te laag is waardoor de maximale uitkering onder de 100% van het wettelijk komt te liggen.

Alhoewel het inkomen als werknemer in de regel doorgaans in grote mate een vast patroon kent kan het zijn dat er tussen enerzijds het voor de berekening van de premiegrondslag relevante inkomen als werknemer (periode: het kalenderjaar) en anderzijds het genoten inkomen voor de berekening van de uitkeringsgrondslag relevante inkomen als werknemer (periode: de WIA- referteperiode) een aanzienlijk verschil zit. Dat kan komen omdat een verzekerde in een kort tijdsbestek plotseling veel minder of veel meer is gaan verdienen als werknemer. De keuze om, bij toepassing van de franchise, voor de berekening van de uitkeringsgrondslag te kijken naar de WIA-referteperiode voorkomt dat iemand geconfronteerd kan worden met een som van maximale uitkeringsgrondslagen (de maximale WIA-uitkeringsgrondslag en de maximale uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel tezamen) die onder 142,86% van het wettelijk minimumloon ligt.

Voorbeeld waar premie- en uitkeringsgrondslag van elkaar verschillen:
- Stijn geniet in belastingjaar 2029 € 20.000 inkomen uit dienstbetrekking.
- Stijn geniet in belastingjaar 2029 € 20.000 winst uit onderneming.
- De maximale premiegrondslag in dit voorbeeld is € 38.000.

[185] Zie meer specifiek paragrafen 5.8 en 6.1.5.

[186] Voor het inkomen als werknemer voor berekening van de premiegrondslag geldt het inkomen in de zin van artikel 16 Wfsv.

[187] Zie het voorbeeld aan het einde van deze paragraaf.

[188] Onder de grondslag voor de WIA-uitkering zal in de regel ook de als werknemer genoten vakantietoeslag vallen. Alhoewel de maximale uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel dus 142,86% van het wettelijk minimumloon excl. vakantietoeslag bedraagt kan als werknemer genoten vakantietoeslag door de franchise wel leiden tot een lagere uitkeringsgrondslag.

- De *premiegrondslag* na toepassing van de franchise is € 18.000 (€ 38.000 – 20.000 inkomen als werknemer).
- Stijn wordt op 1 juli 2030 ziek voor dit wetsvoorstel. De WIA-referteperiode is juli 2029 tot en met juni 2030.
- Stijn geniet van juli 2029 tot en met juni 2030 € 21.000 inkomen uit dienstbetrekking. Hij is per 1 januari 2030 wat meer gaan verdienen dus dit inkomen ligt wat hoger dan het inkomen als werknemer over belastingjaar 2029.
- De maximale uitkeringsgrondslag is in dit voorbeeld is € 38.000.
- De *uitkeringsgrondslag* na toepassing van de franchise is € 17.000 (€ 38.000 – 21.000 inkomen als werknemer).

6.2 Uitkeringshoogte

6.2.1 Het uitkeringspercentage en de hoogte van de uitkering

De uitkering bedraagt 70% van de (gemaximeerde) uitkeringsgrondslag en daarmee maximaal het wettelijk minimumloon per maand.[189] De regering sluit met dit percentage van de uitkeringsgrondslag aan bij het advies van de Stichting van de Arbeid en bij het uitkeringspercentage dat veelal gehanteerd wordt in andere arbeidsongeschiktheidswetten.

De hoogte van de uitkering hangt hiermee af van wat de zelfstandige voorheen verdiende: die is evenredig met wat de zelfstandige voorheen verdiende tot aan de maximale uitkeringsgrondslag (142,86% van het wettelijk minimumloon of minder bij toepassing van de franchise). 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, voor zover het gaat om winst die onder de maximale uitkeringsgrondslag valt, hoger of lager uitvallen dan de voorlopig vastgestelde hoogte van de uitkering.

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.[190]

Het advies van de Stichting van de Arbeid over de vormgeving van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen bevat geen aanbeveling voor een apart uitkeringsregime bij volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid.[191] Daaruit concludeert de regering dat de behoefte aan een apart uitkeringsregime bij duurzame arbeidsongeschiktheid onder zelfstandigen er niet of uitsluitend 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 duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid. De regering hecht groter belang aan beperking van de complexiteit en accepteert deze consequenties.

---

[189] Het gaat hier om het minimumloon exclusief vakantiebijslag (zie ook paragrafen 6.1.2 en 6.4.5).

[190] Kamerstukken II 2023/24, 26448, nr. 730.

[191] Stichting van de Arbeid (2020). *Keuze voor zekerheid*.

Tot slot kiest de regering ervoor om geen mogelijkheid te creëren om een vervroegde uitkering aan te vragen, in tegenstelling tot de Wet 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. 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 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 Korten van inkomsten en werkhervattingsprikkel

De regering wil een eenvoudige werkhervattingsprikkel creëren voor arbeidsongeschikte zelfstandigen via het gedeeltelijk korten van inkomsten met de uitkering.

De uitkering bij arbeidsongeschiktheid bedraagt 70% van de (gemaximeerde) uitkeringsgrondslag. Eventuele inkomsten die naast de uitkering worden genoten worden niet volledig, maar voor 70%, gekort op de uitkering.[192] Dat geeft een financiële prikkel om activiteiten in de onderneming voort te zetten als dat mogelijk is.[193]

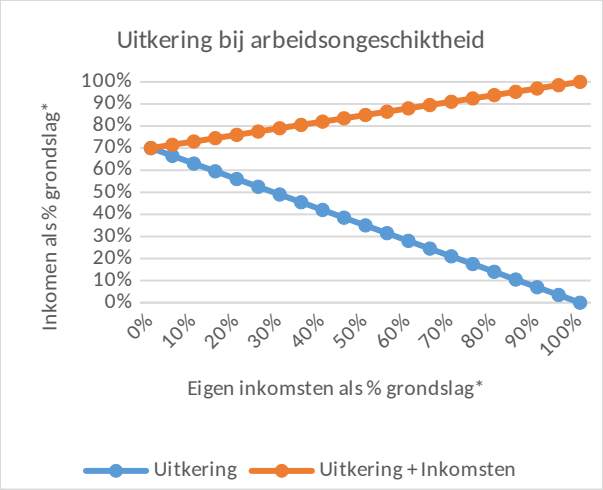
De hoogte van de uitkering U als functie van de uitkeringsgrondslag G en eventuele te korten resterende inkomsten I bedraagt:

$$U = 70\% \times (G - I)$$

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:

[192] Wat onder te korten 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.

[193] 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 5.7).



*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.

Op deze wijze 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 de korting op de uitkering

De regering is voornemens om in de voorgestelde algemene maatregel van bestuur als hoofdregel te bepalen dat inkomsten die al naast de verzekerde winst bestonden vóór de eerste dag van de wachttijd, worden vrijgelaten. In beginsel gaat het dan om inkomsten die de verzekerde genoot, voor zover dat loon als dagloon aan de toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de Wet WIA ten grondslag zou kunnen liggen. 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 inkomsten niet zullen worden gekort op de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dat zou in het geval van inkomen dat valt onder de toepassing van paragraaf 6.1.5 ook ongewenst zijn omdat inkomen dat heeft geleid tot een lagere uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel niet ook nog gekort zou moeten worden op de eventuele uitkering op grond van dit wetsvoorstel.

De regering is voornemens om bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dat winst die al verdiend werd vóór de eerste dag van de wachttijd niet vrij wordt gelaten. Als voorbeeld: de zelfstandige raakt arbeidsongeschikt. De zelfstandige kan nog een gedeelte van de verzekerde winst verdienen die de zelfstandige 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 verzekerde risico, is de regering van oordeel dat het in de rede ligt om deze winst te korten op de uitkering. 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. Voor inkomens boven het gemaximeerde dagloon in de Wet WIA geldt een correctiefactor bij het korten van inkomsten op de uitkering: de inkomsten voor het korten 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 voorgestelde verzekering 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 gekort op de uitkering dan de inkomsten van (voormalig) lagere inkomens. Voorts gelet op de wens voor een eenvoudige en uitlegbare regeling kiest de regering voor het korten van eventuele inkomsten tegen een vast percentage van 70%. Dat neemt met zich mee dat alle (niet vrijgestelde) inkomsten voor 70% worden gekort op de uitkering, ook indien het inkomen van de zelfstandige boven de maximale uitkeringsgrondslag van 142,86% van het wettelijk minimumloon (of lager bij toepassing van hetgeen uiteengezet in paragraaf 6.1.2) lag of ligt.

6.3 Samenloop van uitkeringen

Zowel bij aanvang van een uitkering op grond van dit wetsvoorstel als na de toekenning daarvan, kunnen zich diverse situaties voordoen van samenloop met uitkeringsrechten op grond van andere regelingen. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen door combinaties in het arbeidsverleden: bijvoorbeeld omdat er zowel als zelfstandige en als werknemer is gewerkt, met daarbij uit beide soorten arbeid voortvloeiende uitkeringen. Ook is de situatie mogelijk dat er vanuit een uitkering wordt gestart met werkzaamheden als zelfstandige, waaruit later een uitkeringsrecht ontstaat. De wijze waarop uitkeringsrechten zich tot elkaar dienen te verhouden, zal hoofdzakelijk nader worden uitgewerkt in een algemene maatregel van bestuur, zoals ook het geval is voor de werknemersregelingen (zie het Algemeen inkomensbesluit socialezekerheidswetten). Met de invoeringswet die volgt op dit wetsvoorstel zal nader worden uitgewerkt in welke uitkeringssituaties hantering van het inkomensbegrip niet is aangewezen en samenloop op andere wijze geregeld dient te worden.[194]

6.4 Overige onderwerpen gelieerd aan de uitkering

6.4.1 Verhoging bij hulpbehoevendheid, arbeidsongeschiktheidstegemoetkoming en Toeslagenwet

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 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

[194] Zie paragraaf 15.10.

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[195]
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. 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.[196] 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, afhankelijk zijn van hun inkomen tot het sociaal minimum. [197] 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 wettelijk minimumloon doorbetaald krijgen van hun werkgever, niet van toepassing is voor zieke zelfstandigen tijdens de wachttijd voor de uitkering aangezien zelfstandigen niet onder de werking van het wettelijk minimumloon en het wettelijk recht op loondoorbetaling bij ziekte vallen tijdens de wachttijd. Net als in de situatie vóór inwerkingtreding van dit wetsvoorstel voorziet de

[195] De regering heeft het voornemen om deze tegemoetkoming voor alle arbeidsongeschiktheidswetten af te schaffen (zie op www.internetconsultatie.nl het wetsvoorstel tot afschaffing van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen en de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten). De regering hecht er alsnog waarde aan om zelfstandig te motiveren waarom het – als aanvulling op de redenen voor dat voornemen – niet in de rede ligt om een dergelijke tegemoetkoming voor zelfstandigen tot stand te brengen.
[196] Artikel 4 van het ILO-verdrag.
[197] De TW zou uitsluitend aanvullen tot maximaal de daadwerkelijk genoten winst.

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.[198]

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 UWV niet meer betaald.[199]

6.4.4 Indexatie

De uitkering waar op grond van dit wetsvoorstel recht op kan bestaan wordt aangepast aan de ontwikkeling van het wettelijk minimumloon. Dat geldt ook voor de aan het wettelijk 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 wettelijk minimumloon 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 wettelijk minimumloon. De Minister van SZW 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.[200] 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. De maximale uitkeringsgrondslag is overigens ook gebaseerd op het minimumloon bedoeld in de Wet op het minimumloon en minimumvakantiebijslag én zonder de in die wet genoemde minimumvakantiebijslag (zie daarvoor ook paragraaf 6.1.2).

---

[198] 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.

[199] Daarmee wordt aangesloten bij de overige arbeidsongeschiktheidswetten (zoals de Wet WIA, WAO en WAZ).

[200] Alleen in de ZW en Wazo wordt de vakantiebijslag als integraal onderdeel van de uitkering uitbetaald.

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 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 1/8^{e} deel van het wettelijk minimumloon.

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 CRvB over de entree-eis in de AAW.[201] 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 de Raad 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.

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

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 de betrokkene 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 uitschrijving bij de Kamer van Koophandel) omdat diegene 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.

6.5 Voorbeelden uitkeringsgrondslag– en verstrekking

In de voorgaande paragrafen zijn er enkele voorbeelden opgenomen die een enkel aspect van de hoogte van de uitkering illustreren. In deze paragraaf zijn enkele voorbeelden opgenomen ter duiding hoe de voorgaande paragrafen in z'n geheel bezien doorwerken in de praktijk. Hierin is geabstraheerd van bijzonderheden als indexaties en is gewerkt met jaar- en maandbedragen (de daadwerkelijke uitkeringsgrondslag wordt berekend per dag).

Voorbeeld 1: Pieter

- Pieter heeft in de jaren 2029, 2030 en 2031 definitief vastgestelde winstinkomen van respectievelijk € 22.000, € 24.000 en € 25.000.
- Er is ook sprake van door de Belastingdienst definitief vastgestelde winst uit onderneming over het jaar 2032. Op 1 april 2032 wordt Pieter ziek.
- UWV stelt vast dat Pieter na 104 weken, in 2034, recht heeft op een uitkering.
- Deze uitkering wordt gebaseerd op de uitkeringsgrondslag van € 25.000, nu het inkomen van het jaar voordat Pieter ziek werd, hoger is dan het gemiddelde winstinkomen uit de drie jaren voor ziekte.
- Pieter heeft geen inkomen dat met de uitkering moeten worden verrekend.
- Zijn uitkering is jaarlijks 70% van € 25.000.

Voorbeeld 2: Luwam

- Luwam heeft over het jaar 2029 en 2030 een definitief vastgesteld winstinkomen van € 27.000 respectievelijk € 31.000. Over het jaar 2031 is er sprake van een verwacht winstinkomen van € 32.000, wat nog niet definitief is vastgesteld door de Belastingdienst.
- Er is ook sprake van (verwacht) winst uit onderneming over het jaar 2032, wat wederom nog niet door de Belastingdienst definitief is vastgesteld.
- Op 1 april 2032 wordt Luwam ziek.
- UWV stelt vast dat Luwam na 104 weken, in 2034, recht heeft op een voorschot op een uitkering. De grondslag van het voorschot is € 32.000 op jaarbasis.
- Luwam heeft geen inkomen dat met de uitkering moeten worden verrekend.
- Haar voorschot bedraagt jaarlijks 70% van € 32.000. Per maand is dit ongeveer € 1.866,67.
- Op 1 oktober 2034 stelt de Belastingdienst vast dat de definitieve winst uit onderneming over het jaar 2031 € 30.000 bedraagt, en dat er definitief sprake is van winst uit onderneming over het jaar 2032. Over het jaar 2031 krijgt Luwam teveel betaalde premie (en belasting) van de Belastingdienst terug.
- UWV stelt vast dat er recht op uitkering voor Luwam bestaat. De uitkeringsgrondslag is € 30.000, nu dat meer is dan het gemiddelde van de drie jaren voor de ziekte intrad.
- Het voorschot is daarmee tot een te hoog bedrag uitgekeerd. Waar Luwam tussen 1 april 2034 en 1 oktober 2034 recht heeft gehad op een maandelijks voorschot van € 1.866,67, bestaat er recht op een maandelijks uitkering van (70% van € 30.000 / 12) € 1.750.

- In totaal is over diezelfde periode € 700 onverschuldigd aan voorschot uitgekeerd.
- UWV vordert dit bedrag terug bij Luwam.
- Vanaf 1 oktober 2034 bedraagt de maandelijkse uitkering ook € 1.750.

Voorbeeld 3: Niels

- Niels heeft zich op 14 januari 2032 ingeschreven bij de Kamer van Koophandel. Hij wil gaan ondernemen en gaat daar druk mee aan de slag. Hij heeft geen verzoek tot een voorlopige aanslag bij de Belastingdienst ingediend.
- Op 1 april 2032 wordt Niels ziek.
- Op 1 december 2032 meldt Niels zich bij UWV. Hij verzoekt om re-integratie-ondersteuning. UWV verzoekt Niels om bij de Belastingdienst een verzoek te doen tot een voorlopige aanslag, nu UWV niet kan vaststellen of Niels tot de kring van verzekerden behoord.
- Niels dient bij de Belastingdienst een verzoek tot een voorlopige aanslag in voor het jaar 2032. Hij betaalt daar onder andere premie voor dit voorstel voor. UWV gaat over tot het bieden van re-integratieondersteuning aan Niels.
- In de zomer van 2033 stelt de Belastingdienst vast dat er sprake is van definitieve winst over 2032 van € 5.000.
- UWV stelt vast dat Niels 104 weken, in 2034, recht heeft op een uitkering. De hoofdregel voor de uitkeringsgrondslag (of winstinkomen uit het jaar voor ziekte, of het gemiddelde winstinkomen van de drie jaar voor de ziekte) is echter niet van toepassing, nu Niels pas in 2032 voor het eerst winst uit onderneming heeft genoten.
- De uitkeringsgrondslag van Niels is nog niet nader in dit wetsvoorstel geregeld, deze wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.

7. Claimbeoordeling

7.1 Voorafgaand aan de beoordeling

De verzekerde zelfstandige die wegens ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is voor eigen arbeid en de wachttijd doorloopt ontvangt uiterlijk in week 89 van de wachttijd bericht van UWV over de mogelijkheid om een uitkering aan te vragen. Daarbij geeft UWV aan welke informatie gevraagd wordt van de verzekerde ter ondersteuning van de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Het kan bijvoorbeeld gaan om het invullen van een toegezonden medische vragenlijst, gegevens over een diagnose en/of medische behandelingen indien aan de orde en eventuele andere relevante informatie. Voor het indienen van de aanvraag om uitkering geldt geen termijn, maar de verzekerde heeft er baat bij dat zo spoedig mogelijk te doen, zodat UWV in staat wordt gesteld om het recht op uitkering tijdig, dat wil zeggen uiterlijk bij afloop van de wachttijd van 104 weken, vast te stellen.

Na ontvangst van de uitkeringsaanvraag start UWV het beoordelingsproces. Om in aanmerking te komen voor een uitkering moet om te beginnen worden beoordeeld of de verzekerde de wachttijd heeft doorlopen. Dat de wachttijd is aangevangen zal blijken uit het besluit over de eerste ziektedag. Het zal in zoverre dus met name nog gaan om de vraag of op het moment van de beoordeling van de aanvraag tot aan het einde van de wachttijd ook sprake is van ongeschiktheid voor eigen arbeid. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 5.2 en verder. Indien bij de beoordeling wordt vastgesteld dat de verzekerde 104 weken als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is voor eigen arbeid, kan vervolgens worden beoordeeld of sprake is van arbeidsongeschiktheid.

7.2 De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling aan de hand van het arbeidsongeschiktheidscriterium

Van arbeidsongeschiktheid is in dit wetsvoorstel sprake wanneer de zelfstandige als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling[202] niet in staat is met arbeid ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. Indien op de dag waarop recht op uitkering kan ontstaan geen sprake (meer) is van ziekte (of ziek zijn), leidt dat tot de conclusie dat de verzekerde niet arbeidsongeschikt is. Indien wel wordt vastgesteld dat de verzekerde nog steeds ziek is, wordt vervolgens beoordeeld of diegene nog in staat is met arbeid ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. Voor de goede orde zij opgemerkt dat van arbeidsongeschiktheid geen sprake zal zijn indien de verzekerde geschikt moet worden geacht voor de eigen arbeid en daarmee ten minste het wettelijk minimumloon per maand verdiende. Indien de verzekerde niet geschikt wordt geacht voor de eigen arbeid, wordt beoordeeld of de verzekerde met algemeen geaccepteerde arbeid in staat is ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. Daarnaast zijn er situaties denkbaar waarin de verzekerde met eigen arbeid minder dan het wettelijk minimumloon verdiende. Ook in dat geval dient beoordeeld te worden of de verzekerde met algemeen geaccepteerde arbeid in staat is ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen.

Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling aan de hand van basisfuncties

Bij de vraag of de verzekerde met algemeen geaccepteerde arbeid in staat is ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen, gaat het om algemeen geaccepteerde arbeid die de ondergrens van de verdiencapaciteit markeert, met een minimale belasting. Dit wordt in dit wetsvoorstel nader geduid als basisfuncties. Basisfuncties zijn bestaande functies op de Nederlandse arbeidsmarkt met een minimale belasting, over het algemeen op of niet ver boven minimumloonniveau. Ze zijn zo gekozen dat ze een goed beeld geven of iemand ondanks de gevolgen van ziekte nog een functie op de Nederlandse arbeidsmarkt kan vervullen. De basisfuncties kunnen reeds worden geselecteerd uit het huidige Claimbeoordeling- en borgingssysteem (CBBS) van UWV en kunnen in dezelfde actualisatiecyclus worden meegenomen als de andere functies in het CBBS. Het betreft een subset van alle functies in loondienst waarmee ten minste het wettelijk minimumloon per maand verdiend kan worden. Indien een verzekerde niet in staat is om een basisfunctie uit te oefenen, dan wordt verondersteld dat diegene niet in staat is om met arbeid ten minste het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. De verzekerde heeft in dat geval recht op een uitkering.

De regering is voornemens om het vorenstaande uit te werken in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. In dat besluit kunnen nadere en zo nodig afwijkende regels worden gesteld over de in aanmerking te nemen arbeid (de basisfuncties), en de waarborgen die aan die arbeid (waaronder de realiteitswaarde) worden gesteld. In het kader van dat laatste zij opgemerkt dat de te stellen de waarborgen aan deze arbeid (waaronder de realiteitswaarde) niet steeds gelijk hoeven te zijn aan de waarborgen die in verband met een beoordeling op basis van het WIA-arbeidsongeschiktheidscriterium zijn gesteld. Zo zal bijvoorbeeld wel aangewezen zijn om aan een basisfunctie de voorwaarde van een minimum aantal arbeidsplaatsen te verbinden, maar acht de regering het niet nodig om aan de beoordeling zelf meer dan één basisfunctie ten grondslag te leggen. Ten eerste omdat voor het arbeidsongeschiktheidscriterium een absoluut criterium geldt, namelijk het kunnen verdienen van het wettelijk minimumloon per maand, waardoor geen resterende verdiencapaciteit hoeft te worden vastgesteld waarvoor middeling van meerdere functies meer precisie geeft. En ten tweede omdat de regering het gezien het karakter van de regeling proportioneel acht om de verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige beoordeling beperkt te houden, mede gelet op de schaarste aan beoordelingscapaciteit. Bij een beoordeling van arbeidsongeschiktheid aan de hand van basisfuncties zal in beginsel kunnen worden volstaan met de minst belastende functie. Immers, als de zelfstandige niet in staat is om de minst belastende basisfunctie uit te voeren, dan kan de conclusie worden getrokken dat de zelfstandige niet meer het wettelijk minimumloon per maand kan verdienen en

[202] In het vervolg van dit hoofdstuk zal omwille van de leesbaarheid enkel worden gesproken van ziekte.

dat de zelfstandige dus arbeidsongeschikt is. Het nog aanvullend toetsen of de zelfstandige ook niet in staat is om nog andere basisfuncties te verrichten heeft dan geen meerwaarde. Wat verder voor een verzekerde de minste belastende basisfunctie is, hangt af van de situatie van de verzekerde en diens belemmeringen in het verrichten van arbeid. Als gestileerd voorbeeld: voor iemand die als gevolg van rugklachten is uitgevallen zal het voor de hand liggen om de beoordeling te verrichten aan de hand van een basisfunctie met een minimale belasting van de rug.

Verder merkt de regering in verband met de beoogde wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten op dat daarin ook nadere regels kunnen worden gesteld over hoe bij de beoordeling moet worden omgegaan met de vaststelling van een urenbeperking. Het uitgangspunt van de beoordeling is dat gekeken wordt of de verzekerde in staat is om met arbeid het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. Het gaat om arbeid met een minimale belasting. In veel gevallen zal het voldoende zijn om deze vraag te toetsen aan de minst belastende basisfunctie. De basisfunctie kent ook een bepaalde urenomvang en een daarbij horend loon dat veelal op of niet ver boven het wettelijk minimumloon zal liggen. De regering acht het denkbaar dat er situaties zijn waarin het niet altijd wenselijk is om iemand vanwege een urenbeperking als arbeidsongeschikt aan te merken. Dat zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn wanneer er een urenbeperking is opgelegd in verband met een verminderde beschikbaarheid wegens medische behandelingen. In die situaties kan het voorkomen dat een verzekerde nog wel het wettelijk minimumloon per maand zou kunnen verdienen in een functie met een beperktere urenomvang of andere werktijden.

Tot slot kunnen de nog te bepalen regels in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten ook betrekking hebben op de situatie waarin de verzekerde ondanks de gevolgen van ziekte nog in arbeid werkzaam is (geweest). In dergelijke situaties zal er bij een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling aanleiding kunnen bestaan om uit te gaan van de feitelijk verrichte arbeid in plaats van een basisfunctie.

De rol van de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige
In het kader van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zullen verschillende UWV-professionals samenwerken met het oog op een efficiënte aanpak. De rol van de verzekeringsarts is noodzakelijk, maar in beginsel beperkt. In de meeste gevallen zal de arbeidsdeskundige de grootste rol hebben door na de aanvraag op basis van de aangeleverde (niet medische) informatie en gesprekken met de verzekerde zelf te inventariseren welke belemmeringen de verzekerde mogelijkerwijs ervaart en welke (minst belastende) basisfunctie de verzekerde op basis van die belemmeringen mogelijk kan uitvoeren. Als gesteld zijn alleen belemmeringen die medisch objectiveerbaar voortvloeien uit ziekte of gebrek, ofwel beperkingen, van belang voor de beoordeling of een basisfunctie uitgeoefend kan worden en of er dan recht op uitkering is. De verzekeringsarts zal voor die vraag proportioneel worden ingezet, bijvoorbeeld voor het beantwoorden van concrete vragen met betrekking tot de belastbaarheid van de verzekerde die relevant zijn voor de specifieke basisfunctie die de arbeidsdeskundige onderzoekt.

Het voorgaande betekent dat de verzekeringsarts, ten opzichte van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling voor de Wet WIA, een veel beperktere belastbaarheidsvraag hoeft te beantwoorden. Niet de gehele belastbaarheid van de verzekerde hoeft immers in kaart te worden gebracht, maar alleen de belastbaarheid in relatie tot de basisfunctie die wordt onderzocht. Daarnaast hoeft de verzekeringsarts 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. Het behoort verder als gebruikelijk tot de professionaliteit van de verzekeringsarts welke onderzoeksmethoden voor de beantwoording van de belastbaarheidsvraag worden inzet, waaronder bijvoorbeeld het houden van een spreekuurcontact. De verzekerde zal, gelet hetgeen hiervoor is vermeld, actief bij de beoordeling worden betrokken. Dat komt de uitlegbaarheid van de gekozen systematiek voor de verzekerde ten goede. Hoewel de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in enige mate theoretisch van aard blijft, doordat de basisfunctie

niet altijd verband houdt met het eerdere werk en (recente) ervaring van de verzekerde en “in theorie” voor de verzekerde geschikt is, verwacht de regering dat de verzekerde door een actieve rol wel meer inzicht heeft in de functie die wordt getoetst, de uit te voeren taken die bij de functie horen en de conclusie waarom die functie wel of niet voor hem geschikt wordt bevonden.

Evenals ten aanzien van de in aanmerking te nemen arbeid, is de regering voornemens om in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten nog nadere en zo nodig afwijkende regels worden gesteld ten aanzien van de door de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige te verrichten arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om regels op grond waarvan van arbeidsdeskundig onderzoek kan worden afgezien, het doel en de eventuele eisen van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en het arbeidsdeskundig onderzoek, de bij de arbeidsdeskundig onderzoek in aanmerking te nemen arbeid.

De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van een zelfstandige die ook in loondienst werkzaam is
Het kan tot slot voorkomen dat een verzekerde, die een uitkering op grond van dit wetsvoorstel indient, ook een aanvraag wegens arbeidsongeschiktheid indient uit hoofde van een verzekering voor de Wet WIA. UWV voert dan in beginsel twee beoordelingen uit. Omdat de te beantwoorden belastbaarheidsvraag in het kader van een WIA-beoordeling, veel uitgebreider is dan de belastbaarheidsvraag die in het kader van dit wetsvoorstel dient te worden beantwoord, is het in dergelijke gevallen in beginsel aangewezen de bevindingen uit het WIA-onderzoek zoveel mogelijk te betrekken bij de in het kader van dit wetsvoorstel te beantwoorden belastbaarheidsvraag. Zo worden onnodige dubbele werkzaamheden voorkomen.

7.3 Opnieuw beoordelen van arbeidsongeschiktheid

Er zijn verschillende situaties waarin de arbeidsongeschiktheid na een eerdere arbeidsongeschiktheidsbeoordeling opnieuw wordt getoetst. De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling op basis van het arbeidsongeschiktheidscriterium zal in deze situaties in beginsel dezelfde zijn. Van een nieuwe beoordeling van de arbeidsongeschiktheid kan bijvoorbeeld sprake zijn wanneer het recht op uitkering eerder niet is toegekend of is beëindigd en de verzekerde nadien stelt alsnog of wederom arbeidsongeschikt te zijn (zie in verband hiermee ook paragraaf 5.8). Daarnaast kan bijvoorbeeld uit een herbeoordeling juist blijken dat een eerder toegekend recht op uitkering moet worden beëindigd (bijvoorbeeld als de verzekerde wegens een verbetering van de belastbaarheid weer in staat kan worden geacht een basisfunctie uit te oefenen). Voor beëindiging van het recht op uitkering kan ook aanleiding bestaan, indien de verzekerde een zekere periode arbeid heeft verricht waarmee ten minste het wettelijk minimumloon per maand is genoten. In laatstgenoemd geval heeft UWV de bevoegdheid om van verzekeringsgeneeskundig en arbeidsdeskundig onderzoek af te zien (zie in verband hiermee ook paragraaf 5.7).

8. Activering

8.1 Inleiding

Aan het zelfstandig ondernemerschap ligt vaak een intrinsieke motivatie ten grondslag om meer regie te hebben op het werk en het eigen werkzame leven.[203] 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 plichten. 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. Deze rechten en plichten worden in dit hoofdstuk nader toegelicht.

[203] TNO, CBS en het Ministerie van SZW, Zelfstandigen Enquete Arbeid 2023. Geraadpleegd op 1 februari 2026. Bron: https://www.cbs.nl/-/media/_pdf/2023/28/zea-2023-in-vogelvlucht.pdf.

8.2 Re-integratie

In deze paragraaf wordt een onderscheid gemaakt tussen de periode voordat de zelfstandige ongeschikt raakt voor zijn eigen arbeid, de periode waarin de zelfstandige de wachttijd doorloopt en de periode waarin recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering bestaat.

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.

Hoewel de (preventieve) diensten van arbobedrijven en bedrijfsartsen beschikbaar zijn voor zelfstandigen, maken zij daar echter niet of nauwelijks gebruik van. Ook hebben slechts een beperkt aantal zelfstandigen zich verzekerd voor een eventuele risico op arbeidsongeschiktheid. Onwetendheid, ontkenning van gezondheidsproblemen en kostenoverwegingen liggen hieraan ten grondslag.[204] Het is van belang dat preventieve ondersteuning ter voorkoming van gezondheidsklachten door werk toegankelijker is voor een grotere groep werkenden. De Stichting van de Arbeid adviseerde in 2020 onder meer om een Arbocentrum voor zelfstandigen op te richten, gefinancierd uit de premie-inkomsten.[205] 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 behoud van werk en arbeidsgerelateerde zorg worden ingezet. Hoewel de regering thans geen Arbocentrum uitwerkt, is in de Arbovisie 2040 preventie specifiek als prioriteit benoemd. [206] Er wordt bijvoorbeeld gedacht aan een laagdrempelige ondersteuningsfaciliteit voor alle werkenden.

8.2.2 Re-integratie tijdens de wachttijd

De regering zet zich in om zoveel mogelijk mensen met een arbeidsbeperking gegeven hun mogelijkheden te ondersteunen naar (duurzame) werkhervatting. Dit kan zowel via (het voortzetten van) een eigen onderneming als via loondienst. Zelfstandigen die belemmeringen ervaren bij het hervatten van hun werk, moeten alle mogelijkheden krijgen om weer deel te nemen aan het arbeidsproces en zich verder te ontwikkelen.

Omdat zelfstandigen bij ziekte in de wachttijd geen of minder inkomsten hebben en mogelijk het voorbestaan van de onderneming onder druk staat, is er een prikkel om aan het werk te blijven en na uitval zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan. Tijdens de wachttijd zijn zelfstandigen zelf verantwoordelijk om hun werk binnen het eigen bedrijf te hervatten, eventueel met een andere werkinhoud, of, indien niet anders mogelijk, te re-integreren naar werkzaamheden als zelfstandige elders of als werknemer bij een ander bedrijf. Deze eigen verantwoordelijkheid voor re-integreren in de wachttijd past volgens de regering ook bij het karakter en de positie van zelfstandigen die bewust de keuze hebben gemaakt voor ondernemerschap én dus ook de risico's die hierbij horen. Desondanks wil de regering zelfstandigen die hierbij ondersteuning nodig hebben en willen, wél de mogelijkheid bieden zich bij UWV te melden voor re-integratieondersteuning.

Dit wetsvoorstel voorziet in ondersteuning die bijdraagt aan de werkhervatting van publiek verzekerde zelfstandigen. Zij kunnen tijdens de wachttijd, indien gewenst, een beroep doen op re-

[204] Oomkens, R., A. Drijvers, T. Grimmius & S. Rossetti (2021). *Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers.* Bilthoven: RIVM.
[205] Stichting van de Arbeid (2020). *Keuze voor zekerheid*.
[206] Kamerstukken II 2023/24, bijlage bij 25883, nr. 477.

integratieondersteuning van UWV. Deze ondersteuning richt zich primair op herstel en terugkeer naar het eigen (aangepast) werk of (ander) werk binnen het eigen bedrijf, of als dit niet haalbaar blijkt naar werkzaamheden als zelfstandige elders of als werknemer bij een ander bedrijf. Wanneer een zelfstandige hierom verzoekt, maakt UWV samen met de zelfstandige afspraken over de inzet van (externe) ondersteuning. Deze afspraken worden vastgelegd in een werkhervattingsvisie. In deze werkhervattingsvisie worden de rechten en verplichtingen, en de gevolgen van niet of onvoldoende naleving van de verplichtingen opgenomen. Tegen een werkhervattingsvisie staat bezwaar en beroep open.

Ondersteuning in de wachttijd biedt zelfstandigen de kans om hun mogelijkheden te onderzoeken, zelf met suggesties te komen en zo nodig om zich daarbij te laten begeleiden. 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, en eventuele belemmeringen die de zelfstandige ervaart. Per individu verschilt dit. De re-integratie dienstverlening wordt in samenspraak met de zelfstandige vastgesteld en vastgelegd, zodat de zelfstandige die daartoe in staat is zo veel mogelijk eigen regie blijft houden over het re-integratieproces en de gewenste ondersteuning die passend is en leidt tot werkhervatting. Dit sluit aan bij de zelfstandige positie van deze doelgroep. Inzet van dienstverlening is vrijwillig, maar niet vrijblijvend. Zodra er gekozen is voor een passende re-integratiedienstverlening, dient de zelfstandige zich te houden aan die afspraken.

Daarnaast kan UWV 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 tussen UWV en/of het re-integratiebedrijf en de verzekerde vastgelegd. UWV kan een breed pakket aan re-integratieactiviteiten vanuit verschillende re-integratiebedrijven inzetten. Het re-integratiebedrijf voert de activiteiten zoals opgesteld in de werkhervattingsvisie tussen UWV en de verzekerde uit. De afspraken worden zo concreet mogelijk gemaakt en gekoppeld aan een beoogd eindresultaat. De inschakeling van een re-integratiebedrijf is een bevoegdheid van UWV, en geen verplichting. Die inschakeling hangt af van de omstandigheden van het geval. Het kan bijvoorbeeld aangewezen zijn om geen re-integratiebedrijf in te schakelen in een situatie waarin de verzekerde geen tot weinig mogelijkheden heeft om te re-integreren vanwege medische omstandigheden, of slechts een kleine afstand tot de arbeidsmarkt ervaart. In dat geval zou kunnen worden volstaan met het opstellen van een werkhervattingsvisie.

Als in de werkhervattingsvisie, dan wel het re-integratieplan opgenomen afspraken niet worden nageleefd, kan dit reden zijn voor UWV om ingezette trajecten stop te zetten of te herzien door een beschikking hierover te herzien of in te trekken.

Zelfs als de resterende wachttijd kort is, kunnen publiek verzekerde zelfstandigen tijdens de wachttijd re-integratieondersteuning aanvragen. Het kan zijn dat een verzekerde tijdens de wachttijd re-integratieondersteuning ontvangt of gebruik maakt van een voorziening, maar bij de claimbeoordeling geen recht heeft op een uitkering. In principe eindigt dan ook het recht op re-integratieondersteuning. Dit betekent echter niet dat UWV een lopend traject of een al toegekende voorziening steeds abrupt dient te beëindigen. Aangewezen kan zijn om de verzekerde dat traject af te laten ronden, bijvoorbeeld omdat dat nog slechts korte tijd vergt, of om de verzekerde enige tijd te gunnen om zich voor te bereiden op een verandering in zijn situatie.

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. 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 de eerste twee ziektejaren – 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 van UWV heeft de zelfstandige een re-integratieplicht. Deze re-integratieplicht bestaat er niet alleen uit dat de verzekerde diens mogelijkheden tot het verrichten van arbeid dient te vergroten, bijvoorbeeld door mogelijkheden tot medisch herstel te benutten of mee te werken aan re-integratie- en bemiddelingstrajecten. Ook moet er in voldoende mate worden geprobeerd om passende arbeid te verkrijgen of passende arbeid te verrichten indien de verzekerde daartoe in de gelegenheid wordt gesteld. Het gaat bij passende arbeid 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. De verzekerde heeft hierbij recht op ondersteuning door UWV.

UWV stemt de re-integratiedienstverlening in samenspraak met de verzekerde af. Daarbij zal eerst 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 eigen bedrijf voor de verzekerde passend is. Als dat het geval is dan wordt van de verzekerde verwacht dat diegene 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 UWV samen welke werkzaamheden de verzekerde gezien diens beperkingen nog wel kan verrichten. Daarbij kan ook worden gedacht aan werk in loondienst. Een deel van de zelfstandigen kan verder worden begeleid vanwege de al gestarte re-integratieondersteuning tijdens de wachttijd. Bij overloop naar de uitkeringsfase worden de afspraken die reeds zijn opgenomen in de werkhervattingsvisie zo veel mogelijk meegenomen – en indien nodig bijgesteld– en is het mogelijk om deze re-integratieondersteuning verder voort te zetten.

De aangeboden ondersteuning is persoonsafhankelijk en wordt gericht ingezet. Er is daarmee sprake van 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 rechten en verplichtingen 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 net zoals in de wachttijdfase 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 UWV om een sanctie (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 hierboven 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. De proefplaatsing houdt verband met de aanwezigheid van een uitkering. Een proefplaatsing kan daarom niet worden ingezet voor mensen zonder uitkering van UWV. Dit betekent dat de proefplaatsing niet breder kan worden toegekend aan bijvoorbeeld zelfstandigen die zijn afgewezen voor een uitkering, wat wel geldt voor het instrument no-riskpolis.

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 personen met een uitkering op grond van dit voorstel. Daarnaast komt de no-riskpolis gedurende vijf jaar na het einde van de wachttijd beschikbaar voor personen waarvan de uitkeringsaanvraag is afgewezen omdat zij niet arbeidsongeschikt zijn volgens dit voorstel, maar die niet in staat zijn tot het verrichten van de eigen arbeid. 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 elf weken voor het einde van de wachttijd. Dit sluit aan bij de termijnen die ook gelden bij de Wet WIA, wat bijdraagt aan de uitvoerbaarheid en de uitlegbaarheid Voor zelfstandigen die een uitkering op grond van dit voorstel ontvangen komt de no-riskpolis beschikbaar als zij vanuit de uitkering een dienstverband aangaan. De no-riskpolis is in te zetten door de werkgever in geval van ongeschiktheid tot werken wegens hernieuwde uitval door ziekte, indien die is aangevangen in de vijf jaar na aanvang van de dienstbetrekking.

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. Met de inzet van de no-riskpolis worden de financiële risico's voor werkgevers beperkt bij het aannemen van zelfstandigen die niet meer 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.[207] 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. De duur van vijf jaar kan in bijzondere gevallen verlengd worden met nog eens vijf jaar, namelijk als er naar het oordeel van UWV ook na de eerste vijf jaar nog sprake is van een

[207] 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.

verhoogd risico op ernstige gezondheidsklachten. De werkgever mag de werknemer na de eerste twee maanden na aanvang van de dienstbetrekking vragen of de werknemer valt onder de no-riskpolis.[208]

De instrumenten no-riskpolis en proefplaatsing vanuit UWV zijn alleen beschikbaar voor publiek verzekerde zelfstandigen. De private verzekeraar is zelf verantwoordelijk voor de re-integratie van haar verzekerden. De regering verwacht dat de private verzekeraar een belang heeft om re-integratie, indien mogelijk, te stimuleren en instrumenten zal kiezen die hieraan bijdragen. De private verzekeraar kan in die hoedanigheid besluiten om soortgelijke instrumenten als de proefplaatsing en de no-riskpolis te ontwikkelen en in te zetten om de mogelijkheid tot re-integratie naar loondienst voor de privaat verzekerde zelfstandigen te stimuleren. Dit is een verantwoordelijkheid van de private verzekeraar en de regering acht het dan ook onwenselijk om publieke instrumenten aan te bieden aan een doelgroep die niet onder de publieke verzekering valt.

8.2.4 Samenloop re-integratieverplichtingen met andere uitkeringen

In de praktijk kunnen situaties ontstaan waarin re-integratieverplichtingen uit meerdere uitkeringsregelingen tegelijkertijd op een uitkeringsgerechtigde van toepassing zijn. Dit kan zich voordoen binnen de regelingen van UWV, bijvoorbeeld bij een combinatie van een -uitkering op grond van dit voorstel met een WW-, ZW- of WIA-uitkering. Daarnaast kan een samenloop optreden wanneer iemand naast een UWV-uitkering ook een bijstandsuitkering ontvangt op grond van de Participatiewet.

De regering onderkent dat in dergelijke situaties duidelijke richtlijnen nodig kunnen zijn voor de afbakening van re-integratietaken. Gemeenten verlenen in principe geen re-integratieondersteuning aan personen aan wie UWV een uitkering verstrekt.[209] Dit is ook van toepassing op gevallen van samenloop ten aanzien van re-integratieondersteuning vanuit de voorgestelde regeling in onderhavig wetsvoorstel en ondersteuning op basis van de Participatiewet, aangezien UWV belast is met de uitvoering van de voorgestelde regeling. In het geval er re-integratie-ondersteuning wordt versterkt op basis van twee of meerdere regelingen die UWV uitvoert, laat UWV de re-integratie ondersteuning op elkaar aansluiten.

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 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.[210] 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 arbeid als zelfstandige geen ziekte of handicap heeft, maar waarbij gedurende de werkzaamheden als zelfstandige een structurele functionele beperking als gevolg van ziekte of handicap ontstaat. 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 publieke

[208] Artikel 38b ZW.

[209] Dit vloeit voort uit artikel 7, aanhef en derde lid, onderdeel c, van de Participatiewet.

[210] Voor dit hoofdstuk geldt als definitie van startende zelfstandige de persoon die vanuit een UWV-uitkering of werknemers die vanuit een dienstbetrekking als zelfstandige starten en die reeds bij aanvang van de werkzaamheden 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).

verzekering en voor hen is de private verzekeraar verantwoordelijk. Deze kan op basis van schadelastbeperking overwegen om voorzieningen in te zetten.

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 of in dienstbetrekking. Daarmee kan (langdurige) uitval worden voorkomen en instroom in de uitkering worden beperkt.

De huidige regelgeving voor het verstrekken van voorzieningen aan startende zelfstandigen blijft ongewijzigd. De lasten voor de voorzieningen worden betaald, daar waar de schadelastbeperking plaatsvindt. Na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel geldt de volgende categorisering qua bevoegdheden omtrent het verstrekken van voorzieningen aan zelfstandigen:

- voor startende zelfstandigen die niet onder de Participatiewet vallen, is UWV verantwoordelijk.[211] Ongeacht of deze zelfstandige privaat of publiek verzekerd is. Voor deze startende zelfstandige is het mogelijk lastig om een private verzekering af te sluiten die ook specifiek voorziet in voorzieningen die noodzakelijk zijn om de werkzaamheden te verrichten. De startende zelfstandige wordt op deze wijze niet beperkt in de vrijheid om te kiezen voor een private inkomensverzekering. De financiering van de voorzieningen door UWV vindt plaats uit het re-integratiebudget dat gemengd premiegefinancierd (Wet WIA) en begrotingsgefinancierd (Wajong) is.
- 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. De verantwoordelijkheid van de gemeente eindigt op het moment dat de zelfstandige twee aaneengesloten jaren ten minste 100 procent van het wettelijk minimumloon heeft verdiend. De financiering van voorzieningen door gemeenten loopt via de integrale middelen voor arbeidsondersteuning in het Gemeentefonds.
- Voor publiek verzekerde zelfstandigen die niet vallen onder bovengenoemde twee categorieën, is op grond van dit wetsvoorstel UWV verantwoordelijk. Dit betreft zelfstandigen met een structurele functionele beperking die nog niet aanwezig was bij de aanvang van de arbeid als zelfstandige. Indien deze beperking binnen drie jaar na de aanvang van de arbeid als zelfstandige ontstaat, bestaat recht op een voorziening op grond van de Wet WIA indien bij aanvang al sprake was van een ziekte of handicap, en op grond van dit wetsvoorstel indien dat niet het geval was. De financiering van de voorzieningen vindt plaats uit de premies van de publieke verzekering.
- Privaat verzekerde zelfstandigen waarbij gedurende hun werkzaamheden als zelfstandige een beperking ten gevolge van ziekte of handicap ontstaat, komen niet in aanmerking voor een voorziening bij UWV die nodig is vanwege een structurele functionele beperking als gevolg van deze ziekte of handicap. Zij dragen niet bij in de kosten voor de verzekering en voor hen is de private verzekeraar verantwoordelijk.

Welke voorzieningen door UWV aan de publiek verzekerde niet-startende zelfstandige 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 zelfstandigen 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.

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

- 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, 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 Reïntegratiebesluit.

9. Premieheffing- en inning

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de relevante aspecten rondom de premieheffing- en inning uiteengezet. Hierbij wordt veelal aangesloten bij de reeds bestaande fiscale kaders, zoals deze ook zijn neergelegd in de Wet IB 2001, de Algemene wet inzake rijksbelastingen en de Invorderingswet 1990.

9.2 Premieplichtig

Premieplichtig is de publiek verzekerde persoon met belastbare winst uit onderneming, met uitzondering van de winst op grond van artikel 3.3 Wet IB 2001 (zie paragraaf 4.3.5). 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 het korten van inkomsten op de uitkering, geen uitkering ontvangen (zie paragraaf 6.2).

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

9.3 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 wordt de regeldruk 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 logische equivalentie na te streven tussen de grondslag voor de premie en de grondslag voor de uitkering. Daarom zijn deze grotendeels gelijk. Ook voor de premiegrondslag geldt dat bij algemene maatregel van bestuur de grondslag kan worden verbreed en verengd. Zo verwacht de regering te regelen dat in het kader van de zogenoemde absorptieregeling, waarbij looninkomsten kunnen worden gezien als winst uit onderneming, looninkomsten worden uitgezonderd van de grondslag voor de premie.

9.4 (Maximum) premie-inkomen

De maximale premiegrondslag is – gelijk aan de maximale uitkeringsgrondslag – 142,86% van het wettelijk minimumloon zoals bedoeld in de Wet op het minimumloon en minimumvakantiebijslag én zonder de in die wet genoemde minimumvakantiebijslag (zie daarvoor ook paragraaf 6.1.2). Als het bedrag dat de zelfstandige aan winst uit onderneming heeft, minder is dan dat bedrag, betaalt diegene een lager bedrag aan premie. Als de zelfstandige een hoger bedrag aan winst uit onderneming heeft dan dat bedrag, betaalt diegene premie over het maximum van 142,86% van het wettelijk minimumloon.

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. Hierdoor krijgen zelfstandigen die een iets hoger inkomen hebben dan het wettelijk minimumloon weliswaar meer premie, maar ze krijgen daarvoor ook een uitkering die hoger is dan de maximale uitkering in de AAW en de WAZ.[212]

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% van het wettelijk minimumloon.

9.5 De premievrije voet voor zelfstandigen die ook inkomen als werknemer genieten (franchise)

Er is bij de berekening van de premiegrondslag gekozen voor een zogeheten premievrije voet. Uitgangspunt is dat de zelfstandige minder of geen premie op grond van dit wetsvoorstel hoeft te betalen indien diegene naast de door hem genoten winst uit onderneming ook voor de werknemersverzekeringen verzekerd inkomen heeft (het zogenaamde SV-loon).[213] De overwegingen achter de keuze voor deze premievrije voet zijn uiteengezet in paragraaf 5.6. De berekening van de premievrije voet ziet er als volgt uit:

De premiegrondslag is gelijk aan de in een belastingjaar genoten winst uit onderneming, tot een maximum van A – B. Waarbij A staat voor 142,86% van het, in dat belastingjaar geldende wettelijk minimumloon en B voor het in dat belastingjaar genoten SV-loon. In de praktijk leidt de toepassing van de premievrije voet tot de volgende drie groepen:

1. in het geval de zelfstandige in een belastingjaar geen SV-loon heeft genoten is de premiegrondslag gelijk aan de in dat jaar genoten winst uit onderneming maar nooit meer dan 142,86% van het wettelijk minimumloon.
2. In het geval de zelfstandige in een belastingjaar SV-loon als inkomen heeft, met een hoogte van 142,86% of meer dan het wettelijk minimumloon, wordt zijn premiegrondslag op € 0 vastgesteld. De zelfstandige draagt over het betreffende jaar dus geen premie voor dit voorstel af.
3. In het geval de zelfstandige in een belastingjaar SV-loon als inkomen heeft, maar dat inkomen lager is dan 142,86% van het wettelijk minimumloon, wordt de maximale premiegrondslag over het betreffende belastingjaar vastgesteld op 142,86% van het wettelijk minimumloon minus het in dat jaar verdiende SV-loon.

[212] Zie paragraaf 6.1.2.

[213] Inkomen in de zin van artikel 16 Wfsv.

Bovenstaande systematiek neemt met zich mee dat SV-loon enerzijds, en winst uit onderneming anderzijds, voor berekening van de premiegrondslag met elkaar communiceren. De maximale premiegrondslag zal lager zijn indien het SV-loon hoger is.

Een voorbeeld: Samira werkt in 2034 als werknemer in loondienst én als zelfstandige. Omdat zij in 2034 winst uit onderneming geniet behoort zij ook tot de kring van verzekerden op grond van dit wetsvoorstel. Voor de berekening van de premiegrondslag over haar winst uit onderneming in 2034 geldt het volgende: in 2024 verdiende Samira € 25.000 winst als zelfstandige en € 35.000 SV-loon (in essentie het voor de Wet WIA verzekerde loon) als werknemer. Over het jaar 2034 wordt, voor het berekenen van de premiegrondslag, het voor de WIA verzekerde loon (€ 35.000) in mindering gebracht op de maximale premiegrondslag (in dit voorbeeld € 38.000). Daardoor is de premiegrondslag in 2024 voor dit wetsvoorstel € 3.000 (38.000 - 35.000). Samira draagt dus over 2024 premie af over € 3.000.

De keuze voor het SV-loon
De keuze voor het SV-loon hangt samen met het feit dat dit loonbegrip de basis vormt voor de berekening van de grondslag voor de WIA-uitkering (het WIA-dagloon) en daarmee in beginsel een goede afspiegeling is van de omvang van de mogelijke WIA-rechten die de verzekerde, bij het ontstaan van arbeidsongeschiktheid op grond van die wet, zou hebben. In paragraaf 6.1.5 is uiteengezet dat de potentiële WIA-rechten medebepalend zijn voor de uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel. De hoofdregel: hoe hoger het genoten SV-loon hoe lager de premielasten van de verzekerde en hoe lager de potentiële uitkeringsrechten van de verzekerde. Met deze keuze blijft de beoogde equivalentie tussen de af te dragen premie en de potentieel te ontvangen uitkering zo grotendeels gewaarborgd.

9.6 Premiepercentage

9.6.1 Uniform premiepercentage

De regering heeft gekozen voor een uniform premiepercentage dat ongeacht leeftijd, geslacht, of beroep voor elke zelfstandig ondernemer gelijk is. Daarmee wordt bewerkstelligd dat het stelsel solidariteit tussen zelfstandigen bewerkstelligd. Zeker voor kenmerken die de zelfstandige niet kan beïnvloeden zoals leeftijd, geldt dat de regering een differentiatie in premie in een publieke verzekering niet vindt thuishoren. Voor zover er wel sprake is van een kenmerken die beïnvloedbaar zijn, zoals werkzaam zijn in een specifieke bedrijfstak of sector, acht de regering het ook niet wenselijk om de premie te differentiëren. Via een dergelijke differentiatie zouden zelfstandigen werkzaam in een sector of bedrijfstak met een gemiddeld hoger arbeidsongeschiktheidsrisico, een verhoudingsgewijs hoger premiepercentage moeten betalen dan zelfstandigen werkzaam in een sector of bedrijfstak met een gemiddeld lager arbeidsongeschiktheidsrisico.

De regering acht het niet wenselijk om af te doen aan de solidariteit die met een uniform premiepercentage gepaard gaat. Dit wordt versterkt door twee aspecten. Ten eerste zou het bijhouden van sectoren of bedrijfstakken en premiepercentages complexiteit in de uitvoering ten gevolg hebben. Ten tweede zou een stelsel waarin de premie zou worden gedifferentieerd naar sector of bedrijfstak, geen functie vervullen waar het betreft een beperking van het instroom in de verzekering. Dit is anders bij het stelsel voor werknemers, waar een dergelijke sectorale aanpak wel aan kan bijdragen.[214]

9.6.2 Wijze van vaststelling van het premiepercentage

De premie wordt zo vastgesteld dat deze, samen met de stabiliteitsbijdrage, dekkend is voor de publieke uitkeringslasten, re-integratiekosten en uitvoeringskosten (zie ook paragrafen 10.3 en 17.1). In de eerste jaren zullen de premie-inkomsten van de verzekering hoger liggen dan de uitkeringslasten doordat er sprake zal zijn van een rentehobbelopslag, zie hiervoor paragraaf 17.5. UWV stelt het premiepercentage vast voor een bepaald jaar. Dit gebeurt voor de start van het kalenderjaar. Omdat de premie

[214] Zie nader Kamerstukken II 1995/96, 24758, nr. 3, p. 25-27 en paragraaf 3.5.3 van deze toelichting.

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 en de premiegrondslag per jaar zullen zijn.

Achteraf 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 verwachting is dat dit vooral in de eerste jaren na inwerkingtreding zal plaatsvinden, omdat dan op basis van realisatiegegevens het daadwerkelijk gebruik van de regeling zal blijken. De premie zal elk jaar worden bijgesteld naar het kostendekkende niveau conform het beste voortschrijdende inzicht. Hierbij is er de mogelijkheid om bij een forse bijstelling van het premiepercentage, stapsgewijs naar het lastendekkende premiepercentage te groeien. Dit kan worden bewerkstelligd door tijdelijk fondsvermogen op te bouwen of tijdelijk in te teren op het fondsvermogen van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, waarbij het vermogen op termijn voldoende blijft om de structurele uitgaven van de regeling te bekostigen. Hiermee kunnen plotselinge fluctuaties van de premie worden gedempt, zonder dat er in de toekomst te weinig fondsvermogen in het arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen beschikbaar is om aan de verplichtingen te voldoen. Verder kan het zijn dat in sommige jaren er meer of minder premie-inkomsten zijn dan dat er uitgaven zijn geweest. In dat geval zal dat invloed hebben op de stand van het vermogen. UWV heeft de mogelijkheid om bij de vaststelling van de premie de stand van het vermogen mee te nemen, zodat er op de lange termijn niet te veel of te weinig vermogen wordt opgebouwd. Het doel hiervan is dat de inkomsten van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen in principe alle lasten van dat fonds dekken. Indien dat op korte termijn niet lukt, dan wel op lange termijn. Overigens kan op het rentehobbelvermogen niet ingeteerd worden, aangezien UWV alleen bevoegd is dit vermogen op te bouwen en in stand te houden, maar niet om daar uitgaven uit te doen. Het rentehobbelvermogen is bedoeld om lasten te kunnen dekken op het moment dat de lasten niet meer kunnen worden “omgeslagen”, omdat er geen sprake meer is van premie-inkomsten, doordat de regeling is afgesloten voor nieuwe instroom (zie hiervoor paragraaf 17.5).

Het totaal aan verschuldigde premie is de resultante van de in aanmerking te nemen premiegrondslag, zo nodig gemaximeerd, vermenigvuldigd met het premiepercentage.

9.6.3 Voorbeelden verschuldigde premie

Hieronder zijn enkele vereenvoudigde voorbeelden weergegeven over de hoogte van de premie.

In de voorbeelden wordt de maximale grondslag voor de verzekering (142,86% van het wettelijk minimumloon) gelijkgesteld aan € 38.000 en de premie voor de verzekering bedraagt 5,4%% van de winst uit onderneming.

- Jasper heeft een winst uit onderneming van € 38.000, dat is gelijk aan de maximale grondslag. De hoogte van de premie is dan ongeveer € 171 bruto per maand (5,4% * € 38.000/12).
- Elena heeft een winst uit onderneming van € 45.000, dat is hoger dan de maximale grondslag. De hoogte van de premie is dan ongeveer € 171 bruto per maand (5,4% * € 38.000/12).
- Tessa heeft een winst uit onderneming van € 25.000, dat is lager dan de maximale grondslag. De hoogte van de premie is dan ongeveer € 113 bruto per maand (5,4% * € 25.000/12).
- Claudia heeft een winst uit onderneming van - € 10.000, dat is lager dan de maximale grondslag. Doordat hier sprake is van een negatieve winst uit onderneming bedraagt de premie € 0, aangezien er geen sprake kan zijn van een negatieve premie.
- Steffen heeft een winst uit onderneming van € 25.000 en geniet daarnaast € 25.000 aan (SV-)loon als werknemer. Het (SV-)loon (€ 25.000) wordt in mindering gebracht op de maximale premiegrondslag (€ 38.000) en daarmee wordt de maximale premiegrondslag (€ 13.000). € 13.000 van de € 25.000

genoten winst uit onderneming geldt dan als premiegrondslag. De hoogte van de premie is dan ongeveer € 59 bruto per maand (5,4% * € 13.000/12).

9.7 Fiscale aftrekbaarheid premie en belastbaarheid uitkeringen

De premies voor de huidige vrijwillige private en publieke verzekeringen zijn veelal fiscaal aftrekbaar als uitgaven voor inkomensvoorzieningen.[215] Daarmee kan de bruto verschuldigde premie, netto lager uitvallen. Met dit wetsvoorstel wijzigt dit niet voor private verzekeringen, waaronder verzekeringen waarmee zelfstandigen ontheven kunnen worden.[216] Hiervoor blijven de huidige fiscale regels van toepassing.

Met dit wetsvoorstel wordt voorgesteld voor de premie voor de nieuwe publieke verzekering ook te voorzien in deze fiscale aftrekbaarheid als uitgaven voor inkomensvoorzieningen. Daarbij geldt, zoals wettelijk bepaald, dat aftrek mogelijk is in het jaar waarin de premie wordt betaald, verrekend, ter beschikking gesteld of rentedragend is geworden.[217] 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 is de regering voornemens loonheffing te heffen op de door UWV, op grond van dit wetsvoorstel, verstrekte uitkering, waarvoor een wijziging van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965 zal worden voorbereid. Hiermee geldt een gelijke fiscale behandeling voor zowel de private verzekeringen als de publieke verzekering.

9.8 Uitvoering van de premieheffing- en inning

9.8.1 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. Ook ten overvloede wordt vermeld dat deze premieheffing en -inningstaak geen gevolgen heeft voor het heffen van assurantiebelasting, nu dit voorstel net als andere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is vrijgesteld van assurantiebelasting.

Door de Belastingdienst zal een aparte aanslag worden vastgesteld voor de premie voor deze wet. Uit het aangifteproces zullen zelfstandig ondernemers na ommekomst van dit voorstel drie aanslagen ontvangen: een aanslag inkomensheffing, een aanslag inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en een aanslag voor dit voorstel. In de praktijk zal het bezwaar maken tegen de hoogte van de vastgestelde of verwachte winst c.q. premie bij één van deze aanslagen, een bezwaar inhouden tegen al deze aanslagen. De Belastingdienst automatiseert daarom deze bezwaren.

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 premietaak worden aangesloten bij de bestaande fiscale regelgeving inzake onder meer uitstel van betaling, kwijtschelding, rente, preferentie, boeteoplegging en (dwang)invordering die geldt voor de inkomstenbelasting verschuldigd door natuurlijke personen die een bedrijf of zelfstandig een beroep uitoefenen. Verder geldt dat in principe zoveel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande processen binnen de fiscaliteit, zodat het voor de Belastingdienst sneller en eenvoudiger te integreren is in haar werkzaamheden wat de uitvoerbaarheid van de regeling ten goede komt.

Voorgesteld wordt om geen premie te heffen, indien het verschuldigde premiebedrag onder een grensbedrag blijft van de aanslaggrens voor de inkomstenbelasting.[218] Hiermee wordt voorkomen dat

[215] Artikel 3.124, eerste lid, onderdeel c, Wet IB 2001.

[216] Voor de goede orde: of de premie fiscaal aftrekbaar is, is geen onderdeel van het toetsingskader van de opt-out (paragraaf 10.5), noch doorslaggevend of een ontheffing kan worden verkregen op grond van het overgangsrecht (paragraaf 12.2).

[217] Artikel 3.147 Wet IB 2001.

[218] Deze was in 2025 € 57 (op jaarbasis).

voor (te) kleine bedragen premie wordt geheven, waarvan de uitvoeringskosten niet in verhouding staan tot de met de premieheffing verkregen baten.

9.8.2 Consequenties van een bij definitieve aanslag gewijzigde premie- en uitkeringsgrondslag
In paragraaf 4.4 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 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 de voorlopige aanslag 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 wettelijk minimumloon. Wie boven 142,86% van het wettelijk minimumloon 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 wettelijk minimumloon. 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 104 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).[219]

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.[220] En doordat deze partij de volledige uitkeringslasten draagt, zijn de mogelijkheden om investeringen in re-

[219] In het algemene deel van deze memorie van toelichting worden de termen opt-out, opt-outverzekering en ontheffing (van de verzekeringsplicht), door elkaar heen worden gebruikt, maar met de termen wordt hetzelfde bedoeld.

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 zelfstandige in beginsel 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).[221]
Ten tweede moeten er eisen worden gesteld aan private verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is 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 (zie paragraaf 10.8).
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 104 weken 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 de zogeheten Werkhervattingskas (artikel 82 van de Wet WIA). Het belang van de sociale zekerheid en het garanderen van bestaanszekerheid (zie artikel 20 van de Grondwet) aan in casu arbeidsongeschikte zelfstandigen 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.[222]

10.2 Selectie-effecten en risicoverevening

Bij de voorgestelde vormgeving van een duaal stelsel met opt-out, waarbij de publieke verzekeraar geen selectieprocedure houdt en de private verzekeraar wel een acceptatiebeleid kan voeren, 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

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

[221] Zie paragraaf 4.4 voor de achtergrond hiervan.

[222] 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.

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 markt.[223] 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 op deze manier 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 – zo veel mogelijk gelijkwaardig 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. 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.

[223] Dit mechanisme wordt ook onderschreven door onafhankelijk onderzoek. Zie: SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO economische onderzoek.

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.[224]

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 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 risicoverevening tussen publiek en privaat verzekerden heeft als doel om ervoor te zorgen dat de publieke premie op hetzelfde niveau blijft als in de situatie dat er geen opt-out bestond om zo het effect van het hebben van een duale markt op de publieke premie te ondervangen. Hierdoor wordt de stabiliteit en betaalbaarheid van de publieke verzekering gewaarborgd. De stabiliteitsbijdrage is het instrument dat hiervoor moet zorgen. De bijdrage is gelijk aan het bedrag dat volgens de beste inzichten nodig is om de risicoverevening tussen de publiek en privaat verzekerden te bereiken. 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 iemands 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 lager iemands arbeidsongeschiktheidsrisico, zoveel groter immers de opwaartse druk op de publieke premie als de betrokkenen 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 het minimale dekking- en minimale premie-vereiste – 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 het minimale dekking-vereiste 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 indiening van 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 pensioengerechtigde 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. Daarnaast stelt de keuze om de stabiliteitsbijdrage ook te heffen over de overgangspopulatie ons in staat om de

[224] Stichting van de Arbeid (2020). *Keuze voor zekerheid*. P. 20.

stabiliteitsbijdrage aanvankelijk beperkt te houden. Vanaf het begin betaalt een relatief grote groep mee aan de stabiliteit van het stelsel, waardoor de effecten van de duale markt op de publieke premie door een grote groep opgevangen kunnen worden waardoor de stabiliteitsbijdrage minder hoog vastgesteld hoeft te worden. Zie voor een nadere toelichting hierop paragraaf 17.1.4 van deze toelichting.

Voor onder overgangsrecht vallende vrijwillig bij UWV verzekerde niet-zieke zelfstandigen, die hun bestaande vrijwillige verzekering Wet WIA en (in combinatie met de vrijwillige verzekering Wet WIA) vrijwillige verzekering ZW behouden in het kader van het overgangsrecht (zie paragraaf 15.2), geldt deze motivering evenzeer.

In paragraaf 17.1.4 wordt nader ingegaan op de wijze van vaststelling van de stabiliteitsbijdrage.

10.4 Start van de opt-out

10.4.1 Startdatum van de opt-out

Noodzakelijke voorwaarde voor de opt-out (dus de stap uit de publieke verzekering) is een aanvraag van een ontheffing van de publieke verzekering bij UWV. De startdatum van de opt-out kan uitsluitend liggen aan het begin van het kalenderjaar of, indien de zelfstandige tijdens het jaar een onderneming start, op het moment dat de onderneming start. Dat zal veelal het moment van inschrijving bij de Kamer van Koophandel zijn. Anders dan voor startende zelfstandigen is het dus voor publiek verzekerde zelfstandigen niet mogelijk om gedurende het kalenderjaar te worden ontheven van de verzekeringsplicht.

De beperking van de startdatum van de opt-out vindt zijn grondslag in uitvoeringstechnische redenen, en ten behoeve van de uitlegbaarheid van het stelsel.

De regering heeft allereerst onderzocht of het mogelijk is om zelfstandigen gedurende elke dag in een kalenderjaar te worden ontheven van de verzekeringsplicht. Daarbij heeft de regering onderzocht of het mogelijk is om tot een geprorateerde premie te komen. Dat houdt in dat bijvoorbeeld voor een zelfstandige die gedurende een kalenderjaar een half jaar publiek verzekerd is, en een half jaar ontheven is, en een totaal winstinkomen over het jaar geniet van € 30.000, dat € 15.000 van deze winst in aanmerking zou komen voor het heffen van publieke premie. Dit strookt niet altijd met de realiteit: een zelfstandige kan bijvoorbeeld in één van de helften van het jaar significant meer hebben verdiend. Het is echter op dit moment niet uitvoerbaar om voor een periode anders dan een kalenderjaar vast te stellen wat er is verdiend. Dat zorgt dat genoemde proratering voor een zelfstandige niet altijd als rechtvaardig zal worden beschouwd, en dat deze handelswijze daarom ook potentieel tot veel bezwaar en beroep zal leiden.

Daarnaast heeft de Belastingdienst aangegeven dat om dit voorstel, inclusief opt-out, uitvoerbaar te maken het randvoorwaardelijk is dat in het voorstel wordt aangesloten bij bestaande processen binnen de fiscaliteit, zie hiervoor ook paragraaf 9.8.1. In de bestaande processen is het bij het innen en heffen van de premie niet mogelijk om de genoten winst uit onderneming in een belastingjaar toe te delen aan een specifieke periode.[225] Het gevolg hiervan is dat over de gehele genoten winst uit onderneming die in een jaar is genoten premie wordt geheven of helemaal niet, ongeacht voor welke duur de zelfstandige publiek verzekerd was in dat jaar. Dat houdt in dat als wordt toegestaan dat zelfstandigen op elke dag van het jaar ontheven kunnen worden in verband met het afsluiten van een opt-outverzekering, telkens de keus dient te worden gemaakt of over de gehele winst die dat jaar is genoten premie wordt geheven of niet. Dat acht de regering in principe onwenselijk. Indien wordt gekozen dat over de gehele winst uit onderneming premie wordt geheven terwijl de zelfstandige ook over een periode in dat jaar privaat verzekerd was zal er sprake zijn van dubbele premielasten. De te betalen premie staat dan niet in verhouding met de periode dat de zelfstandige onder de publieke verzekering valt. Indien zou worden gekozen dat over de gehele

[225] Met uitzondering van de situatie dat een ondernemer de AOW-gerechtigde leeftijd bereikt, en in situaties waarin toepassing van internationaal recht hiertoe strekt.

winst uit onderneming geen premie wordt geheven terwijl de zelfstandige wel een periode publiek verzekerd is geldt dat dit mogelijke gedragseffecten met zich meebrengt, die de stabiliteit en houdbaarheid van het stelsel ondergraven. Er zal een prikkel zijn om de startdatum van de opt-out zo te kiezen dat de totale te betalen premie zo laag mogelijk uitvalt, bijvoorbeeld om laat in het kalenderjaar over te stappen naar een private verzekering. In dat geval zal er geen publieke premie moeten worden betaald en zal de private premie van toepassing zijn op een relatief korte periode.

Op basis van het bovenstaande heeft de regering ervoor gekozen om de startdatum van de opt-out in te perken tot in principe het begin van het kalenderjaar.[226] Voor startende ondernemers start de opt-out op het moment van de start van de onderneming en dat ligt veelal op een andere datum dan het begin van het kalenderjaar. Vandaar dat de regering het wenselijk acht dat voor startende ondernemers er een mogelijkheid wordt geboden dat zij vanaf de aanvang van de onderneming ontheven kunnen worden van de publieke verzekering, zodat ze de keuzevrijheid behouden om vanaf het begin van de onderneming te opt-outen. Deze mogelijkheid kan aan startende ondernemers worden geboden, omdat zij – hoewel pas later in het jaar verplicht verzekerd – over de periode vanaf de start van de onderneming tot het einde van het kalenderjaar uitsluitend publiek of privaat verzekerd zijn. Dat is anders dan bij zittende zelfstandigen die gedurende het jaar overstappen van publiek naar privaat of andersom.

Het gevolg van de inperking van de startdatum van de opt-out is dat het de bewegingsvrijheid van zelfstandigen beperkt en dat zelfstandigen mogelijk een lange periode moeten wachten voordat zij kunnen overstappen naar het gewenste private verzekeringsproduct. Desondanks acht de regering dit gerechtvaardigd: het betreft een redelijke beperkte beperking van de vrijheid, die noodzakelijk is omdat anders er geen uitvoerbare variant van een opt-out mogelijk is. Daarvan weegt de regering de nadelen zwaarder dan de beperking van de bewegingsvrijheid. Hierbij wijst de regering er op dat de ruimte om van private verzekeraar te wisselen, niet is beperkt tot eenmaal per jaar.

10.4.2 Aanvraag van de opt-out

Noodzakelijke voorwaarde voor de opt-out (dus de stap uit de publieke verzekering) is een aanvraag van de ontheffing van de publieke verzekering bij UWV. 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.

De verzekeraar vraagt bij UWV de opt-out aan voor de zelfstandige, door middel van een aanvraag tot ontheffing van de publieke verzekering. Hij verklaart daarbij dat betreffende zelfstandige bij hem een verzekering heeft afgesloten die voldoet aan de minimale eisen voor het kwalificeren als een opt-out-verzekering. 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 diegene per de aangevraagde startdatum gebruik wil maken van de opt-out en dus niet publiek verzekerd wil zijn. Zonder deze informatie kan UWV immers niet weten dat een zelfstandige een private verzekering heeft afgesloten waarmee diegene gebruik kan en wil maken van de opt-out.

Op deze aanvraag beslist UWV over de startdatum van de opt-out. De startdatum van de opt-out is in beginsel 1 januari van een kalenderjaar. De aangevraagde startdatum moet dan ook 1 januari van enig kalenderjaar zijn. Als er sprake is van een zelfstandige op het moment van het starten van de onderneming, veelal kenbaar door de inschrijving bij de Kamer van Koophandel, is de startdatum van de

[226] Een dergelijke werkwijze wordt ook gehanteerd bij het eigenrisicodragerschap voor de Werkhervattingskas, vgl. artikel 40, negende lid, Wfsv.

opt-out de datum van aanvang van de arbeid als zelfstandige. De aanvraag moet uiterlijk binnen dertien weken na de gewenste aanvangsdatum van 1 januari bij UWV ingediend worden, of, indien sprake is van een startende zelfstandige, dertien weken na de start van de onderneming. Vanaf de door UWV vastgestelde startdatum van de opt-out is de zelfstandige niet publiek verzekerd en dus ook geen publieke premie verschuldigd.

Gewenst is dat de aanvraag voor de ontheffing voor 1 januari van een kalenderjaar wordt ingediend. Dit kan in principe gedurende het gehele voorafgaande jaar. Indien de aanvraag toch later wordt ingediend dan dertien weken na de start van het kalenderjaar of na de start van de onderneming heeft dat als gevolg dat de betrokkene pas ontheven wordt vanaf de eerste dag van het eerstvolgende kalenderjaar. De mogelijkheid om de aanvraag tot dertien weken na de beoogde startdatum in te dienen 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 het gehele kalenderjaar niet ontheven is van de plicht tot publieke verzekering en zodoende met dubbele premielasten te maken heeft. De genoemde aanvraagtermijn zorgt er daarnaast voor dat verzekeraars nog enkele weken hebben om het aanvraagproces voor de verzekering af te ronden, zodat het piekmoment aan het begin van het jaar minder belastend is. Tegelijkertijd onderkent de regering dat het overschrijden van deze termijn gevolgen heeft voor de private verzekeraar en privaat verzekerde. De verzekerde die eigenlijk wenste ontheven te worden is bij het overschrijden van deze termijn – waar de verzekerde maar weinig invloed op kan uitoefenen omdat alleen de private verzekeraar een aanvraag tot ontheffing kan indienen – nog een kalenderjaar publiek verzekerd. De regering acht dit risico te accepteren. De begrenzing in aanvraagtermijn tot dertien weken voorkomt enigszins dat de uitvoering niet onnodig en onbedoeld wordt belast met verzekerden die onbedoeld voor het gehele jaar publiek verzekerd zijn. Daarnaast voorkomt deze aanvraagtermijn 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. De regering vindt het zodoende gerechtvaardigd dat de aanvraag begrensd is in de tijd. Een termijn van dertien weken wordt afdoende geacht om op tijd een aanvraag in te dienen en dempt de nadelen van het toestaan van een te late aanvraag.

Als uitzondering op de hoofdregel dat een zelfstandige per 1 januari van een jaar wordt ontheven, geldt – naast de startende zelfstandige – dat de zelfstandige desgewenst gedurende het jaar van private verzekering naar private opt-outverzekering kan overstappen. Daarvoor dient wel sprake te zijn van aansluitende verzekeringen (zie ook paragraaf 10.6.3).

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.[227]
Tegen dit besluit kan bezwaar worden gemaakt door de betreffende verzekeraar en de betreffende zelfstandige.

[227] Ten overvloede een voorbeeld: op 1 december is een private verzekering tot stand gekomen tussen de zelfstandige en de private verzekeraar, de verzekering voldoet aan de minimumeisen en heeft ook als doel dat de zelfstandige uit de publieke verzekering opt-out. In de verzekeringsovereenkomst is overeengekomen dat de verzekering per 1 januari start en dus ook vanaf dat moment dekking biedt. Met het tot stand komen van de verzekeringsovereenkomst heeft de zelfstandige ook direct een verklaring aan de private verzekeraar afgegeven waarin staat dat die met de totstandkoming van de private verzekering per 1 januari uit de publieke verzekering wenst te stappen. De verzekeraar vraagt UWV op 6 december te besluiten dat de zelfstandige per 1 januari (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 die inderdaad per 1 januari 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 januari 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 dertien weken na de aangevraagde startdatum van de opt-out ligt, stelt UWV de startdatum van de opt-out vast op 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar en zal de consequentie zijn dat de zelfstandige nog tot die dag publiek verzekerd is.

Als de zelfstandige niet (meer) publiek verzekerd wil zijn vanwege een verzekering bij een private verzekeraar, en de verzekeraar heeft (nog) geen opt-out aangevraagd, dient de betrokkene 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 indien de aanvraag binnen de aanvraagtermijn wordt gedaan. De aanvraagtermijn eindigt dertien weken na de verzochte 1 januari met ingang waarvan de ontheffing moet aanvangen.

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 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.

Net zoals geldt bij het overgangsrecht, geldt voor veel van de producten die gangbaar zijn onder benamingen als woonlasten-/betalingsbeschermers[228], ongevallenverzekeringen, producten die voorzien in premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid en schenkkringen, dat deze niet voldoen aan onderstaande eisen. De producten die wel aan die eisen voldoen, vallen wel onder het opt-outkader.

Minimale dekking-vereiste

Onder minimale dekking wordt verstaan dat de private verzekering:

- een wachttijd van niet langer dan 104 weken kent;
- bij arbeidsongeschiktheid een uitkering verstrekt tot ten minste de AOW-gerechtigde leeftijd van de betreffende zelfstandige;

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

- bij arbeidsongeschiktheid een uitkering verstrekt die qua hoogte ten minste gelijkwaardig 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 het minimale dekking-vereiste is voldaan zolang 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.

De minimale eisen die aan de dekking van opt-out verzekeringen worden gesteld – het minimale dekking-vereiste - zorgen er onder meer voor dat zelfstandigen afdoende beschermd zijn tegen inkomensverlies als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Met het minimale dekking-vereiste wordt niet nagestreefd dat de verzekering in alle opzichten gelijk is aan de publieke verzekering, maar dat er sprake is van een zoveel mogelijk gelijkwaardige 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 het 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 slechts in beperktere mate bij aan de zoveel mogelijk gelijkwaardige bescherming tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid die de regering met dit wetsvoorstel beoogt te regelen.

Uitsluitingsgronden in private verzekeringen die afwijken van die van de publieke verzekering, kunnen mogelijk afbreuk doen aan de zoveel mogelijk gelijkwaardige bescherming die wordt beoogd. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen daarom uitsluitingsgronden worden aangewezen die niet mogen worden opgenomen in private verzekeringen om voldoende mate van equivalentie tussen publieke en private verzekering te borgen. In dat verband bestaat bij spoed ook ruimte om bij ministeriele regeling uitsluitingsgronden aan te wijzen die niet mogen worden opgenomen in de private verzekering. Wel is reeds in dit voorstel bepaald dat een private verzekeraar geen uitkering mag weigeren, indien de schade is veroorzaakt door roekeloosheid aan de zijde van de zelfstandige. Daartoe strekt evenwel artikel 929 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. In de publieke verzekering geldt dat UWV de bevoegdheid heeft de uitkering blijvend en geheel te weigeren, indien de verzekerde het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid opzettelijk heeft veroorzaakt.[229] Het onderdeel “roekeloosheid” kent de publieke verzekering daarmee niet. In dit voorstel is als onderdeel van het toetsingskader voor de opt-out opgenomen dat een private uitkering niet mag worden geweigerd indien deze is ontstaan door roekeloosheid.

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

[229] Vgl. artikel 60, tweede lid, van dit voorstel. Een dergelijke bepaling kent bijvoorbeeld ook de Wet WIA (artikel 88, tweede lid, van die wet).

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 arbeidsvermogen. 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 per maand kan verdienen als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek. De private verzekeraar stelt zelf vast of een verzekerde nog met arbeid ten minste het wettelijk minimumloon per maand kan verdienen of niet. De wijze waarop de verzekeraar dat beoordeelt, kan afwijken van de wijze waarop UWV toetst aan dit arbeidsongeschiktheidscriterium en er kunnen daardoor verschillen in de uitkomst van de beoordeling ontstaan. De private verzekeraar kan bijvoorbeeld vaststellen dat een verzekerde nog in deeltijd ten minste het wettelijk minimumloon per maand kan verdienen – bijvoorbeeld als een verzekerde zijn eigen werk nog in deeltijd kan doen – terwijl UWV in beginsel zal toetsen aan voltijds basisfuncties (vergelijk in dit verband ook paragraaf 7.2).

Uitkeringsduur
De uitkeringsduur van de private verzekering moet met de pensioengerechtigde leeftijd meebewegen om te voorkomen dat er een gat kan ontstaan waarin de arbeidsongeschiktheidsuitkering is geëindigd terwijl de zelfstandige de pensioengerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt. De pensioengerechtigde leeftijd is op grond van de AOW gekoppeld aan de levensverwachting. De eindleeftijd van private verzekeringen moet dus hiermee meebewegen. Dat houdt in dat bij het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst er geen “harde” eindleeftijd bekend is, de pensioengerechtigde leeftijd hangt immers af van de ontwikkeling van de levensverwachting. Indien de pensioengerechtigde leeftijd van de verzekerde tijdens de periode van de verzekeringsovereenkomst wijzigt als gevolg van de ontwikkeling van de levensverwachting, dan zal de eindleeftijd van de verzekering mee moeten bewegen. Het gevolg hiervan is dat de verzekerde langer verzekerd is of dat de opt-outverzekering langer tot uitkering komt dan bij het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst was verwacht indien de levensverwachting sneller stijgt dan destijds gedacht. Hieronder is dit geïllustreerd met twee voorbeelden:

- Imane sluit in 2030 een private verzekering af en haar verwachte pensioengerechtigde leeftijd is op dat moment 67 jaar. Enkele jaren daarna wijzigt de levensverwachting en hierdoor stijgt de pensioengerechtigde leeftijd van Imane naar 67 jaar en drie maanden. De verwachte eindleeftijd van haar private overeenkomst beweegt mee en wordt dus 67 jaar en drie maanden.
- Richard sluit in 2030 een private verzekering af en zijn verwachte pensioenleeftijd is op dat moment 67 jaar en drie maanden. In 2035 raakt Richard arbeidsongeschikt. In 2040 wijzigt de levensverwachting, waardoor de pensioengerechtigde leeftijd van Richard wordt verhoogd naar 67 jaar en zes maanden. De verwachte eindleeftijd van zijn private overeenkomst beweegt mee en Richard ontvangt een arbeidsongeschiktheidsuitkering totdat hij de leeftijd van 67 jaar en zes maanden bereikt indien de levensverwachting vanaf dat moment constant blijft en niet verder omhooggaat.

De regering wenst de invloed van mogelijke wetswijzigingen die in de toekomst plaatsvinden ten aanzien van de pensioengerechtigde leeftijd te duiden, omdat deze van invloed zijn op het duale stelsel en private verzekeringen in het bijzonder.[230] Zoals in paragraaf 17.5 van deze toelichting is vermeld, hanteren private verzekeraars – anders dan de publieke verzekering – een rentedekkingsstelsel, op grond waarvan risico’s voorafgaand aan het sluiten van de verzekeringsovereenkomst worden ingeschat en in de premie worden verdisconteerd. De private verzekeraar moet daartoe al bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst het individueel te verzekeren risico in beeld hebben en daarop de premie baseren. Een eventuele verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd in de toekomst die niet op voorhand te verwachten is, is

[230] Een dergelijke bepaling was ook onderdeel van het voor internetconsultatie uitgezette wetsvoorstel.

voor private verzekeraars een moeilijk verzekerbaar risico. De regering acht verhogingen van een pensioengerechtigde leeftijd die in ieder geval gelijk zijn aan de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting goed voorspelbaar voor verzekeraars en zodoende een factor waar verzekeraars rekening mee kunnen houden. Zodoende is opgenomen in dit wetsvoorstel dat voor verzekeraars toegestaan wordt om in verzekeringsovereenkomsten, die voldoen aan het minimale dekking-vereiste van de opt-out, op te nemen dat de verhoging van de eindleeftijd van de private verzekering bij een hogere stijging van de pensioengerechtigde leeftijd dan de stijging van de levensverwachting beperkt wordt tot de stijging van de levensverwachting. Met een stijging van de levensverwachting wordt in deze paragraaf bedoeld een stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd. Op deze manier wordt voor de private verzekeraar helder welke verplichting de verzekeraar in de premiesteling moet verdisconteren. Voor de privaat verzekerde geldt dat er een beperktere opslag op de premie hoeft te worden betaald indien een verzekeraar weet met welke mogelijke toekomstige verhogingen van de pensioengerechtigde leeftijd deze ten minste rekening dient te houden, en met welke niet. De verzekeraar hoeft dan namelijk een minder hoge onzekerheidsmarge in acht te nemen.

Bovenstaande leidt ertoe dat als de pensioengerechtigde leeftijd van een verzekerde in de toekomst verder wordt verhoogd dan de stijging van de levensverwachting de eindleeftijd van een al afgesloten verzekering van de verzekerde vanaf het moment van de verdere verhoging met niet meer dan de stijging van de levensverwachting hoeft mee te bewegen. Concreet betekent dit dat als de pensioengerechtigde leeftijd meer wordt verhoogd dan de stijging van de levensverwachting, verzekeraars de eindleeftijd van bestaande verzekeringen, die zijn afgesloten voor het moment dat duidelijk is geworden dat de pensioengerechtigde leeftijd in de toekomst meer zal kunnen stijgen dan de levensverwachting, minimaal moeten verhogen met de stijging van de levensverwachting. In deze situatie zal de verhoging van de eindleeftijd dus volledig meebewegen met de stijging van de levensverwachting. Op dit moment wordt een eventuele verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd vijf jaar van te voren aangekondigd. Dit leidt ertoe dat als deze vooraankondigingsperiode ongewijzigd blijft verzekeraars minimaal vijf jaar van te voren duidelijkheid hebben of er sprake zal zijn van een verhoging die meer is dan de stijging van de levensverwachting. Als dat het geval is zal de eindleeftijd vanaf het jaar dat er sprake is van zo'n verhoging jaarlijks meebewegen met de stijging van de levensverwachting. Anders dan de pensioengerechtigde leeftijd is er voor de eindleeftijd, vanaf het moment dat er sprake is van een verhoging die meer is dan de stijging van de levensverwachting, dus geen sprake van een vooraankondigingsperiode. Dit betekent dat de eindleeftijd op het laatste moment, op het laatst namelijk 31 december voor het jaar dat de eindleeftijd wordt bereikt, nog kan stijgen als blijkt dat de levensverwachting is gestegen, waardoor de opt-outverzekering langer blijft doorlopen. Als dit gebeurt, is de verwachting dat dit doorgaans een verhoging van een maand zal zijn. Ook geldt dat de eindleeftijd als gevolg van een wijziging van de levensverwachting alleen verhoogd kan worden en niet verlaagd, zodat de onzekerheid nooit ten nadele van de verzekerde kan uitpakken.

Voor de goede orde zij opgemerkt dat als de pensioengerechtigde leeftijd wordt verhoogd met minder dan de stijging van de levensverwachting, bijvoorbeeld een 5/6^{e}-koppeling aan de stijging van de levensverwachting, de eindleeftijd van opt-outverzekeringen de daadwerkelijke pensioengerechtigde leeftijd volgt. De eindleeftijd van de verzekering wijkt dus pas af van de pensioengerechtigde leeftijd in het geval de pensioengerechtigde leeftijd met meer dan de stijging van de levensverwachting wordt verhoogd. In het geval er weliswaar sprake was van een verdere verhoging, zoals bedoeld in de vorige zin, maar de eindleeftijd nadien weer boven de pensioengerechtigde leeftijd is uitgekomen, bijvoorbeeld omdat de pensioengerechtigde leeftijd op enig moment werd bevroren, dan mag de verzekering in dat geval eindigen op de dan geldende pensioengerechtigde leeftijd. Immers geldt dat de verzekeringsovereenkomst niet later hoeft te eindigen dan de geldende pensioengerechtigde leeftijd.

Als gevolg van de verschillen tussen het rentedekkingsstelsel en omslagstelsel, ontstaan op dit punt twee (mogelijke) verschillen tussen de publieke en private verzekering. Ten eerste – indien er geen wetswijziging zoals hierboven beschreven plaatsvindt van de pensioengerechtigde leeftijd – omdat de private verzekeraar rekening moet houden met een hogere en welbepaalde pensioengerechtigde leeftijd en dat in de premie moet verdisconteren, terwijl de publieke verzekering naar zijn aard in de premiestelling geen rekening hoeft te houden met die mogelijke wetswijziging. Ten tweede, als de wetswijziging van de pensioengerechtigde leeftijd wel plaatsvindt en ervan uitgaande dat de eindleeftijd van de publieke verzekering volledig meestijgt met de gewijzigde pensioengerechtigde leeftijd, dat er een verschil kan ontstaan tussen de publieke en private eindleeftijd van de uitkering. Het mogelijke verschil in dekking tussen publieke en private eindleeftijd van de uitkering geldt enkel voor al bestaande verzekeringspolissen op het moment dat duidelijk is geworden dat de pensioengerechtigde leeftijd in de toekomst meer zal stijgen dan de levensverwachting. Voor nog af te sluiten verzekeringspolissen geldt onverkort de dan gewijzigde pensioengerechtigde leeftijd.

Ondanks dat de regering de verschillen tussen dekking van de publieke verzekering en het minimale dekking-vereiste van de opt-out zo veel mogelijk wil beperken vindt de regering het verschil op dit punt gerechtvaardigd en de beste balans in de genoemde verschillen tussen de publieke en private verzekering.. Het maakt voorzienbaar tot welke leeftijd verzekeraars dekking moeten bieden ook in gevallen dat de pensioengerechtigde leeftijd wordt verhoogd met meer dan de stijging van de levensverwachting en beperkt de kosten voor privaat verzekerde zelfstandigen voor toekomstige stijgingen die zich mogelijk niet gaan voordoen. Indien niet zou worden voorgeschreven op welke manier verzekeraars rekening dienen te houden met verhogingen van de pensioengerechtigde leeftijd anders dan op het moment van afsluiten van de verzekeringsovereenkomst te verwachten waren is er een kans dat zij geen of in beperkte mate dekking kunnen bieden tot de pensioengerechtigde leeftijd omdat zij hier bij de premiestelling geen rekening mee hebben gehouden of dat zij achteraf gezien onnodig hoge opslagen rekenen op de premie om in het geval van zulke verhogingen uit te kunnen keren tot de dan gewijzigde pensioengerechtigde leeftijd. De regering vindt zodoende dat de voordelen - om vooraf duidelijkheid te bieden aan verzekeraars en verzekerden over de eindleeftijd die verzekeraars minimaal moeten hanteren - opwegen tegen het eventuele risico voor privaat verzekerde zelfstandigen op een toekomstig gat tussen (het einde van) de uitkering van hun arbeidsongeschiktheidsverzekering en hun AOW-uitkering. Indien gewenst, kan de wetgever die de wetswijziging doorvoert waarmee de pensioengerechtigde leeftijd wordt verhoogd, ook wegen of en hoe deze om wenst te gaan met een dergelijk gat.

Met onderstaande drietal fictieve voorbeelden wordt geïllustreerd op welke manier de minimaal te hanteren eindleeftijd voor het recht op uitkering wijzigt in geval van een toekomstige verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd met meer dan een volledige stijging van de levensverwachting. Hierbij zijn de genoemde pensioengerechtigde leeftijden en verwachtingen van de levensverwachting in bepaalde jaren willekeurig gekozen en puur ter illustratie.

- Charlotte is geboren op 1 januari 2000 en sluit in 2030 op 30-jarige leeftijd een opt-outverzekering af. De pensioengerechtigde leeftijd is op dat moment 67 jaar en drie maanden. In 2035 stijgt de pensioengerechtigde leeftijd naar 67 jaar en zes maanden door een stijging van de levensverwachting. De minimale eindleeftijd van lopende opt-outverzekeringen, waaronder die van Charlotte, beweegt direct en volledig mee met deze verhoging. In 2037 vindt er een extra verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd plaats met zes maanden, naar 68 jaar. De minimale eindleeftijd van Charlottes private verzekeringsovereenkomst stijgt met maximaal de stijging van de levensverwachting na 2036. Op 31 december 2066 is de levensverwachting van 65-jarigen in 2067, volgens de dan meest recente ramingen van het CBS, met vijf maanden gestegen ten opzichte van 2036. Daardoor is de minimale eindleeftijd van Charlottes verzekering gelijk aan 67 jaar en elf

maanden. Charlotte bereikt dus op 1 december 2067 de minimale eindleeftijd van haar private verzekering.

- David is geboren op 1 januari 2005 en sluit in 2030 op 25-jarige leeftijd een opt-outverzekering af. De pensioengerechtigde leeftijd is op dat moment 67 jaar en drie maanden. In 2035 raakt David arbeidsongeschikt. In 2035 stijgt de pensioengerechtigde leeftijd naar 67 jaar en zes maanden door een stijging van de levensverwachting. De minimale eindleeftijd van lopende opt-outverzekeringen, waaronder die van David, beweegt direct en volledig mee met deze verhoging. In 2037 vindt er een extra verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd plaats met zes maanden, naar 68 jaar. De minimale eindleeftijd van Davids private verzekeringsovereenkomst stijgt maximaal met de stijging van de levensverwachting na 2036. Op 31 december 2072 is de levensverwachting van 65-jarigen in 2073, volgens de dan meest recente ramingen van het CBS, met vijf en een halve maand gestegen ten opzichte van 2036. Daardoor is de minimale eindleeftijd van Davids verzekering gelijk aan 68 jaar. In het geval van David is dat gelijk aan zijn pensioengerechtigde leeftijd van 68 jaar. De uitkering van David loopt dan ten minste door tot aan deze leeftijd (dus tot 1 januari 2073).
- Martha is geboren op 1 januari 2010 en sluit in 2030 op 20-jarige leeftijd een opt-outverzekering af. De pensioengerechtigde leeftijd is op dat moment 67 jaar en drie maanden. In 2035 stijgt de pensioengerechtigde leeftijd naar 67 jaar en zes maanden door een stijging van de levensverwachting. De minimale eindleeftijd van lopende opt-outverzekeringen, waaronder die van Martha, beweegt direct en volledig mee met deze verhoging. In 2037 vindt er een extra verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd plaats met zes maanden, naar 68 jaar. De minimale eindleeftijd van Martha's private verzekeringsovereenkomst stijgt met maximaal de stijging van de levensverwachting na 2036. In 2073 vindt er nogmaals een extra verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd plaats met zes maanden, naar 69 jaar. Doordat er na afsluiting van de verzekeringsovereenkomst door Martha al een keer een extra verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd is geweest, stijgt de minimale eindleeftijd van Martha's private verzekeringsovereenkomst met maximaal de stijging van de levensverwachting na 2036 (het jaar dat de eerste extra verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd heeft plaatsgevonden). Op 31 december 2077 is de levensverwachting van 65-jarigen in 2078, volgens de dan meest recente ramingen van het CBS, met zeven maanden gestegen ten opzichte van 2037. Daardoor is de minimale eindleeftijd van Martha's verzekering gelijk aan 68 jaar en een maand. Martha bereikt dus op 1 februari 2078 de minimale eindleeftijd van haar private verzekering.

Uitkeringshoogte en indexatie

De hoogte van de uitkering van de private verzekering is afhankelijk van de winst uit onderneming van de zelfstandige. Daarmee wordt een welvaartsvaste uitkering gewaarborgd, zoals ook bij de publieke uitkering het geval is. In het geval van arbeidsongeschiktheid als gedefinieerd in dit voorstel, als zijnde dat de verzekerde niet meer in staat is om met arbeid het wettelijk minimumloon per maand te verdienen, dient de hoogte van de uitkering van de private verzekering zoveel mogelijk gelijkwaardig te zijn aan de uitkering die de publieke verzekering zou bieden. Dit houdt in dat ook de private verzekering bij arbeidsongeschiktheid ten minste een uitkering dient te verstrekken tot aan 100% van het wettelijk minimumloon (ofwel 70% van de uitkeringsgrondslag, die gebaseerd is op de winst uit onderneming en die ten hoogste 142,86% van het wettelijk minimumloon bedraagt). Een private uitkering die bij arbeidsongeschiktheid feitelijk gelijk is aan de publieke uitkering wordt niet nagestreefd. In dit verband is van belang dat de uitkeringsgrondslag door private verzekeraars op andere wijze wordt bepaald dan in de publieke verzekering het geval is, namelijk op basis van de inkomensgegevens van de zelfstandige voorafgaand aan het sluiten van de verzekering in plaats van de inkomensgegevens voorafgaand aan het intreden van ziekte. De door de private verzekeraar te hanteren uitkeringsgrondslag zal bij algemene maatregel van bestuur worden geregeld.

Voor lopende verzekeringen waarbij (nog) geen sprake is van arbeidsongeschiktheid, dient de verzekeraar wel periodiek, minimaal eenmaal per drie jaar, na te gaan of de uitkering die de verzekering biedt bij

arbeidsongeschiktheid nog steeds voldoet aan het hiervoor genoemde vereiste. In gevallen waarin de te verstrekken 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. Voor de verzekeraar is in zoverre bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst ook voorzienbaar dat hij de uitkeringshoogte periodiek, voor zover die bij arbeidsongeschiktheid lager uitkomt dan 100% van het wettelijk minimumloon uitkomt, opnieuw zal moeten vaststellen, aangezien dit onderdeel is van het toetsingskader voor de opt-out. De verzekeraar zal zich daarom, bijvoorbeeld bij een periodieke herziening vanwege een hoge toename van de winst uit onderneming, er niet op kunnen beroepen dat gebondenheid aan de overeenkomst van hem niet meer kan worden gevergd. Van tussentijdse opzegging door de verzekeraar in verband met deze periodieke herziening kan, mede gelet op artikel 940, derde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, aldus geen sprake zijn. Evenmin komt de verzekeraar de bevoegdheid toe de verzekeringsovereenkomst ten tijde van de periodieke herziening te beëindigen of te wijzigen vanwege een verzwaring van het gezondheidsrisico van de verzekeringnemer (zie in verband hiermee het vijfde lid van artikel 940 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek). Om de regeldruk te beperken, hoeft de verzekeraar de periodieke herziening van de uitkeringshoogte bij arbeidsongeschiktheid 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 regeldruk enerzijds en het waarborgen dat de uitkering bij arbeidsongeschiktheid passend blijft anderzijds.

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 op een vast moment indexeren met de consumentenprijsindex (CPI) in plaats van met de hoogte van het wettelijk minimumloon. Dit houdt in dat de hoogte van de uitkering, indien het recht op uitkering is ontstaan, eenmaal per jaar op een vaste datum wordt herzien met hetzelfde percentage als waarmee de consumentenindex in de door de verzekering gehanteerde vaste maand (referentiemaand) is gestegen ten opzichte van dezelfde maand waar de voorgaande herziening op was gebaseerd. De verzekeraar mag zelf bepalen welke maand wordt gekozen als referentiemaand, als voor de jaarlijkse herziening maar steeds dezelfde maand wordt gebruikt. Dit geeft verzekeraars enige vrijheid om te bepalen op welke maand de indexatie is gebaseerd wat aansluit bij de huidige werkwijze zodat deze bepaling niet tot grote wijzigen in de uitvoeringspraktijk leidt. De regering acht dit een goede balans tussen enerzijds het begrenzen van het risico voor verzekeraars en anderzijds het waarborgen van een welvaartsvaste uitkering voor privaat verzekerde zelfstandigen. Bij algemene maatregel van bestuur wordt nader geregeld wat precies wordt verstaan onder consumentenprijsindex.

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 minimaal moet bieden 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 minimale uitkering bij arbeidsongeschiktheid die voldoet aan het minimale dekking-vereiste zoals hierboven uitgeschreven, te delen door het publieke uitkeringspercentage van 70% en te vermenigvuldigen met het publieke premiepercentage.

De verzekeraar moet ten minste eenmaal per drie jaar nagaan of de uitkering die de verzekering biedt bij arbeidsongeschiktheid nog steeds voldoet aan het minimale dekking-vereiste (zie hierboven). Met bovenstaande definitie van het 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 het 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.

Het 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. Het 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 het minimale premie-vereiste vervalt op het moment dat de private verzekering een arbeidsongeschiktheidsuitkering uitkeert van ten minste 25% van de uitkering volgens het minimale dekking-vereiste. Op deze manier wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat de private verzekering bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid reeds (gedeeltelijk) uitkeert.

Uitkering en premie ten minste gelijk aan publieke verzekering (en mogelijkheid van toepassing van de franchise)

Hierboven is uiteengezet dat de uitkeringsgrondslag door private verzekeraars in de praktijk op andere wijze wordt bepaald dan in de publieke verzekering het geval is. Binnen het minimale dekking-vereiste voor de opt-out wordt daarmee rekening gehouden zoals hierboven is uiteengezet onder “Uitkeringshoogte en indexatie”. Het wetsvoorstel biedt echter ook de mogelijkheid om aan het minimale dekking-vereiste van de opt-out te voldoen indien de hoogte van de uitkering en de hoogte van de premie ten minste gelijk zijn aan de uitkomst van de manier waarop in de publieke verzekering de hoogte van de uitkering en de hoogte van de premie worden berekend.[231] Dat schept ook de mogelijkheid om binnen het minimale dekking-vereiste toepassing te geven aan de in het wetsvoorstel opgenomen franchise. Toepassing van de franchise kan als gevolg hebben dat voor hybride werkenden een lagere maximale publieke premie- en uitkeringsgrondslag geldt.

Toetsing aan het toetsingskader

Het minimale dekking-vereiste en het 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

[231] Overeenkomstig toepassing van respectievelijk artikelen 40 en 42 van deze wet en artikel 56c en 56d van de Wet financiering sociale verzekeringen. Zie in dit verband ook paragrafen 6.1.5, 6.5, 9.5 en 9.6.3.

verzekeraar dient zijn producten daartoe zelf te toetsen aan dit toetsingskader en dient bij het aanvragen van de ontheffing ook te verklaren dat de verzekering aan het toetsingskader voldoet. 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.

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 (AFM) onder andere boetes opleggen aan verzekeraars die verzekeringen met verkeerde voorstelling van zaken in de markt zetten; zie hiervoor hoofdstuk 11 van deze toelichting.

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 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, gevolmachtigde agent of ondergevolmachtigde agent dan dient deze bemiddelaar, de gevolmachtigde agent of de ondergevolmachtigde agent 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, bemiddelaars en adviseurs 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 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 het 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 het 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 de verzekering 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. De keuze voor een private arbeidsongeschiktheidsverzekering en het schenden van de daaraan verbonden mededelingsplicht kan gevolgen hebben voor het recht op uitkering. De zelfstandige dient zich bij de keuze voor de opt-out onder meer daarvan bewust te zijn en de (aanvullende) informatieplicht kan daarbij helpen.

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 diegene 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 regeldruk voor privaat verzekerde zelfstandigen. De verzekeraar kan met zijn verzekerden overeenkomen of en hoe hij deze bijdrage doorberekent in de premie. De hierboven beschreven minimale premie-vereiste geldt voor de overeengekomen premie, waarin de stabiliteitsbijdrage geheel of gedeeltelijk doorberekend kan zijn. Dat houdt in dat het minimale bruto premiebedrag conform het minimale premie-vereiste altijd hetzelfde blijft ongeacht of de verzekeraar ervoor kiest om (een gedeelte) van de stabiliteitsbijdrage door te berekenen in de premie. Ter illustratie als het minimale bruto premiebedrag conform het minimale dekking-vereiste € 171 per maand bedraagt en de verzekeraar kiest er voor om de gehele stabiliteitsbijdrage door te berekenen aan de zelfstandige dan blijft het minimale bruto premiebedrag € 171 per maand. Dat bedrag

is niet anders als de verzekeraar besluit om de stabiliteitsbijdrage niet, of op een andere manier, doorberekent aan de verzekerde.

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 diegene 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 diegene zijn opt-out wil beëindigen (zie paragraaf 10.6).

10.6 Einde van de opt-out

10.6.1 Einde van de opt-out

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 diegene op of na dat moment tot de kring van verzekerden behoort – van rechtswege publiek verzekerd wordt.

De ontheffing van de publieke verzekering eindigt in beginsel met ingang van de eerste dag van een kalenderjaar. De plicht tot het betalen van de stabiliteitsbijdrage door de verzekeraar geldt in principe zolang er sprake is van een ontheffing van de publieke verzekering. Hierbij geldt dat in het geval de private overeenkomst op een eerdere datum eindigt dan de ontheffing, de plicht tot betaling van de stabiliteitsbijdrage verschuldigd is tot de einddatum van de private overeenkomst, mits UWV hiervan tijdig een melding heeft ontvangen. De plicht tot het betalen van de stabiliteitsbijdrage kan namelijk niet eerder eindigen dan de dag waarop UWV de melding strekkende tot beëindiging van de ontheffing heeft ontvangen. 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 van rechtswege publiek verzekerd te raken);
- 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).

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 diegene niet publiek verzekerd. Diegene 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 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.[232] 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.

De opt-out kan eindigen op een van de volgende manieren, die verderop in deze paragraaf worden uiteengezet:

1. de verzekeraar meldt het einde van de private verzekering bij UWV;
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.

De opt-out kan enkel per toekomende datum eindigen en eindigt in beginsel aan het einde van een kalenderjaar. Dat betekent dat met ingang van 1 januari van het kalenderjaar volgend op de melding van eindiging van de verzekeringsovereenkomst of aanvraag tot beëindiging geen sprake meer is van een opt-out. Dit om zoveel mogelijk aan te sluiten bij het gegeven dat er geen onduidelijkheid kan bestaan over het in aanmerking te nemen winstinkomen voor de publieke premie en ten behoeve van de uitvoerbaarheid, zie hiervoor ook paragraaf 10.4.2. In paragraaf 10.6.2 wordt ingegaan op de gevolgen indien de opzegging niet tegen het einde van het kalenderjaar geschiet.

1. De verzekeraar meldt het einde van de private verzekering bij UWV

In het algemeen zal gelden dat een opt-out wordt beëindigd omdat de verzekeraar het einde van de verzekering meldt bij UWV.

Een private verzekeraar mag een verzekering niet zomaar beëindigen, dan wel niet tot uitkering laten komen. Voor private verzekeringen gelden doorgaans 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 of de verzekerde, 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.

Omdat beëindiging van de verzekering door de verzekeraar of niet tot uitkering laten komen ervan ingrijpende gevolgen kan hebben voor de zelfstandige (te weten dat de verzekerde een periode niet verzekerd is of dat de zelfstandige met een inkomensterugval te maken krijgt), 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.

Indien de verzekeraar nalaat bij UWV het einde van de verzekering (tijdig) te melden, heeft dat als gevolg dat de opt-out niet of in een later jaar wordt beëindigd. Dit is bijvoorbeeld het geval als de verzekeringsovereenkomst eindigt op 31 december van een jaar, terwijl de melding strekkende tot

[232] Ook de zelfstandige heeft een financieel belang, omdat waarschijnlijk de verzekeraar de stabiliteitsbijdrage doorberekend in de premie.

beëindiging van de ontheffing pas in het volgende kalenderjaar wordt gedaan. In dat geval beëindigt UWV de opt-out pas met ingang van 1 januari volgend op de datum van de melding. Dit kan leiden tot een zogenoemd verzekeringsgat. Dat is het geval wanneer de zelfstandige geen private verzekeringsovereenkomst meer heeft, maar vanwege het niet eindigen van de opt-out, ook al zou diegene op dat moment onder de kring van verzekerden vallen, niet publiek verzekerd raakt. Indien zich in die periode een arbeidsongeschiktheidsrisico heeft gemanifesteerd dan leidt dat er in dat geval toe dat een eventuele aanspraak op een publieke arbeidsongeschiktheidsuitkering niet eerder kan ontstaan dan 104 weken na de dag waarop de opt-out (uiteindelijk) is beëindigd en de publieke verzekering is aangevangen.[233] Er kan immers geen eerdere eerste ziektedag worden gemeld dan de eerste dag waarop de zelfstandige publiek verzekerd is geworden. Indien de zelfstandige op het moment dat de opt-out wordt beëindigd niet meer onder de kring van verzekerden valt, dan heeft dat in dit geval als gevolg dat diegene in het geheel geen aanspraak meer kan maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De regering acht deze werking noodzakelijk om te voorkomen dat de risicosolidariteit en betaalbaarheid van de publieke verzekering onder druk wordt gezet. Voor eventuele schade als gevolg van het nalatig handelen door de verzekeraar kan de zelfstandige de verzekeraar civielrechtelijk aansprakelijk stellen.

2. De zelfstandige vraagt beëindiging van de opt-out aan bij UWV

Er kunnen echter situaties zijn waarin de verzekeraar de melding niet doet en het ook niet meer te verwachten valt, bijvoorbeeld omdat de verzekeraar is opgehouden te bestaan. Om te voorkomen dat er in dat geval een langdurend verzekeringsgat kan ontstaan heeft de zelfstandige ook zelf de mogelijkheid om bij UWV een aanvraag te doen om de opt-out te beëindigen, maar diegene is daartoe, anders dan de verzekeraar, niet verplicht.

De zelfstandige kan een aanvraag einde opt-out doen als er nog sprake is van een doorlopende arbeidsongeschiktheidsuitkering of -verzekering. In dat geval eindigt de opt-out met ingang van 1 januari van het kalenderjaar volgend op de aanvraag tot beëindiging. Implicatie daarvan is wel, dat als de zelfstandige na de vastgestelde einddatum opt-out (weer) tot de kring van verzekerden behoort, bijvoorbeeld omdat diegene opnieuw een onderneming start, diegene van rechtswege publiek verzekerd wordt ongeacht of er nog sprake is van een private overeenkomst. De private overeenkomst eindigt niet automatisch in het geval de verzekerde een aanvraag doet tot beëindiging van de opt-out. De verzekerde zal in een dergelijk geval, als deze niet zowel publiek als privaat verzekerd wenst te zijn, zijn private overeenkomst moeten beëindigen.

3. UWV beëindigt de opt-out wegens het niet voldoen aan de verplichting tot betaling van de stabiliteitsbijdrage door de verzekeraar

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.

[233] Als de verzekeringnemer nalatig heeft gehandeld, kan sprake zijn van benadeling van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Zie paragraaf 11.5.2.

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 diegene 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.

10.6.2 Beëindiging opt-out met ingang van een andere dag dan 1 januari

In het voorgaande is ervan uitgegaan dat de opt-out – en zodoende de ontheffing van de publieke verzekeringsplicht – telkens met ingang van 1 januari van het kalenderjaar volgend op de melding of aanvraag eindigt. Dat zal niet in alle gevallen zo zijn. Niet in elke situatie is het mogelijk en wenselijk dat de opt-out wordt beëindigd met ingang van 1 januari van het kalenderjaar volgend op de melding of aanvraag tot beëindiging van de ontheffing. De hoofdregel die de regering hanteert, is dat de zelfstandige gedurende dat kalenderjaar ook niet publiek verzekerd wordt. Daarmee wordt diegene in principe geconfronteerd met een verzekeringsgat, waarbij enkele uitzonderingen gelden (zie hierbij deze paragraaf en paragraaf 10.6.3).

Tot deze hoofdregel komt de regering omdat het niet wenselijk is dat in voorkomende gevallen er wél sprake is van een publieke verzekering, maar dat daar tegenover geen premieplicht staat of dat de betrokkene over de gehele in het jaar genoten winstinkomen publieke premie dient te betalen terwijl de betrokkene ook nog een periode van het jaar privaat verzekerd is geweest.

Bijvoorbeeld in het geval van royement van een verzekerde door een private verzekeraar vanwege wanbetaling of vanwege verzwijging van relevante feiten waardoor een verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten (vgl. artikel 929 van Boek 7 van het Burgerlijk

Wetboek), acht de regering het noch wenselijk dat deze zelfstandigen geen premie dienen te betalen, noch wenselijk dat de betrokkene een publieke premie over het gehele genoten winstinkomen uit het jaar moet betalen. Eenzelfde redenering is aan de orde voor een zelfstandige die gedurende het kalenderjaar zijn private verzekeringsovereenkomst opzegt. In dat geval zal er dus sprake zijn van een periode dat de zelfstandige onverzekerd is en valt de verzekerde vanaf de eerste dag van het eerstvolgende kalenderjaar onder de publieke verzekering. Vanaf dat moment is publieke premie verschuldigd. Voor de plicht tot het betalen van stabiliteitsbijdrage door de verzekeraar geldt dat deze stopt op het moment dat de verzekeraar melding maakt van bovenstaande. Dit om te voorkomen dat de private verzekeraar nog wel een stabiliteitsbijdrage dient te betalen, terwijl de private verzekeraar geen overeenkomst meer heeft en daarvan melding heeft gedaan, wat ook buiten de schuld van de verzekeraar om ligt (opzegging van de verzekerde of niet nakomen afspraken vanuit de verzekerde).

In een aantal situaties acht de regering het vorenstaande (dat er sprake is van een zelfstandige met een verzekeringsgat) niet wenselijk en gerechtvaardigd. Dat zijn de situaties waar buiten enige schuld of verwijtbaarheid van de zelfstandige de verzekering op een andere dag dan 31 december is beëindigd. Dit is in elk geval indien:

- de private verzekeraar failliet is geraakt;
- de verzekeraar niet heeft voldaan aan zijn verplichting om de stabiliteitsbijdrage geheel en tijdig te betalen;
- er sprake is van een technische eindleeftijd die gedurende het kalenderjaar wordt bereikt (deze situatie is alleen mogelijk bij een overgangsrechtverzekering, zie paragraaf 12.2.5);
- er sprake is van een kennelijke hardheid.

In afwijking op de hoofdregel wenst de regering deze groepen wel publiek te verzekeren, waartegenover geen premieverplichting bestaat. De mogelijke negatieve consequenties op de betaalbaarheid van de premie (welke de regering als gering inschat), aangezien er wel een uitkeringsrecht kan ontstaan terwijl er geen premie is betaald, weegt de regering minder zwaar dan het voorkomen van onnodige en onwenselijke verzekeringsgaten.
De premieverplichting vangt wederom aan per de eerste dag van het kalenderjaar, volgend op het einde van de ontheffing. In deze situaties zal de opt-out worden beëindigd op de dag na de dag dat de private verzekeringsovereenkomst is beëindigd, mits een melding tot beëindiging van de opt-out door UWV is ontvangen van de verzekeraar. Bij een late melding kan het moment van eindiging van de opt-out in deze situaties dus gelegen zijn na de datum van wijziging of eindiging van de verzekeringsovereenkomst, maar vóór 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar. De plicht tot het betalen van de stabiliteitsbijdrage door de verzekeraar vervalt in dat geval vanaf de dag dat de melding tot wijziging of eindiging van de verzekeringsovereenkomst wordt gedaan bij UWV, om te voorkomen dat de verzekeraar stabiliteitsbijdrage is verschuldigd over een periode dat er geen sprake meer is van een overeenkomst met de verzekerde.

Gezien de forse gevolgen voor een betrokkene, heeft de regering ook ervoor gekozen om een hardheidsclausule op te nemen. Deze clausule biedt de mogelijkheid aan UWV om in gevallen waarin het onevenredig is om toegang tot de publieke toegang tot de verzekering te ontzeggen, wel deze zelfstandige te verzekeren. De regering denkt bijvoorbeeld aan de situatie dat een zelfstandige zijn opt-out beëindigt, omdat zijn verzekeraar op is gehouden te bestaan en niet de opt-out heeft beëindigd bij UWV, waarbij de zelfstandige geen afdoende toegang heeft tot een andere private arbeidsongeschiktheidsovereenkomst. In een dergelijk geval kan UWV tot het oordeel komen dat betrokkene, ook al staat er geen premieplicht tegenover, publiek verzekerd dient te worden.

10.6.3 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. Dat houdt in dat de verzekeraar van de lopende verzekering een melding doet van de beëindiging van de ontheffing en dat de verzekeraar van de nieuwe verzekering een aanvraag doet voor een ontheffing.

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. Hierbij geldt dat indien de nieuwe opt-out volledig aansluit bij de beëindiging van de oude opt-out het mogelijk is om gedurende het kalenderjaar over te stappen naar een andere verzekeraar. Dit is bijvoorbeeld het geval als de oude verzekeringsovereenkomst eindigt per 31 mei en de nieuwe verzekeringsovereenkomst start op 1 juni van datzelfde kalenderjaar. In dat geval zal de verplichting tot betalen van de stabiliteitsbijdrage door de verzekeraar per de gemelde datum (in dit voorbeeld 1 juni) overgaan van de oude naar de nieuwe verzekeraar.

Als er geen sprake is van op elkaar in de tijd aansluitende verzekeringsovereenkomsten, bijvoorbeeld als de oude verzekeringsovereenkomst eindigt per 31 mei en de nieuwe verzekeringsovereenkomst start op 1 juli van datzelfde kalenderjaar, geldt dat de ontheffing behorende bij de oude verzekeringsovereenkomst pas eindigt met ingang van 1 januari van het kalenderjaar volgend op de melding tot beëindiging van de ontheffing. De ontheffing behorende bij de nieuwe verzekeringsovereenkomst start in dat geval met ingang van 1 januari van het kalenderjaar volgend op de aanvraag van de ontheffing. In gevallen waarbij dan sprake is van geen volledige aansluiting geldt dat de stabiliteitsbijdrage behorende bij de oude verzekeringsovereenkomst is verschuldigd tot de einddatum van de oude verzekeringsovereenkomst mits UWV een melding van het eindigen van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen. De plicht tot het betalen van de stabiliteitsbijdrage kan niet eerder eindigen dan de dag waarop UWV de melding tot beëindiging van de ontheffing heeft ontvangen. De stabiliteitsbijdrage behorende bij de nieuwe private overeenkomst is in dat geval pas verschuldigd vanaf het moment dat de nieuwe ontheffing van kracht is, wat in dat geval dan ligt op 1 januari van het kalenderjaar volgend op de aanvraag van de ontheffing.

10.7 Private verzekeringen nader vergeleken met de publieke verzekering
In dit hoofdstuk is ingegaan op de minimumeisen die de regering wenst te hanteren aan private verzekeringen, wil een verzekerde ontheven kunnen worden. Daarin is in paragraaf 10.5.1 ook kort aangegeven welke eisen er *niet* aan private verzekeringen worden gesteld, wil er sprake kunnen zijn van een ontheffing.

In deze paragraaf worden enkele aspecten in de vergelijking tussen de private en publieke verzekering nader belicht, zodat een meer volledig overzicht ontstaat tussen de verschillen tussen de private verzekeringsovereenkomsten en de publieke verzekering.[234] Dat zijn de aspecten die niet reeds genoemd zijn inzake het van belang zijn voor het toetsingskader.

Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek
De publieke verzekering is een verzekering die van rechtswege bestaat. De regels omtrent deze verzekering zijn voor een groot gedeelte in dit voorstel neergelegd. De private verzekering wordt echter (ook) door algemeen en bijzonder verbintenissenrecht beheerst, zie daarvoor in het bijzonder ook Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. In die titel zijn bepalingen opgenomen die onder andere regels bevatten over de mededelingsverplichting van de verzekerde, verrekening en opzegging. Deze regels zijn

[234] Deze paragraaf is in die zin van overeenkomstige toepassing op de private verzekering onder overgangsrecht, verder uiteengezet in hoofdstuk 12 van deze toelichting.

veelal niet van belang in de rechtsverhouding tussen UWV en verzekerde. Zo zijn regels die ingaan op het in te roepen gevolg als een privaat verzekerde niet aan zijn mededelingsverplichting heeft voldaan waarbij de verzekeraar die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, niet aan de orde bij een verzekering zonder voorafgaande medische keuring.[235] Op specifieke punten in deze toelichting wordt kort de verhouding tussen Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en voorliggen voorstel uiteengezet.[236]

Wet op de medische keuringen
Anders dan Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek geldt voor zowel de medische beoordelingen die ten behoeve van het recht op uitkering door UWV worden uitgevoerd als bij een private verzekeringsovereenkomst, dat de Wet op de medische keuringen van toepassing is. In deze wet zijn regels opgenomen waaraan keuringen dienen te voldoen. Wel zijn er verschillen. Zo hoeft UWV hoeft geen medische keuring voor het aangaan van de verzekering uit te voeren, want de zelfstandige is van rechtswege verzekerd. Bij UWV geldt dat een bezwaar tegen een besluit inzake het uitkeringsrecht, waaraan een medische keuring ten grondslag ligt en waarvoor een herkeuring aan de orde is, kosteloos is. Een private verzekeraar betaalt in de regel ook de herkeuring, maar kan een redelijke bijdrage van de (aspirant)-verzekerde vragen.[237]

Rechtsbescherming
Doordat er verschillende regels gelden in de verhouding tussen verzekerde en UWV, verzekerde en Belastingdienst, en verzekerde en private verzekeraar, heeft dit tot gevolg dat ook de rechtsbescherming voor elk van de verhoudingen anders is. Dit wordt beschreven in paragraaf 15.3.

Hoewel er – zoals hierboven geschetst – verschillen bestaan in de bepalingen die de private rechtsverhouding beheersen, en de publieke rechtsverhouding tussen UWV en verzekerde of de Belastingdienst en verzekerde, acht de regering niet dat deze verschillende bepalingen een belangrijke invloed uitoefenen op de te maken keuze tussen een private of publieke verzekeringsovereenkomst.

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. De zelfstandige die een beroep doet op de verzekering moet weten wat diegene van onder meer UWV verwacht. De zelfstandige moet echter ook weten wat van hem op grond van dit voorstel 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 wat 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

[235] Vgl. artikel 929 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

[236] Zie paragraaf 10.5.1 inzake artikelen 929 en 940 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en paragraaf 15.1 over regres.

[237] Vgl. artikel 9 jo. artikel 12, derde lid, van de Wet op de medische keuringen en artikel 11 van het Protocol Verzekeringskeuringen.

uitvoering van dit wetsvoorstel van belang is, het meewerken aan verzoeken of opdrachten van UWV of het door UWV ingeschakelde re-integratiebedrijf. 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 het vaststellen van arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering.

- De plicht van de verzekerde, gedurende de uitkeringsfase, ter voorkoming van het bestaan van het recht op uitkering: 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 onder andere 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.

11.1.2 Plichten tijdens en voor de wachttijd

De verplichtingen voor de verzekerde zoals omschreven in bovenstaande paragraaf 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) reeds tijdens geldende wachttijd. Hieronder zijn 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– die binnen de wachttijd kan vallen – geldt een informatieplicht en plicht tot medewerking aan controle (bijvoorbeeld om vast te kunnen stellen of er sprake is van arbeidsongeschiktheid).
- Voor de verzekerde geldt ook voor en tijdens de wachttijd (net als tijdens de uitkeringsfase) een algemene verplichting dat diegene uitkeringsafhankelijkheid in redelijkheid tracht te vermijden door schadebeperkende maatregelen te nemen. Indien UWV vaststelt dat een verzekerde door opzet in een staat verkeerd waardoor diegene een beroep doet op een uitkering op grond van dit voorstel, 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 voorliggend 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 (in de zin van verplichtingen) verbinden aan die re-integratieondersteuning.

- In paragraaf 5.3.2 is uiteengezet dat de zelfstandige gehouden is zich binnen dertien weken nadat de zelfstandige door ziekte, gebrek, bevalling of zwangerschap uitvalt, zich ziek te melden bij UWV.

11.2 Wettelijk vertegenwoordiger

De verzekerde heeft verschillende verplichtingen waaronder de genoemde 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 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 (financiële) problemen komt, bijvoorbeeld door andere schulden, heeft UWV afhankelijk van de omstandigheden en mits voldaan aan een aantal voorwaarden de mogelijkheid om tot een oplossing te komen. Dit wordt hieronder verder toegelicht.

11.3.1 Terugvordering

UWV heeft in beginsel de verplichting tot terugvordering van al hetgeen in het kader van de uitkeringsrelatie ten onrechte en dus onverschuldigd is betaald. Het gaat hierbij om een terugvordering van de persoon aan wie of de instelling waaraan de uitkering (of onverschuldigde voorziening en in het kader van dit voorstel) 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 is de situatie waarbij de zelfstandige een hoger inkomen heeft genoten dan eerder is gekort op de uitkering. Diegene van wie wordt teruggevorderd is ook verplicht desgevraagd aan UWV de inlichtingen te verstrekken die voor de terugvordering van belang zijn. 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 diegene 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 Werk en Participatie (hierna: Minister van WP) 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.[238] Ook kunnen, door de Minister van WP, regels gesteld worden over de wijze waarop UWV omgaat met de invordering van bedragen.[239]

11.3.2 Uitzondering op de hoofdregel voor terugvorderingsbeleid

Het kan voorkomen dat een betrokkene een voorschot op een verwachte arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgt. Daarvan is onder meer sprake wanneer over het jaar waarin de betrokkene ziek is uitgevallen nog geen definitieve aanslag voorhanden is. Daarmee staat nog niet vast of deze persoon wel verzekerd is op grond van dit voorstel. Deze groep is beperkt; veel van de zelfstandigen die na afloop van de wachttijd een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen, zullen al beschikken over een definitieve aanslag over het jaar waarin de eerste ziektedag ligt. In verreweg de meeste gevallen zal er, als er in de voorlopige aanslag sprake is van verwachte winst uit onderneming, ook in de definitieve aanslag sprake zijn van winst uit onderneming. Indien bij definitieve aanslag door de Belastingdienst wordt vastgesteld dat de betrokkene in het geheel geen winst uit onderneming in het betreffende kalenderjaar heeft genoten, heeft dat beginsel tot gevolg dat door UWV verstrekte voorschotten onverschuldigd aan de betrokkene zijn uitbetaald en dat deze door de betrokkene geheel dienen te worden terugbetaald.

De gevolgen voor de betrokkene kunnen zeer ingrijpend zijn. Hoe langer de betrokkene een voorschot heeft verkregen, hoe hoger ook de potentiële terugvordering is. Voor de situatie dat de betrokkene, in het jaar waarin zijn eerste ziektedag lag, geen winst heeft genoten, maar ROW, acht de regering het aangewezen om onder voorwaarden af te wijken van het uitgangspunt dat wordt teruggevorderd. Hieronder wordt daar nader op ingegaan.

Wanneer van terugvordering af wordt gezien

In geval er in de voorlopige aanslag over het jaar waarin de eerste ziektedag lag sprake is van veronderstelde winst uit onderneming, terwijl er in de definitieve aanslag sprake is van ROW, zal UWV in beginsel geheel afzien van het terugvorderen van onverschuldigd uitgekeerde voorschotten. De regering acht dit wenselijk vanwege de volgende afweging:

- ten eerste zijn de gevolgen voor de betrokkene groot. De omvang van het terug te betalen bedrag is potentieel zeer hoog. Hoe langer de betrokkene een voorschot heeft gekregen, hoe hoger de terugvordering is. Dat kan al snel gaan om duizenden of tienduizenden euro's, wat mogelijk zal leiden tot problematische schulden en ingrijpende gevolgen voor de betrokkene. De regering ziet hier, wat betreft de omvang van het terug te vorderen bedrag, overigens een wezenlijk verschil met mogelijke premiegevolgen rondom dit voorstel (of bijvoorbeeld het mislopen van fiscale voordelen zoals de zelfstandigenaftrek), die naar hun aard lager zullen uitvallen.
- Ten tweede, de inschatting die een betrokkene maakt bij een verzoek tot een voorlopige aanslag is geen sinecure. De betrokkene moet inschatten of de Belastingdienst uiteindelijk zal bepalen dat de

[238] Deze regels zijn neergelegd in de Regeling terugvordering geringe bedragen.

[239] Deze regels zijn neergelegd in de Regeling tenuitvoerlegging bestuurlijke boeten en terugvordering onverschuldigde betalingen.

gedane werkzaamheden zullen kwalificeren als zijnde winst uit onderneming of ROW. In een deel van de situaties is dat duidelijk. In sommige gevallen is dit echter een zeer lastige inschatting met potentieel zeer grote gevolgen voor de betrokkene.

Bovenstaande heeft tot gevolg dat de regering ervoor kiest dat, afgezien wordt van terugvordering van onverschuldigd uitbetaalde voorschotten indien in de voorlopige aanslag over het jaar waarin de eerste ziektedag lag, sprake is van veronderstelde winst uit onderneming, terwijl er in de definitieve aanslag sprake is van ROW.

Dit is anders indien op de betrokkene een van de volgende uitzonderingen van toepassing is:

1. er zal niet afgezien worden van terugvordering van onverschuldigd betaalde voorschotten indien de betrokkene in het kalenderjaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarin diegene ziek werd geen winst uit onderneming heeft genoten.
2. Ook zal UWV niet afzien van terugvordering van onverschuldigd betaalde voorschotten in de situatie waarin de betrokkene wist of behoorde te weten dat de voorschotten onverschuldigd werden betaald.
3. Ook zal niet afgezien worden van terugvordering van onverschuldigd betaalde voorschotten indien de inspecteur van de Belastingdienst de betrokkene, voor het kalenderjaar waarin de betrokkene ziek werd, een bestuurlijke boete heeft opgelegd als bedoeld in artikel 67a van de Algemene wet inzake rijksbelastingen.

Toelichting eerste uitzondering
Met de eerste uitzondering wordt geregeld dat voor het afzien van terugvordering van onverschuldigd betaalde voorschotten enkel aanleiding bestaat indien de betrokkene in het kalenderjaar voorafgaand aan het jaar waarin diegene ziek werd daadwerkelijk winst uit onderneming heeft genoten. Of daarvan sprake is zal blijken uit een definitieve aanslag inkomstenbelasting over dat voorliggende jaar. Indien de betrokkene niet onder deze eerste uitzondering valt is het in beginsel aannemelijk dat de betrokkene ervan mocht uitgaan dat die in het jaar waarin in de eerste ziektedag lag winst uit onderneming zou genieten, indien dat in het voorliggende jaar ook het geval was. Dat zal echter niet het geval zijn wanneer uit (andere) objectieve gegevens blijkt dat de betrokkene wist of behoorde te weten dat die geen winst uit onderneming genoot en daarmee ten onrechte aanspraak maakte op voorschotten op de uitkering (zie de tweede uitzondering).
Zonder deze eerste uitzondering zou UWV in beginsel voor iedere persoon die een verzoekt heeft gedaan voor een voorlopige aanslag vanwege verwachte winst uit onderneming, en die daarna een voorschot op een uitkering heeft ontvangen, moeten afzien van terugvorderen als in de definitieve aanslag blijkt dat er ROW is genoten. Daarmee bestaat ook een risico op misbruik. Het voorgaande betekent evenwel dat het voorschot van startende zelfstandigen die in hetzelfde jaar als het jaar waarin zij startte ziek zijn geworden, wel wordt teruggevorderd.

Toelichting tweede uitzondering
Deze tweede uitzondering is een restcategorie, en is pas aan de orde indien de betrokkene klaarblijkelijk wist of behoorde te weten dat die geen winst uit onderneming genoot en daarmee ten onrechte aanspraak maakte op voorschotten op de uitkering. In die situaties is het ten opzichte van het collectief niet gerechtvaardigd om het onverschuldigd betaalde voorschot niet terug te vorderen.

Van deze tweede uitzondering zou bijvoorbeeld sprake kunnen zijn in de volgende situatie: Sabine valt in 2037 door ziekte uit. Sabine krijgt, na de wachttijd, in 2039 een voorschot op de uitkering op grond van dit wetsvoorstel omdat zij, over het jaar waarin zij ziek werd, alleen beschikt over een voorlopige aanslag (met daarin veronderstelde genoten winst uit onderneming) en dus nog niet over definitieve

inkomensgegevens. Met andere woorden: of zij in het jaar waarin zij ziek werd verzekerd was op grond van dit wetsvoorstel is door UWV nog niet vast te stellen. UWV kent haar na de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling een voorschot op de het eventuele uitkeringsrecht toe. Na de toekenning van het voorschot past zij de in de voorlopige aanslag van 2037 genoemde WUO (winst uit onderneming) geheel aan naar ROW waarbij zij aangeeft geen WUO maar ROW te hebben genoten.

Toelichting derde uitzondering
De laatste uitzondering heeft als doel om te voorkomen dat de betrokkene die te laat aangifte van de inkomstenbelasting heeft gedaan, en daarvan door de inspecteur van de Belastingdienst middels een bestuurlijke (verzuim)boete een verwijt is gemaakt, in aanmerking komt voor het afzien van terugvordering van onverschuldigd betaalde voorschotten. In een dergelijk geval heeft een betrokkene de periode waarin nog onduidelijkheid bestond over zijn verzekeringsplicht immers door zijn toedoen onnodig verlengd en daarmee ook de periode waarin voorschotten onverschuldigd zijn betaald. De regering acht het voor die gevallen niet wenselijk dat wordt overgegaan tot het afzien van terugvordering van de uit de premie bekostigde onverschuldigd betaalde voorschotten.

Indien de inspecteur van de Belastingdienst de betrokkene, in verband met het niet tijdig doen van aangifte van de inkomstenbelasting over het jaar waarin de betrokkene ziek werd, een bestuurlijke (verzuim)boete heeft opgelegd en die boete onherroepelijk is geworden, is dat voor UWV voldoende om vast te stellen dat de betrokkene onder de derde uitzondering valt.

Een voorbeeld waarin UWV niet overgaat tot terugvordering: Lisa heeft sinds 2030 een eigen onderneming. Zij geniet vanaf dat moment elk jaar winst uit onderneming als zelfstandige. Over 2030 tot en met 2036 is dat ook vast komen te staan op basis van een definitieve aanslag. Voor 2037 heeft Lisa een voorlopige aanslag ontvangen. In dat jaar wordt Lisa ziek voor haar werk als zelfstandige. Zij doorloopt de wachttijd, doet in 2038 tijdig aangifte voor de inkomstenbelasting over 2037 en vraagt in 2039 een uitkering op grond van dit voorstel aan. De vraag of Lisa in 2037 tot de kring van verzekerden voor dit voorstel behoort, wordt in afwachting van de definitieve aanslag over dat jaar voorlopig gebaseerd op haar voorlopige aanslag. Lisa wordt arbeidsongeschikt bevonden en ontvangt in afwachting van de definitieve aanslag voorschotten op de uitkering. In 2040 ontvangt Lisa haar definitieve aanslag over 2037, waaruit blijkt dat zij geen winst uit onderneming heeft genoten maar ROW. Daarmee is vast komen te staan dat zij in 2037 niet verzekerd was voor dit voorstel en geen recht heeft op uitkering. Hieruit volgt dat tevens dat de voorschotten op de uitkering die Lisa sinds 2039 ontving onverschuldigd zijn betaald en in beginsel door haar moeten worden terugbetaald. Omdat Lisa onder geen van de hierboven beschreven uitzonderingen valt vordert UWV het onverschuldigd uitbetaalde voorschot niet terug.

Onderbouwing van de doelgroep van deze verruiming
Er is uitdrukkelijk voor gekozen dit ruimere terugvorderingsbeleid niet te betrekken op de situatie dat er in de voorlopige aanslag sprake is van veronderstelde winst uit onderneming terwijl uit de definitieve aanslag blijkt dat die, veronderstelde winst uit onderneming, eigenlijk loon uit dienstbetrekking was. In deze situatie ligt het namelijk niet in de rede om af te zien van het terugvorderen van het reeds uitbetaalde voorschot, aangezien het gaat om loon waarmee betrokkene verzekerd is voor de werknemersverzekeringen (waaronder de Wet WIA, ZW en WW). Voorafgaand op een eventuele uitkering krachtens een werknemersverzekering is er daarnaast, zolang er sprake is van een arbeidsovereenkomst, recht zijn op loondoorbetaling bij ziekte. De betrokkene valt in beginsel dus onder een “vervangend vangnet” en dient het onverschuldigd betaalde voorschot terug te betalen. Dat is voor de groep personen die ROW geniet anders, die verdiensten vallen namelijk niet onder het uitgebreide vangnet van loondoorbetaling bij ziekte en werknemersverzekeringen.

Ook is er niet voor gekozen de verruiming te betrekken op de situatie dat een voorschot op de uitkering is gebaseerd op de winst uit onderneming uit een voorlopige aanslag terwijl die winst uit onderneming in de definitieve aanslag lager blijkt. Bij het vaststellen van de uitkering op grond van de definitieve aanslag kan dat betekenen dat de verzekerde zelfstandige het teveel ontvangen bedrag terug dient te betalen maar dat zal in tegenstelling tot de groep resultaatgenieters (die geen WUO blijken te genieten) nooit gaan om de gehele uitkering. In veel situaties zal het verschil tussen de voorlopige en definitie aanslag beperkt zijn en zal daarmee ook de impact voor de zelfstandige beperkt(er) zijn. In situaties waar het gaat om een meer substantieel bedrag gelden reeds bestaande kaders en mogelijkheden rondom het treffen van een passende maatregelen zoals een terugbetalingsregeling, kwijtschelding en het afzien van terugvordering in verband met dringende redenen. Omdat ten eerste de hoogte van de winst uit onderneming in de voorlopige aanslag vrij door de betrokkene bepaald kan worden ongeacht of deze realistisch is of niet, ten tweede het in deze situatie niet gaat over het recht op uitkering maar de hoogte van de uitkering en ten derde omdat de reeds beschreven instrumenten die UWV heeft om tot een passende oplossing te komen bij terugvordering hier voldoende worden geacht, vindt de regering een verruiming van de terugvorderingssystematiek niet gewenst. Deze is onvoldoende doelmatig, te kwetsbaar en slecht uitlegbaar voor die zelfstandigen die de kosten van kwijtschelding (via de premie) zouden moeten dragen.

11.3.3 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. Daarmee is het van belang en passend aan vorderingen van UWV, net als binnen het geldende stelsel van socialezekerheidswetgeving, een preferentie toe te kennen.[240] In de praktijk betekent dit dat openstaande vorderingen van 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 ook in het wetsvoorstel opgenomen dat UWV onder bepaalde voorwaarden (bij problematische schuldensituaties) kan meewerken aan een (minnelijke) schuldregeling.[241] Indien 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 diegene 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 in redelijkheid niet mogelijk is.

[240] Zie ook Kamerstukken II 2007/08, 31586, nr. 3.

[241] Hierbij is tevens aangesloten bij de in Kamerstukken II 2007/08, 31586, nr. 3, opgenomen systematiek en uiteenzetting.

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 diegene 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 geraakt 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 door 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 9.8.

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. Het opleggen van een sanctie dient daarmee 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 vooralsnog aangesloten bij het huidige instrumentarium in de sociale zekerheid. Het gaat hierbij dus niet om handhaving aan de premie- en inningskant. Daarvoor wordt de fiscale wetgeving gevolgd (zie paragraaf 9.8). Indien de verzekerde niet of in onvoldoende mate gevolg geeft aan diens verplichtingen op grond van dit wetsvoorstel (denk bijvoorbeeld aan de re-integratieplicht), kan veelal een sanctie worden opgelegd.[242] Een sanctie kan bestaan uit een maatregel (zoals een blijvende, tijdelijke, gehele of gedeeltelijke weigering van de uitkering) of een bestuurlijke boete.

Indien het wetsvoorstel handhaving sociale zekerheid tot wet wordt verheven, zal het daarin voorgestelde instrumentarium ook in de verplichte verzekering voor zelfstandigen worden opgenomen.[243]

De hoogte van de sanctie moet 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 bestuurlijke boete worden bij de belangenafweging ook de omstandigheden betrokken waarin de verzekerde verkeert. Bij het ontbreken van elke vorm van verwijtbaarheid wordt in elk geval afgezien van het opleggen van een sanctie.

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 UVW. De verplichtingen die tijdens de wachttijdfase door de verzekerde worden geschonden kunnen in die fase aldus niet door 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 of zelfs wordt afgewezen. Deze omstandigheden kunnen (bij voortduring daarvan) ook doorwerken in de uiteindelijke claimbeoordeling na einde van de wachttijd. Bij de claimbeoordeling heeft UWV ten slotte 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. Als 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.

[242] Dit is anders bij de verplichte ziekmelding, beschreven in paragraaf 5.3.2. Er wordt geen sanctie opgelegd bij het niet tijdig ziekmelden, maar wel wordt de voor de wachttijd geldende eerste ziektedag potentieel verschoven.
[243] Kamerstukken II 2024/25, 36785, nr. 1, 2 en 3.

Tegen de beslissing tot sanctieoplegging kan de verzekerde bezwaar maken en daarna eventueel beroep instellen. Langs deze weg heeft de verzekerde dezelfde rechtsbescherming als die thans op grond van de huidige wet- en regelgeving heeft (de mogelijkheid van bezwaar en daarna eventueel beroep tegen een bestuursrechtelijk besluit).

11.5.2 Benadeling

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 benadeelt. Deze bevoegdheid kan UWV bijvoorbeeld inzetten indien de betrokkene een recht op uitkering tracht te verzilveren, terwijl de eerste dag van ziekte naar algemene maatstaven gelegen is op een dag dat de verzekerde nog een private verzekeringsovereenkomst had, dus voor de eerste dag dat betrokkene publiek verzekerd werd. De verzekerde benadeelt het fonds, doordat die zijn recht op uitkering al bij de private verzekeraar had moeten claimen. Dit is bijvoorbeeld ook het geval 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.

11.6 Toezicht en handhaving duale stelsel

11.6.1 (Geen) toezicht door UWV en Belastingdienst

In hoofdstuk 10 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 verantwoordelijkheid 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 dit voorstel 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. UWV mag ervan uitgaan dat de afgesloten verzekering daadwerkelijk aan het toetsingskader voldoet. UWV heeft geen rol in het toezicht op de private verzekeringsmarkt maar toetst alvorens een ontheffing te verlenen op grond van de opt-out wel of de vereiste verklaringen aanwezig zijn, waarmee de verzekeraar verklaart dat de verzekering voldoet aan het toetsingskader, waaronder het daaraan verbonden minimale dekking-vereiste. Het bovenstaande is van overeenkomstige toepassing op de private overgangsrechtverzekering, die in hoofdstuk 12 wordt toegelicht.

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

11.6.2 DNB

De Nederlandsche Bank (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. Relevant voor dit wetsvoorstel is het toezicht op grond van de Solvency II-richtlijn op

schadeverzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden.[244] Hierbij kijkt DNB onder meer naar de beheersing van risico's omtrent het aangaan van verzekeringstechnische verplichtingen (acceptatie en premiestelling), de toereikendheid van de technische voorzieningen en de wijze waarop de resultaten doorwerken in de solvabiliteitspositie.

11.6.3 AFM

De AFM voert het gedragstoezicht op financiële markten uit, wat onder meer inhoudt dat de AFM erop toeziet of, financiële instellingen, zich aan de Wft en aanverwante regelgeving houden. In het kader van de Wft houdt de AFM (gedrags)toezicht op verzekeraars en (onder)gevolmachtigde agenten waar het gaat om het aanbieden van verzekeringen, waaronder arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Daaronder vallen ook arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die de private verzekeraar in het kader van de opt-out en/of het overgangsrecht van dit voorstel aanbiedt. De AFM houdt vanuit de gedragsnormen en verplichtingen van de Wft risicogericht toezicht op de naleving van de uit dit wetsvoorstel geldende verplichtingen, zodat onder meer de gerechtvaardigde belangen van de verzekerde in acht worden genomen. Hieronder valt ook dat de AFM kan handelen indien er signalen zijn die er op wijzen dat een partij geen gevolg geeft aan die verplichtingen.

Financiële instellingen zoals verzekeraars en (onder)gevolmachtigd agenten moeten deskundig, betrouwbaar en eerlijk te werk gaan en handelen in het belang van hun cliënten. Onderdeel daarvan is ook dat zij moeten kunnen aantonen dat zij producten ontwikkelingen en aanbieden die ook daadwerkelijk in het belang van hun klant en de vooraf gedefinieerde beoogde doelgroep zijn. De AFM houdt daarop, op basis van de Wft, toezicht en dit wetsvoorstel doet niets af aan de uit die wet voortkomende verplichtingen voor onder meer de verzekeraar. Dit wetsvoorstel heeft uitdrukkelijk niet de bedoeling de zorgplichten van de verzekeraar, dan wel de (onder)gevolmachtigde agent, te verlichten. De met dit wetsvoorstel voorgestelde verzekering is een verzekering die als doel heeft, er voor te zorgen dat elke zelfstandige een basaal vangnet heeft bij (langdurige) arbeidsongeschikt. Dat laat onverlet dat er binnen de beoogde kring van verzekerden verschillende groepen kunnen zijn met kenmerken die maken dat een arbeidsongeschiktheidsverzekering met aanvullende voorwaarden mogelijk meer passend is. De mogelijkheid van het ontwikkelen of het daadwerkelijk aanbieden van een private verzekering die valt onder de minimale voorwaarden van het overgangsrecht of de opt-out ontslaat de verzekeraar of gevolmachtigd agent dus niet van de plicht om er zowel in het productontwikkelingsproces als op individueel niveau voor te zorgen dat een verzekeringsproduct past bij de kenmerken en doelstellingen van de beoogde doelgroep respectievelijk de individuele zelfstandige. Dat kan ook met zich meebrengen dat een verzekeringsproduct met een ruimere dekking van de minimale voorwaarden van het overgangsrecht of de opt-out meer passend kan zijn en daarom dat de verzekeraar ervoor kiest om dat product voor bepaalde groepen aan te bieden. Bij de ontwikkeling van nieuwe producten en het reviewen van bestaande producten blijft het belangrijk dat een private verzekeraar zelf een afweging maakt voor welke doelgroep dit product geschikt is en voor welke doelgroep het product niet geschikt is, ook al ontstaat er met dit wetsvoorstel een generieke basisverzekering voor zelfstandigen.

11.6.4 Toezicht op buitenlandse verzekeraars

Verzekeraars met zetel in een andere lidstaat (buitenlandse verzekeraars) staan onder prudentieel toezicht bij de toezichthouder van die lidstaat. Dat wil zeggen dat de lidstaat waar de verzekeraar gevestigd is erop toeziet of de betreffende verzekeraar aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen. Naast het prudentieel toezicht is er ook gedragstoezicht op de verzekeraar. Wat betreft dit gedragstoezicht wordt er op Europees niveau veel waarde gehecht aan gedragstoezicht door de lidstaat waar de verzekeraar zetelt.

[244] De Solvency II-richtlijn is een Europees raamwerk dat bestaat uit drie pilaren. De eerste pilaar gaat over minimumeisen ten aanzien het kapitaal dat de schadeverzekeraar achter de hand moet hebben. De tweede pilaar gaat over het zogenaamde governancesysteem van de verzekeraar (de bedrijfsvoering) en het risicomanagement. De derde pilaar betreft rapportage over de eerste twee pilaren. Doel van de richtlijn is polishouders te beschermen, door met de gestelde eisen de kans op financiële problemen bij de verzekeraar te beperken.

Daarbij wordt de samenwerking tussen de toezichthouders van lidstaat waar de verzekeraar zetelt is en de lidstaat (of lidstaten) van ontvangst belangrijk geacht. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het signaleren en aan elkaar doorgeven van eventuele misstanden.

Verzekeraars met zetel in een andere lidstaat dienen te beschikken over een vergunning van de toezichthouder van 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, dient deze verzekeraar een (kennisgevings)procedure te doorlopen.[245] De buitenlandse verzekeraar wordt na het doorlopen van de notificatieprocedure opgenomen in een openbaar register dat door DNB wordt gehouden.

De AFM en DNB werken samen met toezichthouders uit andere lidstaten en kunnen bij een signaal van niet naleving van verplichtingen verbonden aan de opt-outverzekering 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).[246]

11.7 Misbruik en oneigenlijk gebruik

Het is de wens van de regering om de zelfstandigen die een uitkering nodig hebben, te helpen. Fouten en vergissingen kunnen natuurlijk gemaakt worden door de zelfstandige. Deze probeert de regering te voorkomen door heldere wetgeving en via – te zijner tijd – voorlichting. Tegelijkertijd dient misbruik en oneigenlijk gebruik zoveel mogelijk te worden voorkomen, zonder dat dit afdoet aan de dienstverlening en de inkomensondersteuning die dit wetsvoorstel beoogt te bieden.[247] Het maatschappelijk draagvlak onder een verzekering als dit voorstel is daarmee gebaat bij effectief toezicht en handhaving. Aandacht voor de aanpak van misbruik en oneigenlijk gebruik is hierbij geen eenmalige activiteit, maar een doorlopend onderdeel van goed beleid vanaf het ontwerp tot de uitvoering, controle en handhaving.

Er is sprake van gevoeligheid voor misbruik en oneigenlijk gebruik bij elke wet of regeling waarbij er afhankelijkheid is van (door derden geleverde) gegevens. Deze risico's worden in dit voorstel waar mogelijk en proportioneel geadresseerd met beheersmaatregelen. Tegelijkertijd is het realistisch te verwachten dat er onvolkomenheden in de aanpak van deze risico's kunnen zijn waardoor deze risico's niet volledig voorkomen kunnen worden.

Normaliter worden beheersmaatregelen getroffen om de risico's op misbruik en oneigenlijk gebruik te mitigeren. De risico's die niet of niet volledig worden afgedekt (restrisico's), worden dan geaccepteerd. In deze paragraaf worden op hoofdlijnen enkele van de belangrijkste risico's genoemd. Vervolgens wordt aangegeven welke beheersmaatregelen getroffen zijn om deze risico's te mitigeren.

In paragraaf 11.5 is specifiek aandacht besteed aan het toezicht en de handhaving op het rechtmatig toekennen van een uitkering. In paragraaf 11.6 is specifiek aandacht besteed aan het toezicht en de handhaving op een correcte werking van de duale verzekeringsmarkt. In hoofdstuk 9 wordt aangegeven dat voor het heffen en innen van premie aansluiting wordt gezocht bij het fiscale handhavingskader.

[245] Voor een verzekeraar uit een derdeland (buiten de EER) geldt een vergunningsprocedure.

[246] Een overzicht van de door de AFM getekende "Memorandums of Understanding" (waarin schriftelijke afspraken met verschillende toezichthouders in het buitenland zijn opgenomen) is te vinden op de website van de AFM.

[247] Zie voor de definities van misbruik en oneigenlijk gebruik: DAR (1998). *Handleiding ter voorkoming en bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik.*

Net als in de Wet WIA lijken de meest voorkomende (netto)-risico's op misbruik zich te centreren rondom het verzekerdenbegrip, het arbeidsongeschiktheidsbegrip, de inspanningsverplichting en de inlichtingenverplichting.[248]

Hieronder volgen voorbeelden van risico's waarvan de regering verwacht dat ze kunnen opspelen, inclusief de (beheers)maatregel om deze te mitigeren:

- een private verzekeraar doet een aanvraag bij UWV voor een opt-out voor een zelfstandige om ontheven te worden van de verzekeringsplicht. De verzekeraar verklaart daarbij richting UWV aan dat de afgesloten verzekeringsovereenkomst voldoet aan de vereisten en voorwaarden. Verzekeraar en verzekeringnemer zijn echter onderling overeengekomen dat er geen dekking wordt geboden tot de AOW-gerechtigde leeftijd, waardoor de ontheffing op grond van de opt-out gebeurt op basis van moedwillig foutieve informatie. Dit risico kan op verschillende manieren worden aangepakt. Zo kan dit worden gekenmerkt als valsheid in geschrifte, dat strafrechtelijk kan worden gesanctioneerd.[249] Daarnaast is de kans dat dit risico zich verwezenlijkt zeer beperkt, omdat zowel verzekerde als verzekeringnemer moedwillig misbruik moeten maken, terwijl zij met dit misbruik niet beide een motief voor hebben.
- De zelfstandig ondernemer is ziek uitgevallen en krijgt na de wachttijd een uitkering. Op een gegeven moment gaat de ondernemer in werken en meldt de inkomsten daarvan niet bij UWV. Dit kan bewust of onbewust gebeuren. De betrokkene kan hiervoor (onder andere) een bestuurlijke boete krijgen van UWV, door het niet nakomen van de inlichtingenverplichting.
- De zelfstandig ondernemer trekt moedwillig van de opbrengsten zakelijke kosten af bij de aangifte inkomstenbelasting. De afgetrokken zakelijke kosten zijn echter in het geheel niet gemaakt voor de zakelijke belangen van de onderneming, en zijn in vergelijking met de zakelijke belangen erg hoog. Hiermee tracht de ondernemer de belastbare winst voor de inkomstenbelasting, en daarmee ook voor de verschuldigde premie op grond van dit wetsvoorstel, te verlagen. De Belastingdienst legt na een boekenonderzoek een correctie op: voor zowel de verschuldigde inkomstenbelasting als dit voorstel, wordt de winst uit onderneming en daarmee de belasting en premie naar boven gecorrigeerd.

Los van misbruik is het niet op voorhand uit te sluiten dat ook oneigenlijk gebruik gemaakt kan worden van deze verzekering. De regering ziet daar vooralsnog geen aanwijzing voor, maar zal dit monitoren na inwerkingtreding van dit voorstel.

12. Overgangsrecht

Een gedeelte van de zelfstandigen heeft reeds een verzekering tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico afgesloten, voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel.[250] Enerzijds zijn dat zelfstandigen die na het werken in loondienst, de verzekering (ZW of Wet WIA) vrijwillig hebben doorgezet.[251] 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 overgangsrecht voor deze groep wenselijk is. Vervolgens vindt er een uiteenzetting plaats van de precieze vormgeving van het overgangsrecht. Ten slotte wordt ingegaan

[248] Zie de in de bijlage bij Kamerstukken II 2020/21, 26448, nr. 641 opgenomen rapportage: KPMG (2020). *Rapport Onderzoek misbruikrisico's ZW en WIA, onderdeel WIA.*

[249] Zie daarnaast paragraaf 11.6.

[250] Meer specifiek de dag die bij koninklijk besluit wordt bepaald, bedoeld in artikel 74, eerste lid, van dit voorstel.

[251] Zie paragraaf 15.2.

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 dit voorstel. 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. Een dergelijke eindleeftijd is vooral gangbaar in sectoren als de bouw. Veelal betreft het hier “zware” beroepen. De dekking wordt vaak op deze manier beperkt, zodat de premie betaalbaar blijft.
- In de verzekeringsovereenkomst 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. Dit komt bijvoorbeeld voor als er sprake is van een gebrek, bij de medische beoordeling geconstateerd, en die vervolgens wordt uitgesloten van dekking.
- De te betalen premie ligt lager dan voor de publieke verzekering wordt gevraagd.

De regering 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 veelal 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 beoordeling 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 beoordeling is aan regels gebonden.[252] Deze keuring mag alleen bij het aangaan van de verzekering plaatsvinden of als het risico wijzigt.[253]

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

[252] Zie de Wet op de medische keuringen en het Protocol verzekeringskeuringen.

[253] Het risico wijzigt als een verzekerde bijvoorbeeld van een beroep met veelal kantoorwerk, een beroep wil gaan uitoefenen met fysiek zwaar werk.

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 beoordeling 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.

12.1.2 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.

12.1.3 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. 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 zoveel mogelijk 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 van de opt-out, 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.[254] Daarnaast is de maximale wachttijd die kan worden gehanteerd om in

[254] Een verzekering met een maximale uitkeringsduur kan alleen voldoen aan de vereisten van het overgangsrecht, mits de einddatum van de maximale uitkeringsduur, op de peildatum aan de ondergrens van 55 jaar voldoet. Indien de verzekeringsovereenkomst op de peildatum een maximale uitkeringsduur kent van tien jaar, en de verzekerde is op de

aanmerking te komen voor het overgangsrecht, 104 weken. Veel verzekeringspolissen kennen deze of een (veel) kortere wachttijd. Tot slot moet de verzekering tot stand zijn gekomen vóór een op grond van dit wetsvoorstel en bij koninklijk besluit nader te bepalen datum (de peildatum).[255] Veel van de producten die gangbaar zijn onder benamingen als woonlasten-/betalingsbeschermers[256], ongevallenverzekeringen, producten die voorzien in premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid en schenkkringen, voldoen niet aan bovenstaande eisen. De producten die wel aan die eisen voldoen, vallen wel onder het overgangsrecht.

De regering vermeldt hierbij dat ook verzekeringen:

- die afgesloten zijn met een verzekeraar in een andere lidstaat, ook vallen onder het overgangsrecht, mits aan de voorwaarden voldaan.
- Met reeds op de peildatum bestaande uitsluitingsgronden aan de vereisten van het overgangsrecht kunnen voldoen.[257]

In paragraaf 12.2.5 wordt nader ingegaan op de voorwaarden die gelden voor overgangsrechtverzekeringen die op of na de peildatum wijzigen.

De regering acht deze minimumvereisten aan een “overgangsrechtverzekering” gerechtvaardigd. Dit vindt zijn oorsprong in de doelen voor deze verplichte verzekering. Als er geen minimumvereisten worden gesteld 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. De termijn van dertien weken betreft een fatale termijn: na het verstrijken daarvan kan geen (succesvolle) aanvraag meer gedaan worden om een ontheffing op grond van het overgangsrecht te verkrijgen. Het niet tijdig indienen heeft daarmee potentieel verstrekkende gevolgen voor de privaat verzekerde. De regering acht het echter wenselijk dat wordt 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. Verder wordt de uitvoering met een termijn van dertien weken niet nog gedurende een langere periode belast met een mogelijke aanvraag om ontheffing op grond van het overgangsrecht. Een termijn van dertien weken wordt afdoende geacht om op tijd een aanvraag in te dienen, ook omdat de inwerkingtredingsdatum van dit voorstel al een lange termijn bekend is waardoor verzekerden een ruime tijd hebben om hun verzekeraar aan te sporen om de aanvraag tot ontheffing tijdig te doen.

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 dat de zelfstandige niet publiek verzekerd wil zijn. Naar analogie met de opt-out geldt dat UWV niet toetst of de private verzekering daadwerkelijk voldoet aan alle minimumvereisten voor het overgangsrecht.

---

dag van de peildatum 44 jaar, dan voldoet de verzekering niet aan dit vereiste. Indien de verzekerde op de peildatum bijvoorbeeld 46 jaar is, geldt dat de verzekering wel voldoet aan de vereisten.

[255] Leidend is dus de datum waarop de overeenkomst tot stand is gekomen en dus niet de ingangsdatum van de dekking van de verzekering.

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

[257] In dit verband kan de verzekeringsovereenkomst op de peildatum voorwaarden bevatten die niet hoeven te voldoen aan de gestelde eisen voor opt-outverzekeringen. Dat betekent bijvoorbeeld dat het recht op uitkering kan zijn uitgesloten wanneer de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een uitgesloten ziekte of gebrek, of bijvoorbeeld doordat er sprake is van roekeloosheid in de zin van artikel 7:929 BW.

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 (Wet WIA en eventueel ZW) 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 laatste groep 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.

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 Wet 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 diegene 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.[258]

12.2.4 Uitvoering van het overgangsrecht

Het is aan de zelfstandige om te beslissen of die gebruik wenst te maken van de mogelijkheid om op grond van het overgangsrecht vast te houden aan de reeds afgesloten private arbeidsongeschiktheidsverzekering, die daarmee in de plaats komt van de publieke verzekering. De zelfstandige kan bij de verzekeraar nagaan of de reeds bestaande verzekering voldoet aan de voorwaarden van het overgangsrecht. Ook kan de zelfstandige er voor kiezen zich te laten adviseren door een andere partij. Daarnaast zal de overheid voorafgaand aan de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel wat betreft de mogelijkheid om, binnen dertien weken na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, te kiezen voor het overgangsrecht een informatiecampagne starten om te wijzen op deze keuzemogelijkheid en de elementen die de zelfstandige mee kan nemen in zijn afweging.[259] Mocht de zelfstandige om wat voor reden dan ook geen keuze maken dan kan diegene bij invoering van de met het wetsvoorstel voorgestelde verzekeringsplicht, op grond van het wetsvoorstel, overgaan tot opzegging van de private verzekering. Daarmee wordt diegene beschermt tegen een dubbele verzekering en dubbele verzekeringspremie. Die mogelijkheid tot opzegging geldt bij private verzekeringen die bij invoering van de verzekeringsplicht niet voldoen aan de minimumvereisten van de opt-out en ook het overgangsrecht.

Om uitvoering te geven aan het overgangsrecht is van belang dat 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, nadat dit is afgesproken met de betreffende zelfstandige, een aanvraag bij UWV en verklaart dat de zelfstandige bij hem een private verzekering heeft afgesloten 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. Bij de aanvraag voegt de verzekeraar ook een verklaring van de zelfstandige toe waaruit blijkt dat diegene niet publiek verzekerd wenst te zijn. 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.

12.2.5 Wijziging van overeenkomsten onder overgangsrecht

Het kan zijn dat een verzekerde en verzekeraar de verzekering onder overgangsrecht wensen aan te passen. Deze ruimte wenst de regering gelimiteerd te geven.

Het overgangsrecht biedt ruimte aan zelfstandigen om een vóór de peildatum tot stand gekomen verzekering te behouden en daarmee ontheven te worden van de publieke verzekeringsplicht. Deze

[258] Wel dient hiervoor een melding te zijn gedaan binnen dertien weken van de inwerkingtreding van dit voorstel, ongeacht of de betrokkene op dat moment winst uit onderneming geniet. Hiermee wordt voorkomen dat UWV wordt geconfronteerd met een aanvraag tot ontheffing op grond van overgangsrecht, die potentieel (tientallen) jaren na inwerkingtreding van het wetsvoorstel wordt ingediend.

[259] Private verzekeraars hebben dertien weken de tijd om na ommekomst van de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, een aanvraag voor een ontheffing in te dienen (zie ook paragraaf 12.1.1).

verzekering is tot stand gekomen omdat deze verzekering voorzag in een verzekeringsbehoefte van de zelfstandige en er is daarbij geen ruimte geweest voor eventuele gedragseffecten die de regering wenst te voorkomen. De regering voorziet dat er evenwel nog een risico bestaat op gedragseffecten voor zelfstandigen onder overgangsrecht. Dat betreft de zelfstandigen die na verloop van tijd geen of zeer beperkt behoefte (meer) hebben aan een verzekering, en zoeken naar een effectieve wijze om de verzekering zo aan te passen dat daarmee de bescherming tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid wordt uitgehold.

De regering kiest er daarom voor om te bepalen dat de dekking van een overgangsrecht-verzekering maar beperkt mag worden versoberd (het naar beneden brengen van de dekking). De essentie daarvan is dat:

- uitbreiding van de dekking van de verzekering op elk moment kan zonder dat dit leidt tot beëindiging van de ontheffing op grond van het overgangsrecht;
- de dekking die de voor de peildatum tot stand gekomen verzekering bood mag na de inwerkingtreding van dit voorstel alleen onder voorwaarden worden versoberd.

De eerste situatie (uitbreiding van de dekking van de verzekering) behoeft geen toelichting in het kader van het overgangsrecht, want het uitbreiden van de dekking van de verzekering heeft geen gevolgen voor de ontheffing op grond van het overgangsrecht.

De tweede situatie (versobering van de dekking van de verzekering) behoeft meer toelichting. Het versoberen van de dekking van de overgangsrechtverzekering kan, maar dit mag niet het gevolg hebben dat dit leidt tot een minimale verzekering die slechts of primair ten doel heeft de met dit wetsvoorstel beoogde doelen teniet te doen.

Hierbij geldt als uitgangspunt de verzekeringsovereenkomst zoals deze tot stand is gekomen voor de peildatum. Deze mag, vanaf de inwerkingtreding van het wetsvoorstel, alleen worden versoberd, indien deze versobering de voorwaarden van de “minimale dekking” voor opt-outverzekeringen in acht neemt.[260] Dit houdt het volgende in:

- indien de tot stand gekomen verzekeringsovereenkomst direct voor en op de peildatum een voorwaarde bevat waarmee deze niet voldoet aan de voorwaarden van het “minimale dekking-vereiste” voor opt-outverzekeringen mag deze na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel niet worden versoberd. Dit doet zich bijvoorbeeld voor als de tot stand gekomen verzekering direct voor de peildatum een eindleeftijd van 60 jaar bevat. Omdat deze eindleeftijd onder de AOW-leeftijd ligt, kan de eindleeftijd, na de peildatum, niet verder omlaag worden gebracht dan die 60 jaar. Doen verzekeraar en verzekerde dit wel, dan leidt dit tot het niet kunnen verkrijgen van een ontheffing op

[260] Vgl. paragraaf 10.5.1.

grond van het overgangsrecht, of tot het einde van de ontheffing op grond van het overgangsrecht.[261] en [262]

- Indien de verzekeringsovereenkomst direct voor en op de peildatum juist een omvangrijkere dekking biedt dan het “minimale dekking-vereiste” voor opt-outverzekeringen, kunnen de voorwaarden voor deze overeenkomst worden versoberd met inachtneming van datzelfde kader. Als de verzekeringsovereenkomst voor de peildatum een wachttijd kent van drie maanden kunnen verzekerde en verzekeraar de verzekeringsovereenkomst zo aanpassen dat er een langere wachttijd geldt. Mits de wachttijd niet langer is dan 104 weken.

Bovenstaande houdt in dat de eisen voor het overgangsrecht bij een wens tot versobering van de dekking, strenger zijn dan de eisen waaraan de verzekering direct voor de peildatum moet voldoen om onder het overgangsrecht te vallen (zie paragraaf 12.2.1). Dit moet enerzijds bewerkstelligen dat een aanzienlijk deel van de reeds voor de peildatum bestaande verzekeringen gerespecteerd worden en anderzijds voorkomen dat vanaf de peildatum veel ruimte bestaat om, door het naar beneden brengen van de dekking van de verzekering, te zoeken naar een effectieve wijze om de met dit wetsvoorstel beoogde bescherming tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid, uit te hollen.

Elke versobering van de voorwaarden moet op zichzelf worden bezien. Dat wil zeggen dat een versobering van de ene voorwaarde niet weggestreept kan worden tegen de uitbreiding van de dekking op het vlak van een andere voorwaarde. Als een van de voorwaarden die voor versobering in aanmerking komt, komt te liggen onder de hierboven genoemde minimumvereisten geldt een verplichte melding aan UWV.

De verzekeraar dient zijn producten zelf te toetsen aan de vereisten van het overgangsrecht waaronder de gestelde voorwaarden voor versobering. UWV toetst niet of een private verzekering voldoet aan deze vereisten, ook niet op verzoek. UWV verwerkt enkel de ontheffingsaanvragen die de private verzekeraar doet en de meldingen van de verzekeraar waaruit blijkt de verzekering niet meer voldoet aan de bovenstaande voorwaarden.

Enkele voorbeelden:

- Maaike heeft een verzekeringsovereenkomst met uitzicht op een uitkering van € 20.000 bij arbeidsongeschiktheid terwijl zij € 30.000 aan winst per jaar geniet (arbeidsongeschiktheid is in deze verzekering gedefinieerd als het niet meer kunnen verdienen van het wettelijk minimumloon). Het

[261] Voor de duidelijkheid, versoberingen zijn niet in het geheel categorisch uitgesloten. Dit kan het best wederom met enkele voorbeelden worden toegelicht.
Voorbeeld 1: stel dat in de verzekeringsovereenkomst een eindleeftijd van 60 jaar is afgesproken tegen een potentiële uitkering van 200% van het wettelijk minimumloon. Over de gehele uitkeringsgrondslag van de verzekering mag geen versobering plaatsvinden. Maar het staat de verzekerde en verzekeraar vrij om voor het gedeelte van de verzekeringsovereenkomst dat meer uitkering biedt dan 100% van het wettelijk minimumloon, de eindleeftijd verder te verlagen.
Voorbeeld 2: een ander voorbeeld is de situatie waarin een private arbeidsongeschiktheidsverzekering tot uitkering komt terwijl de publieke verzekering dat niet zou doen. Dat zal het geval zijn wanneer de verzekerde nog wel het wettelijk minimumloon kan verdienen maar volgens het in de private verzekering gebruikte arbeidsongeschiktheidscriterium toch arbeidsongeschikt is. In die situatie staat het de verzekeraar vrij om voorwaarden op te nemen die onder het minimale dekking-vereiste van de opt-out vallen. Zolang maar gegarandeerd wordt dat als de zelfstandige door arbeidsongeschiktheid niet langer het wettelijk minimumloon kan verdienen, wordt voldaan aan het genoemde minimale dekking-vereiste van de opt-out.
In de rest van de toelichting is van dergelijke – niet veel verwachte – vormgevingen geabstraheerd.

[262] Ook is toevoeging van de franchise of een soortgelijke regeling mogelijk zonder dat dit ertoe leidt dat de verzekering niet meer valt onder het overgangsrecht. Een dusdanige regeling kan leiden tot een lagere uitkering(sgrondslag) indien de verzekerde zelfstandige ook inkomen als werknemer geniet (zie ook paragraaf 6.1.5.). Voorwaarde daarvoor is uiteraard wel dat toepassing van een dusdanige regeling niet mag leiden tot een lagere uitkering dan moet gelden op grond van het minimale dekking-vereiste van de opt-out (meer specifiek artikel 11, eerste lid, onderdeel e, van dit wetsvoorstel).

product heeft een wachttijd van 104 weken, een technische eindleeftijd van 55 jaar en voorziet bij arbeidsongeschiktheid in een periodieke uitkering. Het product valt onder het overgangsrecht en er is een ontheffing van de publieke verzekeringsplicht voor afgegeven. Verhogen van de uitkering c.q. het verzekerde bedrag mag altijd zonder dat dit leidt tot einde van de ontheffing. Dus als Maaike en haar verzekeraar het verzekerde bedrag naar bijvoorbeeld 22.000, 24.000 of 26.000 wil ophogen, dan kan dat. Versobering kan niet zonder dat de ontheffing tot einde van het overgangsrecht leidt, want de uitkering ligt onder het minimale dekking-vereiste van de opt-out.

- Myrthe heeft een verzekeringsovereenkomst met uitzicht op een uitkering van € 80.000 bij (volledige) arbeidsongeschiktheid (arbeidsongeschiktheid is in deze verzekering gedefinieerd als het niet meer kunnen verdienen van het wettelijk minimumloon). Het product heeft een wachttijd van 104 weken, een technische eindleeftijd van 55 jaar en voorziet bij arbeidsongeschiktheid in een periodieke uitkering. Het product valt onder het overgangsrecht en er is een ontheffing voor afgegeven. Verhogen van de uitkering (of het verzekerde bedrag) mag altijd zonder dat dit leidt tot einde ontheffing. Myrthe wenst het uitzicht op uitkering te verlagen naar € 60.000. Deze versobering kan plaatsvinden zonder dat de ontheffing tot einde overgangsrecht leidt want de hoogte van de uitkering ligt zowel vóór als na versobering ruim boven het minimale dekking-vereiste van de opt-out.
- Michelle heeft een verzekeringsovereenkomst met een technische eindleeftijd van 60 jaar. Deze overeenkomst voldoet aan de voorwaarden van het overgangsrecht. Enkele jaren na de inwerkingtreding overweegt Michelle om haar verzekeringsovereenkomst te laten voortduren tot de AOW-gerechtigde leeftijd. Zij gaat hierover in gesprek met haar verzekeraar. Die geeft aan dat hij haar kan verzekeren tot de AOW-gerechtigde leeftijd, maar alleen indien arbeidsongeschiktheid als gevolg van rugklachten vanaf het bereiken van de leeftijd van 60 jaar wordt uitgesloten van dekking. In dit geval is er sprake van een versobering, aangezien aan de verzekeringsovereenkomst een uitsluitingsgrond wordt toegevoegd die eerst niet bestond. Hetgeen Michelle overweegt leidt niet tot een ontheffing die langer voortduurt dan de oorspronkelijke technische eindleeftijd van 60 jaar. Vanaf 60 jaar zal Michelle daarom publiek verzekerd worden.

In het bovenstaande wordt met name ingegaan op de voorwaarden die gelden voor wijzigingen van verzekeringsovereenkomsten, die plaatsvinden na inwerkingtreding van het wetsvoorstel. Dit kader, waarin versoberingen dus maar beperkt zijn toegestaan, is niet van toepassing op de periode tussen de peildatum en de dag van inwerkingtreding van het wetsvoorstel. In die periode is meer ruimte voor versobering mogelijk, indien op de dag van inwerkingtreding de verzekeringsovereenkomst in elk geval even veel dekking biedt als op de peildatum.

Dit wordt toegelicht met een voorbeeld. Voor, op of na de peildatum, maar vóór de daadwerkelijke inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, heeft Lobke een verzekering die voldoet aan de voorwaarden voor het overgangsrecht. Voor de daadwerkelijke inwerkingtreding van het wetsvoorstel, komt ze met haar verzekeraar overeen om voor zes maanden de verzekering te “sluimeren”. Dit doet ze in verband met een sabbatical. Op het moment van inwerkingtreding van het wetsvoorstel is deze sluimerperiode afgelopen. Indien aan de overige voorwaarden van het overgangsrecht wordt voldaan, kan voor Lobke een ontheffing inzake het overgangsrecht worden verleend.

Deze paragraaf gaat uitdrukkelijk om wijzigingen van bestaande overeenkomsten. Indien de overeenkomst niet wordt gewijzigd, maar wordt beëindigd en een nieuwe overeenkomst wordt tot stand gebracht, gelden de eisen van de opt-out. In de praktijk houdt dit in dat de ontheffing op grond van het overgangsrecht eindigt, zodra de voor de peildatum bestaande “overgangsrecht-verzekering” eindigt, zie ook de volgende paragraaf.

12.2.6 Beëindiging van het overgangsrecht

Net zoals in paragraaf 10.6 voor de opt-outverzekering uiteen is gezet, geldt voor de ontheffing die onder overgangsrecht is verleend de hoofdregel dat die ontheffing in beginsel niet eerder eindigt dan per einde

van het kalenderjaar.[263] Dit geldt evenzeer voor de zelfstandige die eerder een vrijwillige verzekering Wet WIA heeft genoten, waarvan die verzekering is beëindigd op een andere datum dan het einde van een kalenderjaar.

Dit is anders in de volgende situatie. Indien de private verzekeringsovereenkomst eindigt vanwege het bereiken van een overeengekomen technische eindleeftijd, dient de verleende ontheffing eveneens met ingang van die dag te worden beëindigd. Zodat de zelfstandige van rechtswege onder de publieke verzekering valt indien de zelfstandige op dat moment onder de kring van verzekerden valt. De regering kiest hiervoor omdat het bereiken van de technische eindleeftijd niet altijd aansluit op het einde van een kalenderjaar en het, zoals uiteengezet in paragraaf 10.4, uitvoeringstechnisch niet mogelijk is om bij de inning en heffing van de premie voor de publieke verzekering rekening te houden met periodes korter dan twaalf maanden. Hierbij wordt geaccepteerd dat een zelfstandige, indien diegene na het beëindigen van de ontheffing tot de kring van verzekerden wordt gerekend, voor een periode publiek verzekerd wordt, maar gedurende het restant van dat jaar geen premie voor de publieke verzekering hoeft te betalen. Deze premieplicht start, indien de zelfstandige publiek verzekerd blijft, vanaf het eerstvolgende kalenderjaar. Met deze keuze wordt voorkomen dat de zelfstandige door het bereiken van de technische eindleeftijd een periode niet verzekerd is (het zogenaamde verzekeringsgat), terwijl de zelfstandige hier zelf geen invloed op heeft. De mogelijke negatieve consequenties op de betaalbaarheid van de publieke verzekering, omdat er wel een uitkeringsrecht kan ontstaan terwijl er over een periode geen premie is betaald, weegt de regering minder zwaar dan onwenselijke verzekeringsgaten in deze gevallen. De stabiliteitsbijdrage die de verzekeraar dient te betalen eindigt met ingang van de dag dat de ontheffing wordt beëindigd. Het voorgaande laat verder onverlet dat de zelfstandige na het eindigen van de private verzekeringsovereenkomst wegens het bereiken van de technische eindleeftijd de mogelijkheid heeft aansluitend daarop een nieuwe private overeenkomst te sluiten die aan de voorwaarden van de opt-out voldoet.

Naast het bereiken van de technische eindleeftijd kunnen er andere oorzaken zijn waardoor een private verzekeringsovereenkomst die onder het overgangsrecht valt wordt beëindigd. In die gevallen geldt net zoals bij de beëindiging van de opt-out (zie paragraaf 10.6) dat in principe de zelfstandige vanaf het eerstvolgende kalenderjaar onder de publieke verzekering valt. Uitzondering hierop is, net zoals bij de opt-out, de situatie dat UWV de ontheffing beëindigt doordat de private verzekeraar de stabiliteitsbijdrage niet betaalt. In dat geval zal de zelfstandige direct vanaf het moment dat de opt-out wordt beëindigd onder de publieke verzekering vallen en is er pas premie verschuldigd vanaf het eerstvolgende kalenderjaar. De regering acht dit gerechtvaardigd omdat net zoals bij het bereiken van de technische eindleeftijd de beëindiging van de verzekeringsovereenkomst buiten de beïnvloedingsfeer van de zelfstandige ligt.

Voor de verplichting tot het betalen van de stabiliteitsbijdrage geldt in alle gevallen dat deze verplichting loopt tot het moment dat UWV een melding heeft ontvangen dat de ontheffing beëindigd dient te worden.

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 publieke 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 en een zelfstandigenadministratie inricht en bijhoudt. De Belastingdienst heft en int de publieke premie, met inbegrip van de bij voorlopige aanslag te heffen en innen premie. Ten behoeve van deze taken zijn persoonsgegevens van zelfstandigen nodig. Met

[263] Dit is natuurlijk anders voor de betrokkene onder overgangsrecht die de AOW-gerechtigde leeftijd bereikt, of stopt met ondernemen.

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 is vormgegeven, zullen worden verwerkt voor een groot deel voorzienbaar zijn voor de zelfstandigen.[264]

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 socialezekerheidswetten bepalingen opgenomen, waaronder de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (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 zijn een aantal nieuwe bepalingen voorgesteld 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 welke persoonsgegevens de zelfstandigen zullen moeten delen (paragraaf 13.6). Vervolgens komt de gegevensverwerking in een aantal specifiek situaties aan bod.

13.2 Gegevensverwerking door UWV

Voor het uitvoeren van de aan UWV toegeschreven 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.[265] Hierin houdt UWV bij welke zelfstandigen verzekerd zijn. 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 ontheven is van de publieke verzekering en wie derhalve geen 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 Basisregistratie Personen (BRP). 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.[266] De Belastingdienst verstrekt in dit kader

[264] 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.

[265] 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 bij dat artikel.

[266] In principe levert de Belastingdienst gegevens aan van zelfstandigen waarvan sprake is van winst uit onderneming. Dat is het geval als er sprake is van een definitieve aanslag. Op het moment van ziekmelding en de claimbeoordeling

gegevens die nodig zijn ter identificatie van de zelfstandige (zoals de geboortedatum en het burgerservicenummer (BSN)). Er worden ten behoeve van het opnemen van de zelfstandige in de zelfstandigenadministratie nog geen gegevens verstrekt 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 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 geboortedatum en het BSN). Daarnaast geeft de verzekeraar door per wanneer de private verzekering aanvangt of eindigt en zo nodig om welke reden. Zo kan een verzekerde waarvoor onder overgangsrecht een technische eindleeftijd geldt, ook per een andere dag dan 1 januari publiek verzekerd geraken. 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 verzekeringen die onder overgangsrecht vallen gelden immers andere voorwaarden dan voor opt-outverzekeringen (de voorwaarden zijn 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 13.5 verder ingegaan.

Als 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 geboortedatum en het BSN), het gegeven dat de zelfstandige gemoedsbezwaard is voor dit voorstel 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 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 ontheven zijn van de publieke verzekering en zodoende niet premieplichtig zijn, voor zover deze gegevens noodzakelijk zijn voor het niet heffen en innen van de premie bij deze zelfstandigen. Ten behoeve hiervan deelt UWV gegevens ter identificatie van de zelfstandige (zoals geboortedatum en het BSN). Zodra er een mutatie plaatsvindt, bijvoorbeeld wanneer een zelfstandige niet langer ontheven is van de verzekeringsplicht en publiek verzekerd wordt, geeft UWV dit eveneens door aan de Belastingdienst. 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 Belastingdienst uitsluitend informeert over welke zelfstandigen geen premie moet worden

kan het zijn dat de verzekerde nog niet zichtbaar is in de zelfstandigenadministratie van UWV omdat er nog geen definitieve aanslag is. Voor die gevallen zal UWV bij de Belastingdienst uitvragen of er sprake is van een verwachte winst uit onderneming en in het geval bij claimbeoordeling ook uitvragen wat de hoogte is van de verwachte winst uit onderneming. Dit zodat UWV kan beoordelen of de zelfstandige verzekerd is en in aanmerking komt voor re-integratieondersteuning en/of een voorschot op de uitkering.

geheven en geïnd, wordt de gegevensstroom tussen UWV en de Belastingdienst zoveel mogelijk beperkt.[267]

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 ROW of loon uit dienstbetrekking gaat.[268] Gegevens die UWV in haar administratie heeft verwerkt maar die niet (langer) noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dit wetsvoorstel dienen te worden verwijderd. Voor de gegevens die door UWV worden verwerkt, gelden verschillende bewaartermijnen. Voor het bepalen van welke bewaartermijn moet worden gehanteerd, volgt UWV de selectielijst persoonsgegevens en de richtlijnen van de Archiefwet.

De gegevens rondom de zelfstandigenadministratie kunnen worden gedeeld met onder andere de colleges van burgemeester en wethouders, al dan niet via het Bureau Informatiediensten Nederland, in het kader van het zogeheten Suwinet. Daarmee kan uitwisseling van gegevens binnen de keten Werk en Inkomen plaatsvinden. Daarnaast is er mogelijk ruimte voor betreffende organisaties om proactief gegevens met elkaar te delen.[269]

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 is in hoofdstuk 7 van deze toelichting 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 BSN) en gezondheidsgegevens (zoals de eerste ziektedag, de oorzaak van de ziekte 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, waaronder voor de toepassing van de franchise. De Belastingdienst verstrekt op verzoek van UWV deze gegevens voor zover het gaat om de winst uit onderneming, aan UWV. Ook verwerkt UWV inkomensgegevens van de betrokkene voor het korten van inkomsten op de uitkering. Voor het uiteindelijk betalen van de uitkering aan de zelfstandige heeft UWV ook bepaalde gegevens nodig, waaronder contactgegevens en het bankrekeningnummer van de zelfstandige of zijn wettelijk vertegenwoordiger. UWV verwerkt persoonsgegevens enkel voor de daarvoor overeengekomen doeleinden. Dit geldt des te meer voor bijzondere persoonsgegevens. Zo verwerkt UWV gezondheidsgegevens 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 voor een uitkering indient bij UWV, UWV reeds via dagelijkse verstrekking door de Belastingdienst van de definitieve aanslagen of via een uitvraag bij de Belastingdienst indien de zelfstandige niet reeds is opgenomen in de zelfstandigenadministratie 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

[267] Uitzondering hierop betreft de gegevensverstrekking door UWV aan de Belastingdienst met betrekking tot de zelfstandigen die gemoedsbezwaard zijn voor dit voorstel. UWV geeft ook 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.

[268] Dit betreft de situatie dat op het moment dat de zelfstandige zich meldt bij UWV in het kader van de ziekmelding of de claimbeoordeling de zelfstandige niet is opgenomen in de zelfstandigenadministratie. In dat geval vraagt UWV uit aan de Belastingdienst of er sprake is van verwachte winst uit onderneming en in het geval van claimbeoordeling ook wat de hoogte is van de verwachte winst uit onderneming.

[269] Dit is mede afhankelijk van het nog niet ingediende wetsvoorstel proactieve dienstverlening SZW.

is bij UWV en 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).

13.2.3 Gegevensverwerking in het kader van terugvorderingsbeleid
Ten behoeve van de uitvoering van het terugvorderingsbeleid verkrijgt UWV op aanvraag van de Belastingdienst informatie. Het gaat om die informatie waaruit blijkt of de inspecteur van de Belastingdienst voor het kalenderjaar waarin de betrokkene ziek werd, de betrokkene een bestuurlijke boete heeft opgelegd als bedoeld in artikel 67a van de Algemene wet inzake rijksbelastingen. Zie ook paragraaf 11.3.2.

13.3 Gegevensverwerking door de Belastingdienst

De Belastingdienst heft en int de verschuldigde premie bij de zelfstandige. De Belastingdienst heeft voor het uitvoeren van deze taak gegevens van de zelfstandige nodig, zodat hij kan vaststellen of de zelfstandige (voorlopig) publiek is verzekerd en premie is verschuldigd. Ter ondersteuning van deze taak verstrekt UWV aan de Belastingdienst gegevens over de zelfstandigen bij wie geen premie moet worden geheven en geïnd. Dit is in paragraaf 13.2 toegelicht. Zonder deze gegevens heeft de Belastingdienst geen (volledig) beeld bij wie wel en bij wie niet premie moet worden geheven en geïnd. Dit betreffen gegevens ter identificatie van de zelfstandige (geboortedatum en het BSN). Op basis van deze informatie, bestaande gegevensuitwisseling tussen UWV en Belastingdienst over het SV-loon en of iemand verzekerd is voor de werknemersregelingen (ten behoeve van de vaststelling van de franchise), en de door de zelfstandige aangeleverde financiële gegevens conform de reguliere aangifte, stelt de Belastingdienst de hoogte van de te betalen premie vast en informeert de Belastingdienst de zelfstandige hierover. Vervolgens heft en int de Belastingdienst de premie 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. Als bij de definitieve aanslag blijkt dat de door de zelfstandige betaalde premie onverschuldigd is betaald, dan zal het onverschuldigde betaalde worden terugbetaald aan de zelfstandige. Indien de zelfstandige nalaat de verschuldigde premie te betalen, gaat de Belastingdienst over tot het sturen van een (betalings-)herinnering, aanmaning of dwangbevel. 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.

Ten behoeve van de uitvoering van het terugvorderingsbeleid verstrekt de Belastingdienst, op aanvraag van UWV, aan UWV die informatie die voor UWV noodzakelijk is om uitvoering te geven aan dit voorstel. Zie daarvoor ook paragraaf 13.2.2.

13.4 Gegevensverwerking door de 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 dit voorstel en de datum van aanvang of beëindiging van de gemoedsbezwaardheid. Als onderdeel van de gegevensverstrekking van

UWV aan de Belastingdienst over bij welke zelfstandigen geen premie moet worden geheven en geïnd, geeft UWV bij de gemoedsbezwaren aan dat er sprake is van een gemoedsbezwaar. In plaats van het heffen en innen van de premie zal de Belastingdienst een vervangende premie heffen. 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.

13.5 Gegevensverwerking door private verzekeraars

13.5.1 Gegevensdeling tussen verzekeraars en UWV, de Belastingdienst en het Ministerie van SZW

Vanwege het duale karakter van het stelsel kunnen zelfstandigen een private verzekering afsluiten waarmee, mits deze voldoet aan het toetsingskader van de opt-out (paragraaf 10.5) of waarmee de zelfstandige onder het overgangsrecht valt (paragraaf 12.2), men ontheven kan worden 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 (voorheen) 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, tezamen met enkele verklaringen. Ten behoeve van deze aanvraag verstrekt de private verzekeraar aan UWV gegevens ter identificatie van de zelfstandige (zoals de geboortedatum en het BSN), de aanvangsdatum van de private verzekering en het polisnummer. Vanaf de eerste dag van het kalenderjaar volgend op de dag dat de verzekeringsovereenkomst is geëindigd of de eerste dag van het kalenderjaar volgend op de dag dat de verzekerde zelf een aanvraag tot beëindiging heeft gedaan, valt de zelfstandige in beginsel automatisch terug op de publieke verzekering (zie hiervoor ook paragraaf 10.6). De premieverplichting vangt aan per de eerste dag van het kalenderjaar volgend op het einde van de ontheffing. Het is aan de betreffende private verzekeraar om UWV tijdig over het eindigen van de private verzekering te informeren, middels het verstrekken van gegevens ter identificatie van de zelfstandige (zoals geboortedatum en het BSN), einddatum van de private verzekering en 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 (veelal de eerste dag van een kalenderjaar) de zelfstandige publiek is verzekerd en vanaf welk kalenderjaar de Belastingdienst publieke premie moet innen. 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. Beide partijen 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 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 voorgesteld 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 BSN van de zelfstandige. Private verzekeraars delen in geen geval gezondheidsgegevens die herleidbaar zijn naar een zelfstandige 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 BSN).[270] 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.[271]

Naast verstrekking van gegevens door verzekeraars aan UWV en de Belastingdienst zullen verzekeraars gegevens aan het Ministerie van SZW verstrekken ten behoeve van het periodiek evalueren van de werking van dit wetsvoorstel en vaststelling van de hoogte van de stabiliteitsbijdrage. Dit betreft geaggregeerde data, zodat de privacy van de zelfstandige wordt gewaarborgd.

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.[272]

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 van UWV 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. Door voor de publieke premieheffing en -inning in dit wetsvoorstel hierbij aan te sluiten is het voor zelfstandigen, in ieder geval de zelfstandigen 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.
Indien de zelfstandige een verzoek doet voor een voorlopige aanslag voor de inkomstenbelasting, of inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, houdt dit ook een verzoek tot een voorlopige aanslag voor dit voorstel mee. Deze keuze is aan de zelfstandige en al naar gelang de beoordeling over de definitieve verzekeringsstatus bij de definitieve aanslag, zal deze een bedrag ineens verschuldigd worden voor de premies volgend uit dit voorstel.

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 betrokkene geen gebruik wens te maken van re-

[270] In paragrafen 10.3 (opt-out) en 12.2 (overgangsrecht) wordt toegelicht voor welke privaat verzekerden de verzekeraar een stabiliteitsbijdrage moet afdragen.

[271] Voor de fiscale aftrekbaarheid premie en belastbaarheid uitkeringen wordt verwezen naar paragraaf 9.7.

[272] 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, die geldt voor alle bedrijven en organisaties in de landen binnen de EER voor zover zij persoonsgegevens verwerken.

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 gezondheidsgegevens (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.[273] Daarnaast zijn in dit voorstel algemene en specifieke inlichtingen- en medewerkingsverplichtingen opgenomen zoals beschreven in paragraaf 11.1 in dit wetsvoorstel, waaruit gegevens kunnen verstrekt en verwerkt.

Het wordt voor de zelfstandige mogelijk om bij UWV kennis te nemen van het gegeven of diegene (verwacht) verzekerd is voor deze regeling. Ook wordt het mogelijk om, indien gegevens bij UWV ontbreken of onjuist zijn, een verzoek tot rectificatie in te dienen. UWV voert de wijziging door in overeenstemming met of gehoord de verzekeraar en/of de Belastingdienst mits de zelfstandige de aanpassing voldoende heeft onderbouwd.

13.6.2 Informatieverstrekking gemoedsbezwaarden

In paragraaf 4.3.4 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.[274]

13.7 Gegevensdeling bij detentie in binnen- of buitenland

Zoals in paragraaf 5.5 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.[275] 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 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 die beschikt en die noodzakelijk zijn voor het recht op uitkering van de betreffende zelfstandige aan de SVB en UWV. Voor beide vormen van detentie kan worden aangesloten voor de bestaande wijze van gegevensuitwisseling in het kader van bestaande wet- en regelgeving zoals de Wet WIA, Wajong, WAO en WW.

13.8 Gegevens ten aanzien van uitreiziger

Zoals in paragraaf 5.5 uiteengezet wordt de uitreiziger eveneens uitgesloten van het recht op een uitkering. De wettelijke grondslag in artikel 72a, eerste lid, onderdeel h, Wet SUWI voor de gegevensdeling door UWV, de SVB en gemeenten aan de Minister van SZW betreffende de uitreiziger wordt onverkort van kracht voor de publieke verzekering. Voorgesteld wordt om dit artikel voor de publieke verzekering uit te breiden.

14. Ministeriële verantwoordelijkheid

De beleidsverantwoordelijkheid voor dit wetsvoorstel ligt primair bij de Minister van WP. Voor het ten uitvoer leggen van de taken in dit wetsvoorstel geldt het volgende:

[273] In paragraaf 16.7.2 wordt ingegaan op het verwerken van gezondheidsgegevens op grond van de AVG en UAVG.

[274] Vgl. artikel 67 Wfsv en het daarop gebaseerde hoofdstuk 4 van de Regeling Wfsv.

[275] Artikel 54, zevende en negende lid, Wet SUWI is onverkort van toepassing op de publieke verzekering.

- UWV is als zelfstandig bestuursorgaan primair verantwoordelijk voor de uitkeringskant van de publieke verzekering. Hoewel UWV een zelfstandig bestuursorgaan is, is de Minister van WP 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[276] 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 WP. Wel is de minister stelselverantwoordelijk. Dit brengt met zich mee dat de minister verantwoordelijk is voor de balans in het stelsel, en de goede werking daarvan.

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.[277] 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 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. Ze kunnen zich ook verzekeren voor beide vrijwillige verzekeringen. 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 regelingen.[278] 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 104 weken wachttijd. Dat roept de vraag op in welke mate dat ingrijpt in de regels rondom de huidige vrijwillige UWV-verzekeringen. Daarop wordt hieronder ingegaan.

[276] Desgewenst kan op grond van artikel 46 Grondwet een dergelijke taak worden toebedeeld aan een staatssecretaris.

[277] Zie bijvoorbeeld artikel 99 van de Wet WIA.

[278] 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 ZW, of allebei. Nog enkele zelfstandigen zijn vrijwillig verzekerd voor de WAO.

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.[279]

Ook de toegang tot de vrijwillige verzekering ZW wordt afgesloten. Er zijn zelfstandigen die ook de behoefte zullen hebben om het arbeidsongeschiktheidsrisico voor de wachttijd, 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 104 weken worden overeengekomen.
Ten tweede geldt dat tot de potentiële kring van verzekerden van deze vrijwillige verzekering alleen IB-ondernemers die 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. Op deze wijze wordt een verschil tussen IB-ondernemers – namelijk tussen hen die wel en niet een dienstverband hebben gehad – nog voortgezet. Omdat er afdoende alternatieven mogelijk zijn, acht de regering dit niet noodzakelijk. Ten derde geldt dat de vrijwillige verzekering en de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering niet naadloos op elkaar aansluiten. Dat geldt weliswaar voor de wachttijd, maar de mogelijkheden inzake de hoogte van de uitkering en het arbeidsongeschiktheidscriterium, wijken fors van elkaar af.

15.2.2 Reeds vrijwillig verzekerden

In de vorige subparagraaf is uiteengezet dat de toegang tot de vrijwillige verzekering wordt afgesloten voor IB-ondernemers. De regering ziet aanleiding om hieronder 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 voorgesteld de verzekering te eerbiedigen. Dat betekent 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 verzekerde risico is ingetreden. 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 ingetreden.

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 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. Het aanbieden van zowel vrijwillige ZW-verzekering als de verzekering op grond van dit voorstel, vindt de regering echter niet

[279] Ten overvloede: voor de directeur-grootaandeelhouder blijft de toegang tot de vrijwillige verzekering onverkort open.

wenselijk. Ook voor deze groep zijn er afdoende alternatieven voorhanden, en de regering acht de verzekeringen niet naadloos in elkaar overlopen.

- 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. 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 private 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 104 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 Wet 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 diegene van rechtswege verplicht publiek verzekerd.[280] Omdat de vrijwillige WIA-verzekering onder het overgangsrecht valt, acht de regering het wenselijk dat zij stabiliteitsbijdrage gaan betalen. Dit is gelijkwaardig aan de positie van private verzekerden onder overgangsrecht. UWV krijgt de taak om de stabiliteitsbijdrage in rekening te brengen bij de zelfstandigen met een vrijwillige WIA-verzekering.

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 ZW; en
- nog niet ziek zijn;

ook de vrijwillige verzekering 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 Wet WIA voortduurt, ook in deze situatie de vrijwillige verzekering ZW gecontinueerd.

Resumerend kan het voorgaande in tabelvorm worden samengevat.

[280] Met inachtneming van het gestelde in paragraaf 12.2.5, waarbij de hoofdregel is dat de betrokkene per de eerste dag van een kalenderjaar publiek verzekerd geraakt. Ten overvloede geldt dat deze betrokkene ook zo mogelijk een opt-outverzekering kan afsluiten, waardoor die ontheven wordt van de publieke verzekering.

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 Wet 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 Wet WIA voortduurt, wordt men niet verplicht verzekerd en is de stabiliteitsbijdrage verschuldigd
	Vrijwillige verzekering ZW	**Vrijwillige verzekering Wet WIA**	**Zowel vrijwillige verzekering ZW als 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 Rechtsbescherming

15.3.1 Rechtsbescherming

Dit wetsvoorstel brengt voor zelfstandigen nieuwe rechten en plichten met zich mee. Besluiten die op grond van dit wetsvoorstel door de Belastingdienst en UWV worden genomen, raken de rechtspositie en daarmee de belangen van de zelfstandige. Indien de zelfstandige met een private verzekeraar een verzekeringsovereenkomst is aangegaan en gebruik maakt van de mogelijkheid van een opt-out, treden er eveneens wijzigingen in de rechtspositie van de zelfstandige op. In deze paragraaf hecht de regering er waarde aan toe om te lichten op welke wijze de rechtsbescherming in dit wetsvoorstel is geborgd. Hierbij wordt ook de motie-Van Nispen in ogenschouw genomen, die de regering oproept om in een specifieke rechtsbeschermingsparagraaf in te gaan op rechtsbeschermingselementen, met het doenvermogen als uitgangspunt. [281]

De publiek verzekerde

De publiek verzekerde heeft een premieplicht waarvan de heffing- en inning door de Belastingdienst zal plaatsvinden. De hoogte van de premie is afhankelijk van de hoogte van de door de Belastingdienst vastgestelde winst uit onderneming. De premie voor dit wetsvoorstel wordt met een aanslag geheven met

[281] Kamerstuk II 2022/23, 29279, nr. 750.

overeenkomstige toepassing van de voor de heffing van de inkomstenbelasting geldende regels. Ook de invordering van de premie verloopt overeenkomstig die regels. Geschillen die in dat verband optreden zullen overeenkomstig het fiscale recht dienen te worden beslecht, waarbij de hoofdregel geldt dat de publiek verzekerde zich eerst in een bezwaarprocedure tot de Belastingdienst zal dienen te wenden, voordat de weg van beroep bij de bestuursrechter bewandeld kan worden. Indien nodig kan na de beroepsprocedure hoger beroep worden ingesteld bij het gerechtshof en vervolgens nog cassatie bij de Hoge Raad.

De publiek verzekerde die zich vanwege ziekte of gebrek ziek wenst te melden voor zijn eigen werk, dient zich tot UWV te wenden. UWV neemt na die ziekmelding verschillende besluiten. Die gaan over de vraag of en per wanneer de publieke verzekerde wegens ziekte of gebrek ongeschikt is geworden voor de eigen arbeid en of er na het volbrengen van de wachttijd wel sprake is van arbeidsongeschiktheid, recht op een uitkering en hoe hoog die uitkering dan moet zijn. Daarnaast kunnen besluiten ook betrekking hebben op herziening, intrekking en terugvordering van ten onrechte verkregen uitkering of een maatregel of boete, indien de publiek verzekerde niet aan verplichtingen heeft voldaan. Indien een publiek verzekerde door een dergelijk besluit meent in zijn belangen te zijn geraakt dan staat het hem vrij tegen een besluit van UWV bezwaar te maken. In voorliggend wetsvoorstel worden in dit verband verschillende termijnen geregeld die van de regels van de Awb afwijken.[282] Tegen beslissingen op bezwaar van UWV staat de mogelijkheid van beroep bij de bestuursrechter open. Voor hoger beroep is de CRvB als rechtscollege aangewezen. Tot slot staat in enkele gevallen, met name rondom de kring van verzekerden, cassatie open bij de Hoge Raad.[283] Hiermee wordt rechtseenheid nagestreefd.

Inzake onder andere het vaststellen van een recht op uitkering, wordt gebruikt gemaakt van gegevensuitwisseling en -verwerking. Deze gegevens liggen ten grondslag aan door UWV genomen besluiten. Een betrokkene heeft daarvoor informatierechten (zie artikelen 15 tot en met 22 van de AVG) in de zin van de AVG en de UAVG (zie ook paragraaf 16.6 van deze toelichting). De betrokkene kan deze rechten verwezenlijken door een verzoek om informatie bij de verwerkersverantwoordelijke neer te leggen. In dit geval UWV. UWV dient op grond van zo'n informatieverzoek te besluiten (zie artikel 34 UAVG). Tegen een dergelijk besluit kan bezwaar en hoger beroep worden ingesteld.

De privaat verzekerde
In het wetsvoorstel worden voorwaarden gesteld aan de ontheffing van de verplichte publieke verzekering. Dit brengt zowel voor de privaat verzekerde als de private verzekeraar verschillende rechten en plichten met zich mee. Zo geldt voor beide gevallen, zoals beschreven in paragraaf 10.5 (opt-out) en paragraaf 12.2 (overgangsrecht) dat de private verzekeraar de aanvraag voor de ontheffing mede namens de privaat verzekerde bij UWV dient aan te vragen, dat de privaat verzekerde van de publieke verzekering wordt ontheven, dat de private verzekeraar als gevolg van de ontheffing verplicht is de stabiliteitsbijdrage te voldoen en dat de private verzekeraar ook het einde van de verzekeringsovereenkomst bij UWV dient te melden.

Zowel de private verzekeraar als de privaat verzekerde zijn om die reden als belanghebbende aan te merken bij besluiten van UWV over de ontheffing. De voor de private verzekeraar op grond van dit wetsvoorstel geldende verplichtingen kunnen echter ook doorwerken in de verzekeringsovereenkomst die met de privaat verzekerde is gesloten. De private verzekeraar zal zich daarom ook uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst aan de geldende verplichtingen jegens de privaat verzekerde dienen te houden. Het niet voldoen aan dergelijke verplichtingen kan voor de privaat verzekerde in zoverre ook schadelijke gevolgen hebben, bijvoorbeeld doordat UWV overgaat tot het niet toekennen van de

[282] Zie paragraaf 15.3.2 van de algemene toelichting en hoofdstuk 9 van de wettekst van dit wetsvoorstel.
[283] Zie het voorgestelde artikel 73.

ontheffing van de publieke verzekering of juist tot de beëindiging daarvan. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de aanvraag van de private verzekeraar niet gepaard gaat met de benodigde verklaringen of wanneer de private verzekeraar de stabiliteitsbijdrage niet voldoet.

Tegen besluiten van UWV die betrekking hebben op een ontheffing van de publieke verzekering of de beëindiging daarvan, kan aldus zowel door de private verzekeraar als de privaat verzekerde bezwaar worden gemaakt. Tegen beslissingen op bezwaar staat de weg open van beroep bij de bestuursrechter en vervolgens hoger beroep bij de CRvB. Voor zover besluiten van UWV verband houden met het handelen of nalaten van de private verzekeraar, door welk handelen of nalaten de privaat verzekerde schadelijke gevolgen heeft ondervonden, kan laatstgenoemde voor die geleden schade zo nodig zijn private verzekeraar uit hoofde van de in de verzekeringsovereenkomst neergelegde verplichtingen via het civiele recht aanspreken.

De regering hecht er verder waarde aan dat de private verzekeraars zelfstandigen goed informeren over de verschillen tussen de private verzekeringsovereenkomst en de publieke verzekering. In dat verband 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. De verzekeraar geeft met het aanbieden van de verzekering zowel impliciet als expliciet aan dat het product voldoet aan het toetsingskader. Tot slot is er gedrags- en prudentieel toezicht door AFM en DNB op de verzekeraars en de markt (zie paragraaf 11.6).

Is er uiteindelijk sprake van een geschil dan zijn er in de civiele rechtsverhouding eerst laagdrempeligere stappen die gezet kunnen worden gezet 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) contact met het Kifid opnemen met als doel het lopende geschil zonder tussenkomst van de rechter op te lossen.[284]

15.3.2 (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 Awb 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 Awb. 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.

Beslistermijn vaststelling wachttijd

De verzekerde die wegens ziekte ongeschikt is voor de eigen 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

[284] Zie voor de voorwaarden de reglementen van het Kifid: www.kifid.nl/reglementen/.

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. 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 UWV binnen de redelijke termijn van de Awb. 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 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 Awb gegeven kan worden omdat van een deskundige, die niet onder verantwoordelijkheid van UWV werkzaam is, advies is gevraagd, 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 Awb 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 het 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 vangt aan 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.

15.3.3 Verlaagd griffierecht

Voorgesteld wordt om de Regeling verlaagd griffierecht uit te breiden naar onderhavig wetsvoorstel. Dat brengt met zich mee dat in het publieke recht voor zowel het lager als het hoger beroep een verlaagd tarief aan griffierrecht geldt. Ook de andere socialezekerheidswetten zijn opgenomen in deze regeling. Waar het gaat om burgerlijke zaken is voor het griffierecht de Wet griffierechten burgerlijke zaken van toepassing. Om ook in het civiele recht een laagdrempelige toegang tot de rechter te waarborgen zijn de griffierechten voor natuurlijke personen (bijvoorbeeld particulieren en eenmanszaken) lager dan voor bedrijven. Voor mensen met een laag inkomen (zogenaamde “onvermogenden”) geldt een verder verlaagd tarief om ook voor hen de toegang tot de rechter te waarborgen.

15.3.4 Geschilbeslechting in de praktijk

Uit het voorgaande komt naar voren dat zowel publiek als privaat verzekerde zelfstandigen te maken kunnen krijgen met verschillende uitvoerders, met verschillende soorten juridische procedures om een geschil te beslechten en met verschillende (hoger beroeps-)rechters. Daarbij geldt voor bestuursrechtelijke procedures dat er geen verplichte procesvertegenwoordiging door een advocaat geldt. In geval van civielrechtelijke procedures, voor zover voor dit wetsvoorstel relevant en tot geldvorderingen van maximaal € 25.000, geldt die verplichting evenmin.

In het onderstaande wordt verder een aantal voorbeeldsituaties geschetst om inzicht te geven in hoe de geschilbeslechting in de praktijk kan uitwerken.

a) *De publiek verzekerde zelfstandige die zich bij UWV heeft ziekgemeld maar door UWV geschikt wordt bevonden voor de eigen arbeid.*

Een boekhouder is verzekerd op grond van de publieke verzekering. De boekhouder dient zich in geval van ziekte aldus tot UWV te wenden. Op enig moment ervaart de boekhouder klachten als gevolg van een (chronische) peesontsteking in zijn bovenbeen. De boekhouder meldt zich vanwege deze klachten ziek bij UWV. UWV onderzoekt de ziekmelding en stelt vast dat de boekhouder, ondanks de ontsteking in zijn bovenbeen, zijn werk als boekhouder nog wel kan verrichten. UWV besluit zodoende de ziekmelding af te wijzen. De boekhouder is het daarmee niet eens en maakt binnen zes weken bezwaar tegen dat besluit, want de boekhouder is van mening dat de pijnklachten dusdanig belemmerend zijn dat die diens werk, ondanks dat dit geen fysiek werk is, niet meer kan uitvoeren. UWV beoordeelt het bezwaar, heroverweegt het eerdere besluit, maar ziet onvoldoende reden om het eerdere besluit in te trekken of te wijzigen. UWV verklaart het bezwaar daarom ongegrond. De boekhouder gaat vervolgens binnen zes weken na die beslissing op bezwaar bij de bestuursrechter in beroep. De bestuursrechter is het, na bestudering van de zaak, eens met het besluit van UWV en verklaart het beroep ongegrond. Alhoewel de boekhouder in hoger beroep had kunnen gaan legt die zich neer bij de uitspraak van de bestuursrechter.

Nota bene: een afgewezen ziekmelding heeft als gevolg dat de wachttijd niet aanvangt. In beginsel kan aan een afgewezen ziekmelding na ommekomst van 104 weken aldus geen aanspraak op een arbeidsongeschiktheidsuitkering worden ontleend. Niettemin staat het de publiek verzekerde vrij daartoe wel een aanvraag in te dienen, bijvoorbeeld omdat diegene in dat verband tevens meent dat de eerdere ziekmelding vanwege nieuwe feiten of omstandigheden dient te worden herzien.

b) *De publiek verzekerde zelfstandige die geen recht heeft op arbeidsongeschiktheidsuitkering omdat diegene volgens UWV niet arbeidsongeschikt is.*

Een zelfstandig werkende kapper is verzekerd op grond van de publieke verzekering. Hierdoor dient de kapper zich in geval van ziekte tot UWV te wenden. Op enig moment kampt de kapper met klachten als

gevolg van een (progressieve) auto-immuunaandoening en lukt het haar niet meer haar werk uit te voeren. Zij meldt zich ziek bij UWV en tegen het einde van de wachttijd (vanaf 89 weken) vraagt zij een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan. UWV beoordeelt vervolgens of de kapper recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft. Op basis van verzekeringsgeneeskundig en arbeidsdeskundig onderzoek wordt vastgesteld dat de kapper met arbeid (een basisfunctie) nog in staat is het wettelijk minimumloon te verdienen. UWV besluit zodoende dat de kapper geen recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De kapper is het niet eens met het besluit en maakt binnen zes weken bezwaar. In bezwaar voert zij gemotiveerd aan dat zij arbeidsongeschikt is, omdat zij met haar beperkingen niet in staat is met arbeid het wettelijk minimumloon te verdienen. UWV beoordeelt het bezwaar, heroverweegt het eerder genomen besluit en stelt vast dat de kapper inderdaad arbeidsongeschikt is. De kapper wordt zodoende alsnog recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend. Indien UWV in de bezwaarprocedure het eerdere besluit (geen recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering) zou hebben gehandhaafd dan had de kapper tegen die beslissing op bezwaar binnen zes weken in beroep kunnen gaan bij de bestuursrechter.

c) *De privaat verzekerde zelfstandige die geen recht heeft op uitkering omdat diegene volgens de verzekeraar niet arbeidsongeschikt is.*

Een zelfstandig werkend timmerman is ontheven van de publieke verzekering, omdat die een adequate arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft gesloten bij verzekeraar x. Vanwege de ontheffing dient de timmerman zich in geval van ziekte tot zijn verzekeraar te wenden in plaats van UWV. Na enige tijd krijgt de timmerman klachten aan zijn rug. De timmerman valt uit, doorloopt de relevante wachttijd en vraagt daarna bij diens verzekeraar om een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. De verzekeraar keert voorlopig een (volledige) uitkering uit, maar geeft aan dat de timmerman nog medisch onderzocht moet worden om vast te stellen of – en in welke mate – er sprake is van arbeidsongeschiktheid. Na een aantal maanden is het medisch onderzoek afgerond, waarna de verzekeraar vanwege de uitkomst van het onderzoek bepaalt dat er geen sprake (meer) is van arbeidsongeschiktheid en dus geen recht op uitkering. De timmerman is het er niet mee eens en gaat met de verzekeraar in gesprek. Ook na een interne klachtprocedure, komen partijen er niet uit. De timmerman heeft na het stopzetten van de uitkering geen inkomsten en komt daardoor acuut in financiële problemen. De timmerman vraagt zodoende in een kort geding de kantonrechter te beslissen over een voorlopige voorziening: de timmerman verzoekt concreet om uitkering door de private verzekeraar omdat die meent arbeidsongeschikt te zijn. De voorzieningenrechter concludeert dat er spoedeisend belang is, maar wijst de gevraagde voorlopige voorziening af. De timmerman is het er niet mee eens en vraagt de kantonrechter in de bodemprocedure om diens vordering toe te wijzen. Ook in de bodemprocedure krijgt de timmerman geen gelijk. De timmerman wordt tevens veroordeeld tot het betalen van proceskosten.

15.4 Cliëntenparticipatie

In de Wet SUWI is bepaald dat UWV de mogelijkheid (moet) bieden voor cliëntenparticipatie.[285] Met dit wetsvoorstel zal UWV een forse nieuwe doelgroep krijgen. Er zijn immers alleen een beperkt aantal zelfstandigen die thans een uitkering krijgen (uitkeringsgerechtigden onder de WAZ), vrijwillig verzekerde zelfstandigen en werkenden die vanuit een 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 van dienstverlening vanuit UWV.

15.5 Doenvermogen en menselijke maat

Wetten en regels moeten worden beoordeeld op eenvoud, de wijze waarop geadresseerden de regels kunnen meemaken (het “doenvermogen”), de menselijke maat en uitvoerbaarheid. In deze paragraaf wordt ingegaan op de rol die eenvoud, het doenvermogen en menselijke maat hebben gespeeld bij de

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

totstandkoming van dit wetsvoorstel. Op de uitvoerbaarheid van deze wetgeving wordt ook ingegaan bij de reactie op de uitgevraagde uitvoeringstoetsen (zie hoofdstuk 19). Tevens wordt ingegaan waarom in dit wetsvoorstel geen algemene hardheidsclausule is opgenomen, en waar de regering wel het voornemen heeft om in specifieke situaties te voorzien in een hardheidsclausule.

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 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.[286] Daarmee ontstaat het risico dat dit doel van de regeling niet wordt behaald. Het rapport van de Commissie Rechtstaat roept ook op tot het langdurig politiek prioriteit geven aan vereenvoudiging van regelingen voor bestaanszekerheid.[287] De Commissie geeft daarbij aan dat hoe meer de overheid recht wil doen aan verschillen en bijzonderheden en hoe meer zij op voorhand oneigenlijk gebruik wil uitsluiten, hoe ingewikkelder regelingen worden. De Commissie signaleert dat als de overheid niets doet, mensen tussen wal en schip blijven vallen vanwege regelingen die elkaar soms tegenwerken en die zij vanuit angst niet gebruiken.

Het voornoemde IBO constateert ook dat de reeds bestaande arbeidsongeschiktheidswetgeving (WAO, Wajong, WGA/IVA) als zeer complex wordt ervaren.[288] Dit is ook onderkend in spoor 3 van de Hervormingsagenda inkomensondersteuning.[289] 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. Dit kan leiden tot versnippering van rechten en onduidelijkheid omtrent de verschillende voorwaarden en verplichtingen die de regelingen met zich meebrengen.
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. Zo mogelijk kan in de toekomst worden onderzocht hoe de samenhang tussen regelingen versterkt kan worden.[290]

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).[291] Ook kent deze verzekeringsvorm geen verdere

[286] Rijksoverheid (2023). *IBO Vereenvoudiging sociale zekerheid*.

[287] Staatscommissie Rechtsstaat (2024). *De gebroken belofte van de rechtsstaat*.

[288] Rijksoverheid (2023). *IBO Vereenvoudiging sociale zekerheid*, p. 23.

[289] Vgl. Kamerstukken II 2024/25, 26448, nr. 849.

[290] Vgl. variant 3 van OCTAS, en het voornemen van de regering om op lange termijn regelingen voor verschillende groepen in meer of mindere mate te harmoniseren.

[291] In het coalitieakkoord “Aan de slag” staat het voornemen om de IVA af te schaffen.

onderverdeling in loongerelateerde en vervolguitkeringen. Hierdoor 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 vaak voorlopig worden vastgesteld. De premie voor de verzekering is immers afhankelijk van het inkomen dat genoten wordt in het belastingjaar. Om ervoor te zorgen dat niet alle zelfstandigen de gehele jaarpremie voor deze verzekering achteraf moeten betalen, kunnen zelfstandigen verzoeken om een voorlopige aanslag. 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.[292] Dit zorgt ervoor dat een gedeelte van de complexiteit primair door private verzekeraars wordt gedragen. Daarmee ziet de regering – ook in het licht van de oproep van de Staatscommissie Rechtstaat – geen bezwaren tegen de opt-out.

15.5.2 Doenvermogen

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) heeft in 2017 het rapport Weten is nog geen doen: *Een realistisch perspectief op redzaamheid* gepubliceerd.[293] De WRR constateert dat de overheid in toenemende mate een beroep doet op de redzaamheid van mensen, terwijl de menselijke vermogens daartoe begrensd zijn. Dit is ook aan de orde bij zelfstandigen, zo laat paragraaf 2.3.1 zien. Op dit moment worden zelfstandigen vrijgelaten of en in welke mate zij zich voor dit risico willen verzekeren. Dat heeft ertoe geleid dat ongeveer driekwart niet verzekerd is en dat zelfs een kwart van de zelfstandigen helemaal geen voorziening tegen arbeidsongeschiktheid heeft.[294] Hierdoor krijgt een grote groep in het geval van arbeidsongeschiktheid te maken met een sterke inkomensterugval. De regering ziet dit als een indicatie dat een deel van de zelfstandigen niet voldoende doenvermogen heeft om tot een voldoende zorgvuldige afweging te komen ten aanzien van het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dit sluit ook aan bij de inbreng van zelfstandigen in de gesprekken over de “doenbaarheid” van het voorstel. Daarbij kwam ter sprake dat veel mensen denken dat arbeidsongeschiktheid iets is wat hun niet overkomt.

De WRR stelt ook in haar rapport dat door een realistischer ontwerp van beleid de overheid de redzaamheid van burgers kan versterken. Dat is wat dit wetsvoorstel beoogd. Het gevolg van het voorstel is namelijk dat straks elke zelfstandige, ook als de zelfstandige hiervoor geen actie onderneemt, een adequate inkomensvoorziening heeft bij arbeidsongeschiktheid. Dit acht de regering nodig om de redzaamheid van burgers in het geval van arbeidsongeschiktheid te vergroten.

In het rapport beveelt de WRR aan om bij voorgenomen beleid en regelgeving vooraf te toetsen of de regeling “doenlijk” is voor burgers. In reactie op dit rapport is besloten om bij het maken van beleid en

[292] Zie ook artikel 32 van het Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft.

[293] Zie: https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen.

[294] Zelfstandigen Enquête Arbeid 2025.

regelgeving voortaan meer aandacht te besteden aan het doenvermogen van de burger. De kernvraag bij deze zogenoemde doenvermogentoets luidt: wordt bij de regeling uitgegaan van een realistische inschatting van het vermogen van burgers om acties te ondernemen die de wet biedt of verlangt en zijn er passende maatregelen getroffen (zoals beperken van keuzeaanbod en complexiteit) zodat burgers de regeling eenvoudig kunnen toepassen? Bij het oordeel of (onderdelen van het) voorstel doenbaar zijn heeft de regering gekeken of zelfstandigen bekend zijn met de verschillende elementen in onderhavig voorstel, bijvoorbeeld omdat er zoveel mogelijk aansluiting is gezocht met andere arbeidsongeschiktheidswetten. De regering vindt het naast het maken van een eigen inschatting of de voorliggende regeling doenbaar is ook met de doelgroep in gesprek te gaan over de doenbaarheid van het voorstel. In aanvulling op de MKB-toets (zie hiervoor paragraaf 15.9) die in een eerder stadium van het wetgevingstraject heeft plaatsgevonden, hebben een tweetal diepgaande en uitvoerige sessies plaatsgevonden waar in totaal zo'n twaalf zelfstandigen aan hebben deelgenomen. Voor representativiteit is gekozen voor een diverse groep aan zelfstandigen, die werkzaam zijn in verschillende sectoren waar zowel fysieke- als mentale belasting een rol kan spelen. In deze gesprekken is specifiek ingegaan op de vraag of het wetsvoorstel doenbaar is. De klantreis van het voorliggende wetsvoorstel is doorgenomen en bij de belangrijkste onderdelen waar een eventuele actie van een zelfstandige nodig is, is zodoende besproken hoe zij hiernaar kijken, of zij denken dat het maken van de keuze doenbaar is en wat zij nodig hebben om een onderbouwde beslissing te nemen. In deze paragraaf wordt ingegaan op het doenvermogen van de burger onderverdeeld in zes onderdelen van het wetsvoorstel, waar ook wordt ingegaan op de gesprekken die met zelfstandigen zijn gevoerd. Daarnaast wordt in paragraaf 17.3 ingegaan op de regeldruk voor zelfstandigen, hetgeen ook een aspect betreft van het doenvermogen van burgers.

Keuze voor de publieke of private verzekering
De WRR adviseert in haar rapport over de redzaamheid van burgers ten aanzien van het introduceren van keuzes onder andere om de keuzedruk te reduceren en zeer terughoudend te zijn met het bieden van grote keuzevrijheden op het terrein van essentiële financiële voorzieningen, zoals ziektekosten- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en pensioenvoorzieningen. Zoals hierboven aangegeven acht de regering de grote keuzevrijheid die er nu is op het terrein van een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen niet wenselijk en daarom introduceert het dan ook een verplichte verzekering. Belangrijk element van deze verplichting is dat zelfstandigen de keuze hebben of zij gebruik maken van de publieke verzekering of dat zij gebruik maken van een private verzekering.
Om te voorkomen dat zelfstandigen door deze keuzemogelijkheid mogelijk een keuze maken waar zij later, indien het risico tot uitdrukking komt, spijt van krijgen bevat het voorstel een *default optie.* Dat houdt bij dit voorstel in dat als de zelfstandige niks doet de zelfstandige automatisch onder de publieke verzekering valt. Dit om zo te garanderen dat elke zelfstandige, ongeacht of ze een keuze maken, een gedegen basisverzekering hebben tegen het inkomensrisico bij arbeidsongeschiktheid. Dat laatste sluit ook aan bij een uitspraak van een zelfstandige in de gevoerde gesprekken, die aangaf dat het een goed idee is dat er iets wordt geregeld zodat niemand tussen wal en schip valt, maar dat het van belang is dat er wel een bepaalde mate van keuzevrijheid overgelaten wordt aan zelfstandigen.

In een mens leven tegenstrijdige behoeften van zekerheid en autonomie. Bij deze doelgroep speelt autonomie een grotere rol. Zo gaven zelfstandigen tijdens een bijeenkomst in het kader van de MKB-toets aan dat ze de verhoging van het gevraagde doenvermogen graag accepteren in ruil voor meer vrijheid. De zelfstandige kan er daarom er ook voor kiezen om een private verzekering af te sluiten in plaats van de publieke verzekering.
Doordat deze private verzekering moet voldoen aan minimale voorwaarden wordt gewaarborgd dat de zelfstandige kan uitstappen een zoveel mogelijk gelijkwaardige dekking heeft.

Indien de zelfstandige ervoor kiest om privaat verzekerd te zijn, geldt dat diegene ontheven wordt van de verzekeringsplicht als de private verzekeraar daartoe een aanvraag doet bij UWV. Dat houdt in dat de

zelfstandige vanaf dat moment niet meer onder de publieke verzekering valt. De zelfstandige kan pas weer een beroep doen op de publieke verzekering vanaf het moment dat de opt-out wordt beëindigd. Dat betekent dat deze zelfstandige in geen geval bij UWV terecht kan voor een uitkering bij arbeidsongeschiktheid, ongeacht of de verzekeraar zijn afspraken niet nakomt en ongeacht of de verzekeraar van mening is dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid. De zelfstandige moet zich hier bewust van zijn op het moment dat de keuze gemaakt moet worden voor een opt-out. Het is voor te stellen dat dit een grote druk legt op het doenvermogen van de zelfstandige. De zelfstandige die wenst ontheven te worden van de verzekeringsplicht wenst zeker te weten dat de verzekeraar tijdig een aanvraag tot ontheffing aanvraagt bij UWV om te voorkomen dat de verzekerde zowel publiek als privaat verzekerd is. De zelfstandige zal verder idealiter op basis van de verzekeringsovereenkomst moeten vaststellen of deze voldoet aan de minimale voorwaarden, zodat zij zekerheid hebben dat het product inderdaad een langdurige uitkering verstrekt bij arbeidsongeschiktheid.

Ter ondersteuning van het doenvermogen zal er in aanloop naar inwerkingtreding van het wetsvoorstel een informatiecampagne door de overheid worden gestart. Zodat zelfstandigen via meerdere kanalen worden geïnformeerd over wat er gaat gebeuren, welke keuzes zij hebben en wat er van hen verwacht gaat worden. Dit sluit ook aan bij de wens van de verschillende deelnemers in de MKB-toets en de gesprekken over de doenbaarheid van het wetsvoorstel. Ook zal er worden gekeken of het mogelijk is dat er informatiebrochures beschikbaar komen voor zelfstandigen die gaan starten met de onderneming en vanaf dat moment te maken krijgen met dit voorstel. Het is bijvoorbeeld aannemelijk dat tegelijk bij de inschrijving bij de Kamer van Koophandel de zelfstandige ook voorlichting krijgt over de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering, waarin bijvoorbeeld ook expliciet in kan worden gegaan op aandachtspunten die van belang zijn bij de keuze voor een opt-out en de eventuele gevolgen daarvan. Verder geldt dat verzekeraars een informatie- en zorgplicht jegens de zelfstandige hebben (zie paragraaf 10.5.2). Dit bevat bijvoorbeeld ook informatie over de voorwaarden die gelden bij de private verzekering én die afwijken van die van de publieke verzekering. Dat laatste sluit ook aan bij de oproep van zelfstandigen in de gevoerde gesprekken over de doenbaarheid van het voorstel. Herhaaldelijk is daar naar voren gekomen dat de zelfstandige voordat zij een keuze maakt idealiter een overzicht ontvangt wat het verschil is tussen de publieke en de private verzekering. De zelfstandigen geven aan dat ze op die manier meer grip krijgen op de keuze en daardoor een volledig beeld hebben waarvoor gekozen wordt en wat de verzekering biedt in het geval dat je arbeidsongeschikt raakt. Bovenstaande acht de regering voldoende om de zelfstandige, die overweegt gebruik te maken van de opt-out, een goed geïnformeerde beslissing te laten nemen, ook gegeven diens doenvermogen.

De regering acht het doenbaar dat het voorstel een keuzemogelijkheid bevat. Enerzijds wordt de keuzedruk verminderd door een (default) verplichting te introduceren en anderzijds door de consequenties van nog te maken keuzes door zelfstandigen te dempen door getroffen waarborgen.

In het geval de zelfstandige een keus heeft gemaakt voor de private verzekering valt de zelfstandige niet meer onder verantwoordelijkheid van de publieke uitvoerder tot het moment dat de ontheffing wordt beëindigd. De private verzekeraar heeft ten aanzien van de premieplicht, de ziekmelding, de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en andere verplichtingen ruimte om eigen voorwaarden te stellen. Hoe verzekeraars deze gaan invullen is nog niet bekend en kan ook anders zijn tussen de verschillende verzekeraars. In het vervolg van deze paragraaf wordt zodoende alleen ingegaan op de verplichtingen die spelen bij de publieke verzekering.

Plicht tot het betalen van premie
Zelfstandigen zullen vanaf het moment van inwerkingtreding van dit voorstel verplicht zijn om premie te betalen. Doordat voor de heffing- en inning daarvan zoveel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande processen kan worden aangesloten bij bestaande fiscale regelgeving inzake onder meer uitstel van betaling, kwijtschelding, boeteoplegging en (dwang) invordering die ook geldt voor de

inkomstenbelasting.
Zelfstandig ondernemers kennen deze regels aangezien zij voor de hoogte van de winst uit onderneming al inkomstenbelasting moeten betalen. Zelfstandigen zullen zodoende niet worden geconfronteerd met afwijkende regels en dat bevordert het doenvermogen.

Naast de huidige aanslagen voor de inkomensheffing en een aanslag inkomensafhankelijke bijdrage Zvw zullen zelfstandigen nu ook een aanslag voor dit voorstel ontvangen. Als gevolg hiervan krijgen zelfstandigen straks te maken met drie aanslagen.
Doordat de grondslag voor alle drie de aanslagen hetzelfde is zal een bezwaar tegen de hoogte van de vastgestelde of verwachte winst c.q. premie bij één van deze aanslagen, een bezwaar inhouden tegen al deze aanslagen. Dit voorkomt dat de zelfstandige indien zij bezwaar hebben tegen de vastgestelde winst uit onderneming ook drie keer apart bezwaar moet indienen en dan vergroot weer het doenvermogen van zelfstandigen.

Op het moment van de premie-inning kan het zijn dat de winst uit onderneming nog niet definitief vaststaat, met als mogelijk gevolg dat de zelfstandige later te maken krijgt met een terugvordering of een nabetaling. In het uiterste geval kan het zijn dat zelfstandigen nog premie moet betalen over een kalenderjaar wat ver in het verleden ligt.
Zelfstandigen hebben op dit moment hier ook al mee te maken bij de inkomensheffing en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw. Zij zullen zodoende niet verrast zijn als ze jaren later nog een correctie krijgen op de te betalen premie, ondanks dat het een onzekerheid met zich meebrengt. In de gesprekken over de doenbaarheid van het voorstel geven zelfstandigen aan dat ze gewend zijn dat pas later de definitieve winst vaststaat en dat dit ervoor kan zorgen dat zij pas op een later moment nog een bedrag moeten betalen over het verleden. In die zin vinden zij het niet verwarrend dat dit ook het geval zal zijn bij het onderhavig wetsvoorstel, waarbij wordt aangegeven dat hier ook voorlichting van toegevoegde waarde kan zijn om te voorkomen dat zelfstandigen worden verrast.

Verplichte ziekmelding
In het geval dat de zelfstandige zijn eigen arbeid als gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling niet meer kan uitvoeren zal diegene zich ziek moeten melden bij UWV. Hierbij is er een mogelijkheid om deze melding te doen met terugwerkende kracht tot dertien weken. Mocht de zelfstandige zich later ziekmelden, bijvoorbeeld omdat de zelfstandige dacht dat die snel zou herstellen of vergeet dat die zich verplicht moet ziekmelden, dan geldt dat de ziekmelding niet eerder kan ingaan dan dertien weken voordat de melding is gedaan. Dat kan als consequentie hebben dat de wachttijd later zal starten en dit heeft mogelijk ook effect op de uitkeringshoogte in het geval de zelfstandige de wachttijd volbrengt en in aanmerking komt voor een uitkering. Het is dus van groot belang dat de zelfstandige zich op tijd ziekmeldt. In het geval dat er sprake is van ziekte is het voorstelbaar dat de zelfstandige veel verschillende dingen aan zijn hoofd heeft, bijvoorbeeld op welke manier de onderneming voortgezet kan worden of welke acties uitgevoerd moeten worden om het herstel zo spoedig mogelijk te laten verlopen. Het is mogelijk dat hierdoor het doen van een ziekmelding bij UWV naar de achtergrond wordt verschoven. Als het even tegenzit, bijvoorbeeld als gevolg van ziekte, kan stress ontstaan waardoor het lastiger is om tot beslissingen te komen.
Dat is ook de reden dat de regering het wenselijk vindt dat de ziekmelding met terugwerkende kracht in kan gaan, om op die manier de zelfstandige in een kwetsbare positie enige ruimte te geven om aan zijn verplichtingen te kunnen voldoen. Zelfstandigen geven in de gesprekken over de doenbaarheid van het voorstel aan dat zelfstandigen vaak geneigd zijn om langer door te werken en zich pas ziek te melden als ze echt niet meer kunnen werken. De opgeroepen vraag is of een termijn van dertien weken voldoende is om dit effect op te vangen. Hierbij wordt aangegeven dat als het mogelijk is om de ziekmelding digitaal te doen, het de drempel verlaagd om al vroeg in het ziekteproces een melding te doen zodat de kans kleiner wordt dat de ziekmelding later dan dertien weken plaatsvindt.

Keuze voor re-integratie in de wachttijd
In de wachttijd heeft de zelfstandige een keuze om re-integratieondersteuning te ontvangen van UWV, dit is niet verplicht. De regering acht een verplichting niet noodzakelijk, omdat zelfstandigen een prikkel hebben om aan het werk te blijven of na uitval zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan omdat zij geen of minder inkomsten hebben. Om de zelfstandige te ondersteunen in het re-integratietraject kunnen zij terugvallen op de ondersteuning bij UWV. De zelfstandige kan dit in het kader van de ziekmelding of op een later moment aangeven bij UWV. Het is denkbaar dat UWV na het verstrijken van een bepaalde periode van de wachttijd, bij de zelfstandige nagaat of er nog een wens bestaat voor ondersteuning. Dit om de zelfstandige zoveel mogelijk te begeleiden bij de keuze om wel of niet gebruik te maken van de re-integratieondersteuning van UWV. Zoals hierboven beschreven adviseert de WRR het aanbieden van keuzes te reduceren vooral als het gaat om grote keuzevrijheden op het terrein van essentiële financiële voorzieningen.
Desondanks acht de regering deze keuzemogelijkheid wenselijk en doenbaar, met name doordat het wel of niet gebruikmaken van re-integratieondersteuning in de wachttijd geen consequentie heeft voor het ontstaan van het recht op een uitkering. In de gesprekken die zijn gevoerd ten aanzien van de doenbaarheid geven zelfstandigen aan dat de re-integratie (meer) specifiek op ondernemers gericht moet zijn. Zodat zelfstandigen bij UWV terecht kunnen met vragen omtrent hoe vervanging geregeld kan worden, welke werkzaamheden de zelfstandige nog wel kan uitvoeren en hoe de zelfstandige verder kan met zijn onderneming terwijl de zelfstandige zelf geen mogelijkheid ziet om arbeid te verrichten. De regering hanteert als uitgangspunt dat in eerste instantie dient te worden nagegaan of de eigen arbeid als zelfstandige, al dan niet met aanpassingen, naar verwachting nog zal kunnen worden verricht. Het ligt in de rede dat UWV haar dienstverlening daarop toespitst, zodat ze kunnen voldoen aan de gewenste re-integratieondersteuning.

Recht op een uitkering
Na het doorlopen van een wachttijd van 104 weken beoordeelt UWV of er sprake is van arbeidsongeschiktheid. Hiervoor dient de zelfstandige een aanvraag voor een uitkering te doen bij UWV. Als deze aanvraag later komt dan 104 weken na begin van de wachttijd, heeft dat als gevolg dat de uitkering niet direct aansluit bij het einde van de wachttijd. Hiervoor geldt wel dat de uitkering met terugwerkende kracht verstrekt kan worden tot maximaal een periode van 52 weken. Een te late aanvraag heeft alleen consequenties voor het moment vanaf wanneer de uitkering tot uitbetaling komt, maar leidt niet tot sancties. UWV stuurt uiterlijk in week 89 van de wachttijd een bericht naar de zelfstandige over de mogelijkheid tot het aanvragen van een uitkering. Bij dit bericht is ook opgenomen welke informatie gevraagd wordt.

Dit geeft de zelfstandige nog enige ruimte om de aanvraag gereed te maken, zodat UWV tijdig het recht op uitkering kan vaststellen en de verzekerde direct na de wachttijd, indien er recht is, een uitkering ontvangt.

Bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt aan de hand van basisfuncties getoetst of de verzekerde het wettelijk minimumloon per maand kan verdienen. Hiervoor wordt gekeken naar de minst belastende basisfuncties gegeven de beperkingen van de verzekerde. De basisfunctie houdt niet altijd verband met het eerdere werk en (recente) ervaring van de verzekerde, aangezien het een functie is die “in theorie” voor de verzekerde geschikt is. Het is denkbaar dat de beoordeling hierdoor door de zelfstandige niet goed te volgen is. Dit komt ook terug in de gesprekken met zelfstandigen over de doenbaarheid van het voorstel. Zelfstandigen geven aan dat ze er moeite mee hebben dat anderen een oordeel geven over wat ze gezien ziekte of gebrek nog wel of niet meer kunnen, terwijl dit oordeel doorslaggevend is voor het verkrijgen van een uitkering. Hierbij speelt ook dat het voor elk beroep en situaties verschillend is wat iemand nog kan.

De regering onderkent dat een uitspraak van een derde over wat iemand nog wel of niet meer kan doen, naar zijn aard spannend is. Het is dan ook zaak om de betrokkene hier zo goed mogelijk bij te betrekken. Daarom zal de verzekerde actief worden betrokken bij de beoordeling. Samen met de verzekerde kijkt de arbeidsdeskundige in welke mate er belemmeringen aanwezig zijn ten aanzien van de gekozen basisfuncties. Dit vormt een belangrijke basis die ten grondslag ligt aan de beoordeling. Hierdoor beoogt de regering te bewerkstellingen dat de verzekerde meer inzicht heeft in de totstandkoming van de uiteindelijke conclusie waarom die functie wel of niet voor hem geschikt wordt bevonden. Dit vergroot het doenvermogen ten aanzien van de beoordeling.

In het geval de zelfstandige ook in loondienst werkt, zullen er in het geval van ziekte en bij uitval voor de verzaamheden als zelfstandige en als werknemer, mogelijk twee beoordelingen plaatsvinden, een voor de Wet WIA en de ander voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen. Voor de werkende kan het mogelijk verwarrend zijn dat betrokkene te maken krijgt met twee beoordelingen door dezelfde organisatie en de werkende kan dit ook als onnodig ervaren. De regering acht het noodzakelijk dat voor beide regelingen (de Wet WIA én dit wetsvoorstel) er twee afzonderlijke beoordelingen worden uitgevoerd, aangezien het twee aparte verzekeringen zijn. Het kan voorkomen dat iemand voor de Wet WIA wel arbeidsongeschikt is, maar voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen niet. Om onnodige dubbele werkzaamheden te voorkomen ligt het in de rede dat de bevindingen uit het WIA-onderzoek (die uitgebreider is) te betrekken bij (onderdelen van de) de beoordeling of de zelfstandige arbeidsongeschikt is voor dit wetsvoorstel. Verder zal in de uitvoering ook zoveel mogelijk rekening worden gehouden met dat de zelfstandige mogelijk al in het kader van de Wet WIA te maken heeft met een bepaalde vorm van re-integratieondersteuning zodat daar zoveel mogelijk op aangesloten kan worden. Dit alles om het zo eenvoudig mogelijk te houden voor de verzekerde. Hierbij helpt ook dat een deel van de hybride werkenden door toepassing van de franchise niet meer te maken krijgen met samenloop van uitkeringen op grond van de Wet WIA en dit wetsvoorstel.

Hoogte van de uitkering
In beginsel is de hoogte van de uitkering afhankelijk van de genoten winst uit onderneming. Doordat de winst uit onderneming pas op een later moment definitief wordt vastgesteld kan het voorkomen dat op het moment van claimbeoordeling nog niet duidelijk is of de verzekerde daadwerkelijk winst uit onderneming heeft genoten. In die gevallen zal UWV, mits voldaan aan de overige ontstaansvoorwaarden voor uitkering, een voorschot verlenen en is er een kans aanwezig dat dit voorschot op een later moment terugbetaald dient te worden. Voor de zelfstandige geeft dit onzekerheid over het recht op of de hoogte van de definitieve uitkering. Zelfstandigen geven in de gesprekken aan over de doenbaarheid dat na 104 weken wachttijd het niet meer gewenst is dat er dan nog onzekerheid kan bestaan over de hoogte van de uitkering(sgrondslag) omdat de winst nog niet definitief is vastgesteld.
Om te voorkomen dat de zelfstandige geconfronteerd wordt met hoge terugvorderingen hanteert de regering, onder voorwaarden, een soepeler terugvorderingsbeleid als later blijkt dat er geen recht op een uitkering bestaat, omdat de zelfstandige niet verzekerd bleek omdat diegene geen winst uit onderneming maar ROW heeft genoten. Verder heeft een wachttijd van 104 weken als gevolg dat voor het overgrote deel van de gevallen de winst uit onderneming definitief vaststaat, zodat de groep die mogelijk te maken krijgt met onzekerheid rondom de hoogte van de uitkering beperkt is. Door deze gemaakte keuzes acht de regering het doenbaar voor verzekerden dat op sommige momenten de hoogte van de uitkering pas later definitief wordt vastgesteld.

Hybride werkenden krijgen door toepassing van de franchise mogelijk te maken met een lagere uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel, wat kan resulteren in een lagere uitkering of zelfs geen uitkering ten opzichte van de situatie als er geen franchise was ingevoerd. Dit kan voor zelfstandigen

mogelijk lastig te begrijpen zijn aangezien zij wel als zelfstandige winst uit onderneming hebben genoten en dit door ziekte niet meer kunnen doen, maar dat daar tegenover geen uitkering staat.
Aangezien daar tegenover staat dat de zelfstandige ook geen of een lagere premie heeft betaald acht de regering het doenbaar voor zelfstandigen. UWV kan in de brief waarmee zij de hoogte van de uitkering kenbaar maken ook nadere toelichting geven op de totstandkoming van de uitkering, zodat het voor de verzekerde beter uitlegbaar is.

In de gesprekken over doenbaarheid kwam naar voren dat de franchise ook de complexiteit rondom samenloop van uitkeringen enigszins kan verminderen. Dat werd als een positief punt ervaren, aangezien samenloop van uitkeringen als iets zeer complex wordt gezien. Hierbij werd aangegeven dat zelfstandigen idealiter hadden gezien dat er een andere oplossing voorhanden zou zijn om samenloopsituaties te voorkomen. De regering onderkent de complexiteit van samenloop en dat het veel van het doenvermogen van de betrokkene kan vragen. Het uitsluiten van samenloop kan voor de betrokkene echter ook slecht uitlegbare en vergaande negatieve gevolgen met zich meebrengen waar het gaat om de inkomenssituatie en daarmee de mate waarin voorzien kan worden in de eigen basisbehoeften. Bij de verdere uitwerking van samenloop van uitkeringsrechten in de invoeringswet (zie paragraaf 15.10) en in de lagere wetgeving zal een weging gemaakt worden waarvan ook het vermijden van onnodige complexiteit onderdeel is.

Conclusies doenvermogen
Uit bovenstaande toelichting blijkt dat zelfstandigen diverse acties moeten ondernemen in het kader van dit voorstel. De regering heeft hierbij gekozen zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande arbeidsongeschiktheidswetten waarbij rekening is gehouden met het karakter van zelfstandigen. Het voordeel hiervan is dat veel facetten van de regeling (waaronder het hebben van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en aansluiting bij fiscale begrippen) niet nieuw zijn en aansluiten bij reeds bekende processen. Verder heeft de regering getracht om het aantal keuzes te beperken om het voor de zelfstandigen zo enerzijds behapbaar te maken en anderzijds ook rekening te houden met de gewenste autonomie van zelfstandigen. Voor alle zelfstandigen gaat als gevolg van dit wetsvoorstel gelden dat zij een arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben, ook al kiezen zij hier niet voor. Dit is nodig aangezet veel zelfstandigen onvoldoende overzien wat de gevolgen zijn van de keuze om zich niet te verzekeren voor het risico van (langdurige) arbeidsongeschiktheid.

De regering acht de eisen die dit wetsvoorstel stelt aan het doenvermogen van zelfstandigen aanvaardbaar. Ten eerste omdat veel mensen, en dus ook zelfstandigen, onvoldoende overzien wat de gevolgen zijn van keuzes op het terrein van essentiële financiële voorzieningen zoals een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ten tweede omdat dit wetsvoorstel voldoende instrumenten aan zelfstandigen biedt om de eisen en verplichtingen die dit wetsvoorstel stelt doenbaar te maken. Ten aanzien van de keuze om een private verzekering af te sluiten voorziet de regering dat te zijner tijd een informatiecampagne wordt gestart waar ook wordt ingegaan op de aandachtspunten die van belang zijn bij het gebruiken maken van de keuzeruimte die het wetsvoorstel geeft. In de regeling zelf zijn diverse waarborgen genomen om ongewenste uitkomsten zoveel mogelijk te beperken zoals de mogelijkheid van het doen van een ziekmelding met terugwerkende kracht en het feit dat een te late aanvraag voor een uitkering niet direct tot gevolg heeft dat er geen recht op uitkering meer kan ontstaan. Verder wordt de regeldruk, waar dat mogelijk is, ook zoveel mogelijk beperkt. Bijvoorbeeld doordat de zelfstandige, indien diegene het niet eens is met een aanslag, niet tegen de drie verschillende belastingaanslagen in bezwaar hoeft te gaan, maar dat één bezwaar ook wordt gezien als een bezwaar op andere aanslagen die zijn gebaseerd op de winst uit onderneming. En ook door beoordelingen en samenloop van en tussen verschillende uitkeringen zo goed als mogelijk op elkaar aan te sluiten worden onnodige administratieve lasten waar mogelijk beperkt. Ten derde acht de regering het voorstel doenbaar omdat het voorstel op veel onderdelen (deels) overeenkomt met bestaande arbeidsongeschiktheidswetten. Zo is het hebben van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling of aansluiten bij fiscale begrippen gebruikelijk en zodoende niet

nieuw. Met bovenstaande combinatie acht de regering het voorstel doenbaar voor de meeste zelfstandigen en worden gevolgen van onjuiste keuzes voor zelfstandigen geminimaliseerd.

15.5.3 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.[295] 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 wettelijk minimumloon.
- Een zelfstandige die volgens UWV nog het wettelijk minimumloon 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.

15.5.4 Hardheidsclausule

De Tweede Kamer heeft door middel van de motie Van Brenk[296] de regering opgeroepen om als standaard in wetten een hardheidsclausule op te nemen. Bij brief van 11 juli 2022 is door het toenmalige kabinet aangegeven dat een hardheidsclausule niet altijd de meest aangewezen oplossingsrichting is om hardheid in de wetgeving en uitvoering te voorkomen.[297]

Een hardheidsclausule is een instrument om te voorkomen dat mensen buitensporig in de knel komen door wetten en regels, maar een hardheidsclausule is 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

[295] Kamerstukken II 2021/22, 35510, nr. 102, p. 8.

[296] Kamerstukken II 2020/21, 35510, nr. 37.

[297] Kamerstukken II 2021/22, 35510, nr. 102. Zie ook aanwijzingen 2.11 en 5.25 van de Aanwijzingen voor de regelgeving.

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 op specifieke onderdelen wel een hardheidsclausule in dit voorstel wenst op te nemen, of deze via bestaande regelgeving ook van toepassing te verklaren op dit voorstel. Het betreft:

- 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.
- UWV heeft de mogelijkheid om zelf – ambtshalve – het recht op uitkering vast te stellen, indien het van hardheid zou betuigen dat een zelfstandige deze zelf moet aanvragen. Hoewel geen “klassieke” hardheidsclausule heeft UWV ook de mogelijkheid om een recht op uitkering vast te stellen voor 52 weken voorafgaand aan de dag waarop de aanvraag om een arbeidsongeschiktheidsuitkering werd ingediend.
- UWV heeft de mogelijkheid om zelfstandigen publiek te verzekeren, ook al is er eerder een ontheffing verleend voor het betreffende kalenderjaar. Een dergelijke clausule biedt de mogelijkheid aan UWV om in gevallen waarin het onevenredig is om toegang tot de publieke toegang tot de verzekering te ontzeggen, wel deze zelfstandige te verzekeren. De regering denkt bijvoorbeeld aan de situatie dat een zelfstandige zijn ontheffing beëindigt, omdat zijn verzekeraar op is gehouden te bestaan en niet de opt-out heeft beëindigd bij UWV, waarbij de zelfstandige geen afdoende toegang heeft tot een andere private arbeidsongeschiktheidsovereenkomst. Zie ook paragraaf 10.6.2 van deze toelichting.

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

In paragraaf 15.2 is toegelicht waarom de vrijwillige verzekeringen bij UWV voor nieuwe instroom worden afgesloten.

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 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
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.[298] 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. Zeker voor de schenkkringen met een uitkeringsduur van twee jaar biedt dit voorstel ruimte om deze voort te zetten.

15.7.3 Aanvullende private verzekeringen
Met de verplichte verzekering zal de private verzekeringsmarkt veranderen. Enerzijds wordt met dit wetsvoorstel de mogelijkheid geboden om ontheven te worden van het van rechtswege publiek verzekerd zijn. 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. Ook onder de WAZ waren veel zelfstandigen aanvullend privaat verzekerd.

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 (aanvullings)verzekering zullen worden toegelaten. Daarvoor is het arbeidsongeschiktheidsrisico dat de private verzekeraar moet inprijzen te hoog. De Stichting van de Arbeid zag in 2020 voor deze groep zelfstandigen 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

[298] Betrekkelijk recent worden ook producten ontwikkeld met een langere uitkeringsduur.

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 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.[299] Met deze verkenning is een eerste start gemaakt in 2024, hiermee wordt een grondige basis gelegd om alternatieven verder te verkennen en uit te werken. Zo verkent het Verbond van Verzekeraars als één van de alternatieven de mogelijkheden voor een privaat vangnet voor een aanvullende verzekering op de publieke verzekering. Verder wordt bij de verkenning ook gekeken naar verbeteringen in de informatievoorziening richting consumenten en verzekeraars. Ook wordt in een continu proces gezocht naar verbeteringen in de beschikbaarheid van wetenschappelijke data over ziekten en aandoeningen in relatie tot uitval voor werk, met onder andere als doel om het acceptatieproces als er sprake is van specifieke aandoeningen te verbeteren.

15.8 Sekswerkers

De Tweede Kamer heeft in 2021 aandacht gevraagd voor de sociale en juridische positie van sekswerkers.[300] Op 10 november 2023 is daarom door de toenmalig Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid en de toenmalig Minister van SZW de Aanpak versterking sociale en juridische positie sekswerkers aan de Kamer verstuurd. De aanpak is tot stand gekomen in samenwerking met sekswerkers, belangenverenigingen, hulpverleners, en de Ministeries van SZW en Financiën en de Belastingdienst. In de aanpak zijn concrete oplossingen geformuleerd voor de versterking van de positie van sekswerkers aan de hand van vijf thema's: zakelijke dienstverlening, zorg, politie, gemeenten en communicatie en media. De aanpak is in februari 2026 afgerond. De betrokken partijen hebben daarbij een de intentieverklaring ondertekend. Zij geven aan om in nauw verband te blijven werken aan de positie van sekswerkers.

Het niet of moeilijk kunnen afsluiten van verzekeringen is in de aanpak als knelpunt genoemd door sekswerkers, exploitanten en belangenverenigingen van sekswerkers. Sinds januari 2024 is het voor sekswerkers mogelijk om zich bij minstens één reguliere verzekeraar aan te sluiten die drie zakelijke verzekeringen aanbiedt, namelijk een aansprakelijkheidsverzekering, een inventarisverzekering en een goederenverzekering. Voorheen was dit alleen mogelijk bij een verzekeraar die zich specifiek richt op klantgroepen die bij andere verzekeraars geen dekking kunnen verkrijgen.

Voor sekswerkers die als zelfstandig ondernemer arbeid verrichten, geldt dat zij in de toekomst effectief toegang krijgen tot de (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

[299] Zo mogelijk en indien wenselijk kan een alternatief worden uitgewerkt in de in paragraaf 15.10 genoemde invoeringswet.

[300] Kamerstukken II 202/21, 28638, nr. 194.

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. Op een later moment zijn nog aanvullende gesprekken met zelfstandigen gevoerd, waar het specifiek is gegaan over de “doenbaarheid” van het voorstel, zie ook paragraaf 15.5.2. .

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 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.

Deze toelichting is naar aanleiding van hetgeen uitgewisseld tijdens de bijeenkomst op een aantal punten verduidelijkt.

15.10 Invoeringswet

Voorliggend wetsvoorstel bevat alle hoofdelementen voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen. De regering kiest ervoor om de aansluiting van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen op andere (sociale zekerheids)wetgeving, voor enkele onderdelen te regelen in een aparte invoeringswet. Een dergelijke werkwijze is niet nieuw. Zo werd ook de Wet WIA vergezeld van een invoeringswet – de Wet invoering en financiering Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen – waarin onder andere de financiering en het overgangsrecht werd geregeld.[301] Zo nodig zal ook een aanpassingswet volgen, waarbij met name technische wijzigingen ten behoeve van dit wetsvoorstel zullen worden doorgevoerd.[302]

[301] Kamerstukken 30118.

[302] Vgl. de Aanpassingswet waarmee de Wet WIA werd vergezeld, Kamerstukken 30318.

Op dit moment verwacht de regering in de invoeringswet het volgende te regelen:

- De verhouding van deze verzekering tot het sociaal minimum. Er zijn zelfstandigen wiens uitkeringsgrondslag onder het wettelijk minimumloon ligt. Indien zij arbeidsongeschikt raken, kunnen zij daarmee onder het sociaal minimum komen. Ook in de wachttijd kan het huishoudinkomen van de zelfstandige onder het sociaal minimum komen. De bestaande regelgeving zorgt ervoor dat voor iedereen aanvulling op het inkomen tot het sociaal minimum mogelijk is. De huidige voorwaarden van deze regelingen kunnen voor specifiek de groep zieke en arbeidsongeschikte zelfstandigen als knellend worden ervaren. De regering is dan ook voornemens om daar waar nodig en mogelijk regelgeving aan te passen om eventuele knelpunten te verkleinen.[303]
- Enkele internationale aspecten die in paragraaf 16.1 worden toegelicht, zoals de in aanmerking te nemen tijdvakken en de taak- en bevoegdheidsverdeling tussen UWV en verzekeraars die wijziging vergen van bijlagen bij verordening 883/2004 en potentieel van nationale wet- en regelgeving.
- Samenloop van uitkeringen. In paragraaf 6.3 is toegelicht dat de samenloop tussen uitkering op grond van dit wetsvoorstel en die op grond van andere regelingen hoofdzakelijk zal worden geregeld via het inkomensbegrip en hetgeen daaronder in het Algemeen inkomensbesluit socialezekerheidswetten zal worden verstaan. Daarnaast zal worden geregeld dat bij algemene maatregel van bestuur nog regels kunnen worden gesteld ter voorkoming of beperking van samenloop van een uitkering op grond van dit wetsvoorstel met uitkering op grond van de sociale wetgeving van Aruba, Curaçao, Sint-Maarten, de sociale wetgeving van Nederland ten behoeve van de openbare lichamen Bonaire, Sint-Eustatius en Saba of van een andere Mogendheid. Er zijn echter samenloopsituaties die zich niet lenen voor een nadere uitwerking in een algemene maatregel van bestuur. Deze situaties zullen bij invoeringswet worden geregeld. Het gaat dan bijvoorbeeld om (het voorkomen van) samenloop tussen uitkeringen op grond van dit voorstel en de WAZ.
- Met dit wetsvoorstel worden meewerkend partners niet verplicht verzekerd. Daarmee is er spanning met 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. De regering is voornemens om op andere wijze dan via deze verplichte verzekering te voorzien in de sociale bescherming van deze groep.
- Met dit wetsvoorstel wordt de toegang tot de vrijwillige verzekering ZW voor IB-ondernemers afgesloten. Daarmee wordt feitelijk voorkomen dat deze ondernemers ook een vrijwillige verzekering WW kunnen afsluiten.[304] Met de invoeringswet kan worden bezien of deze koppeling heroverwogen moet worden.

16. Internationaalrechtelijke aspecten

16.1 De toepasselijkheid van Vo. 883/04 (inclusief bilaterale en multilaterale socialezekerheidsverdragen en de HSO)

Op dit wetsvoorstel is Verordening (EG) 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (de verordening) van toepassing. Deze verordening is ter bevordering van het vrije verkeer van burgers aangenomen. De verordening coördineert de sociale zekerheid in grensoverschrijdende situaties tussen landen binnen de EU, de EER (IJsland, Liechtenstein en Noorwegen) en Zwitserland (de lidstaten).

[303] Mogelijk kunnen bepaalde zaken niet in de invoeringswet worden geregeld, maar moeten die in lagere regelgeving worden geregeld. Dit kan bijvoorbeeld gelden als aansluiting op regels is vastgelegd bij onder een wet liggende lagere regelgeving.

[304] Artikel 55 WW.

De verordening geeft onder andere regels voor de vaststelling welke socialezekerheidswetgeving op een zelfstandige van toepassing is (bijvoorbeeld als een zelfstandige werkt in een andere lidstaat dan waar de zelfstandige woont) en over de exporteerbaarheid van uitkeringen naar andere lidstaten. Ook voorziet de verordening in een berekeningssysteem van uitkeringen voor werkenden die arbeidsongeschikt zijn geworden en verzekerde tijdvakken voor arbeidsongeschiktheid hebben opgebouwd in verschillende lidstaten. In veel gevallen ontvangt de arbeidsongeschikte een (deel)uitkering uit alle lidstaten waar betrokkene verzekerd is geweest. Uitkeringen die onder het toepassingsbereik van de verordening vallen worden verstrekt door de bevoegde organen van de lidstaten. Voor de met dit wetsvoorstel geregelde publieke verzekering geldt UWV als het bevoegde orgaan voor Nederland. De verordening is echter 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 van de publieke verzekering wordt aangevraagd en toegekend. Dat geldt ook voor zover de ontheffing onder overgangsrecht wordt toegekend. Voor de tijdvakken waarin de zelfstandige de verzekeringsplicht door middel van een opt-out heeft ingevuld, geldt daarom dat in beginsel de private verzekeraar het bevoegde orgaan in de zin van de verordening is.

Dit volgt uit het volgende. Om onder de verordening te vallen moet aan twee voorwaarden worden voldaan: er moet sprake zijn van toekenning op basis van een *wettelijk omschreven recht*. Daarnaast moet sprake zijn van een rechtstreeks verband met een van de door de verordening gedekte risico's, zoals invaliditeit.

- In artikel 1, onderdeel l, van de verordening, wordt uitgelegd wat wordt verstaan onder "wetgeving". Dit artikel moet volgens jurisprudentie van het Hof van Justitie (EU) ruim worden uitgelegd in het licht van het vrij verkeer van personen. Daardoor vallen, naast de publieke verzekering, ook de private verzekeringen op basis waarvan een opt-out uit de publieke verzekering plaatsvindt onder de werkingssfeer van de verordening. Doorslaggevend hierbij is dat de opt-out verzekering niet vormvrij is. In artikel 11 van dit wetsvoorstel is een aantal vereisten gesteld waaraan de opt-out verzekeringen moeten voldoen. De wettelijke vereisten raken de wezenskenmerken van de verzekering. Als gevolg hiervan kwalificeert dit wetsvoorstel in zijn geheel als een invaliditeitsregeling waarop de verordening van toepassing is.
- Dezelfde argumenten gaan op voor de private verzekeringen op grond waarvan onder het overgangsrecht van artikel 74 een ontheffing wordt verstrekt. Weliswaar geldt voor deze verzekeringen een lichter toetsingskader dan voor de opt-outverzekeringen op grond van artikel 11, maar ook hiervoor geldt dat de wettelijke eisen die worden gesteld de wezenskenmerken van de verzekering raken. De regering wenst te benadrukken dat voor de werking van de verordening alleen de tijdvakken van belang zijn die gelegen zijn na de inwerkingtreding van dit voorstel.

Op private aanvullingsproducten die uitsluitend een aanvulling bieden op de publieke verzekering, is de verordening niet van toepassing. Dat volgt al uit het gegeven dat dit wetsvoorstel geen verplichting bevat tot het afsluiten van een product dat alleen strekt tot het aanvullen van en meer dekking bieden dan de publieke verzekering. Daardoor is geen sprake van een wettelijk omschreven recht in de zin van de verordening.

Bilaterale socialezekerheidsverdragen
De publieke verzekering valt onder de materiele werkingssfeer van het merendeel van de bilaterale socialezekerheidsverdragen die Nederland met landen buiten de EU/EER en Zwitserland heeft gesloten. Het betreft namelijk wetgeving over een tak van sociale zekerheid die in deze verdragen wordt genoemd, te weten arbeidsongeschiktheid dan wel invaliditeit. Dit geldt ook voor de private opt-out verzekeringen, aangezien de wezenskenmerken waaraan deze verzekeringen moeten voldoen ook zijn verankerd in wetgeving. Daarnaast vallen zelfstandigen onder de personele werkingssfeer van een deel van deze

verdragen. Dit brengt met zich mee dat deze uitkeringen naar een deel van de verdragslanden geëxporteerd moet worden. Daarnaast voorzien een aantal verdragen in een pro rata berekeningssystematiek. Dit kan eveneens effect hebben op uitkeringen op grond van de publieke en private verzekeringen.

Multilaterale verdragen tussen de EU en landen buiten de EU
Sinds de jaren 60 van de vorige eeuw heeft de EU een groot aantal associatie- en samenwerkingsovereenkomsten gesloten met landen buiten de EU. Voorbeelden daarvan zijn de Associatieakkoorden met verschillende landen rondom de Middellandse Zee die de basis bieden voor een betere dialoog en voor liberalisering van het handelsverkeer tussen deze landen en de EU. In sommige van die verdragen zijn ook voorwaarden gesteld voor samenwerking op economisch, cultureel en sociaal gebied, waaronder sociale zekerheid. Deze afspraken hebben voor wat betreft de personele werkingssfeer enkel betrekking op werknemers en gelden daardoor niet voor zelfstandigen. De publieke en private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor zelfstandigen vallen daarom niet onder deze akkoorden.

De Handels- en samenwerkingsovereenkomst tussen de EU en het Verenigd Koninkrijk (HSO)
Een speciale positie neemt de HSO in. In de HSO is een Protocol betreffende de coördinatie van de sociale zekerheid opgenomen (SSC-protocol). Dit protocol coördineert de socialezekerheidsrechten van legaal verblijvende werknemers die niet (meer) onder het Terugtrekkingsakkoord vallen. Het SSC-protocol hanteert dezelfde definitie van wetgeving als Verordening 883/2004.[305] Voor de uitleg van het begrip wetgeving moet worden gekeken naar de gewone betekenis van het begrip in zijn "*context en in het licht van het voorwerp en het doel van de overeenkomst volgens de gebruikelijke regels voor de uitlegging van het internationaal publiekrecht* (...)".[306] Hoewel er met het Verenigd Koninkrijk geen vrij verkeer is, zijn er wel vergaande afspraken gemaakt over de coördinatie van de sociale zekerheid om de socialezekerheidsrechten van de personen die eronder vallen veilig te stellen. Aangezien is besloten om een gelijkluidende bepaling op te nemen met betrekking tot het begrip "wetgeving" gaat de regering ervanuit dat dit wetsvoorstel in zijn geheel onder de werking van de HSO valt.

Praktische toepassing regels verordening en wenselijkheid van aanvullende regelgeving
Hieronder wordt de praktische toepassing van enkele onderdelen van de verordening geschetst op dit wetsvoorstel. De verordening bevat bijlagen die de mogelijkheid bieden aan lidstaten om bijzonderheden van de nationale wetgeving te regelen.[307] De regering voorziet een wijziging van enkele van deze bijlagen, mede in verband met het gegeven dat zowel de publieke als de private opt-out verzekeringen onder de materiële werkingssfeer vallen. Wijziging van de bijlagen vergt instemming van de Europese Commissie. Voor zover (vervolgens) wijziging van nationale wetgeving noodzakelijk is, zal de regering daartoe in een invoeringswet de benodigde voorstellen doen.[308] Hieronder worden de belangrijkste wijzigingen in de bijlagen toegelicht, die de regering nu voor ogen heeft.

<u>Publieke uitkering voor laatst in het buitenland verzekerde zelfstandigen</u>
Zelfstandigen die verzekerd zijn in een andere lidstaat of daar recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op het moment dat zij arbeidsongeschikt worden en in het verleden ook in Nederland hebben gewerkt, maken aanspraak op een Nederlandse arbeidsongeschiktheidsuitkering. Zij hebben recht op een (deel)uitkering uit Nederland, naar rato van de in Nederland vervulde verzekeringstijdvakken ("pro rata uitkering"). Deze regeling wordt voorgeschreven door de verordening en is bedoeld om het vrij verkeer van personen te bevorderen. Het recht op een Nederlandse pro rata uitkering op grond van dit wetsvoorstel bestaat uitsluitend door toepassing van de verordening. Dit

[305] Artikel 1 (q) Protocol SSC.
[306] Artikel 4 HSO.
[307] De belangrijkste is bijlage XI.
[308] Zie paragraaf 15.10 van deze toelichting.

wetsvoorstel verleent immers geen wettelijke aanspraken aan zelfstandigen die niet (meer) in Nederland maar in een andere lidstaat verzekerd zijn.

Nu zowel de publieke verzekering als de opt out verzekeringen onder de verordening vallen zouden "*laatst buitenlands verzekerde zelfstandigen*" die eerder in Nederland verzekerd zijn geweest bij UWV én bij een of meerdere verzekeraars aanspraak kunnen maken op meerdere Nederlandse pro rata uitkeringen. UWV en deze verzekeraars zouden in dat geval allemaal een pro rata uitkering moeten verstrekken. Dit zou leiden tot versnippering van uitkeringsrechten van zelfstandigen. Daarnaast zouden UWV en verzekeraars te maken krijgen met een nog complexere uitvoering. De regering acht dit niet wenselijk en is van mening dat een "laatst buitenlands verzekerde zelfstandige" uitsluitend aanspraak moet kunnen maken op een Nederlandse publieke uitkering met UWV als bevoegd orgaan en waarbij verzekeringstijdvakken bij een private verzekeraar worden behandeld als publieke tijdvakken. Om dit te regelen wil de regering bijlage XI bij de verordening wijzigen. Indien nodig, kan de invoeringswet worden gebruikt om de financiële verevening tussen verzekeraars en UWV te regelen.

De situatie is anders bij "*laatst in Nederland verzekerde zelfstandigen*" die verzekerde tijdvakken hebben in een andere lidstaat. In dat geval dient de verzekerde de aanvraag voor een uitkering in bij UWV als hij of zij op het moment van het intreden van de arbeidsongeschiktheid publiek verzekerd was en bij de private verzekeraar als hij of zij een opt-outverzekering had. Voor deze categorie personen blijft de verzekeraar bevoegd de uitkering te berekenen en te verstrekken conform de door de verordening voorgeschreven toekennings- en berekeningssystematiek. In dit geval is de instantie waar de verzekerde verzekerd was op het moment van het intreden van de arbeidsongeschiktheid verantwoordelijk voor de uitkering vanuit Nederland.

<u>Duidelijkheid over aanspraak op een Wet WIA versus een uitkering op grond van dit wetsvoorstel</u>
Voor situaties waarin een "laatst buitenlands verzekerde" als werknemer en als zelfstandige heeft gewerkt wil de regering in bijlage XI van de verordening verduidelijken wanneer aanspraak bestaat op een pro rata uitkering op grond van de Wet WIA en wanneer op een pro rata uitkering op grond van dit wetsvoorstel. De regering overweegt om, net zoals in het verleden voor de WAZ is geregeld, aan te sluiten bij de hoedanigheid van de verzekerde (werknemer of zelfstandige) op het moment van het intreden van de arbeidsongeschiktheid.[309] Een belangrijke overweging hierbij is dat het beter uitvoerbaar is voor UWV dan een regeling waarbij zou worden aangesloten bij de hoedanigheid die de betrokkene had tijdens de in het verleden in Nederland doorgebrachte verzekeringstijdvakken.

<u>Verduidelijken welke tijdvakken worden meegenomen bij de pro rata uitkering</u>
In bijlage XI van de verordening zal ook worden verduidelijkt welke Nederlandse tijdvakken in aanmerking worden genomen bij de berekening van een Nederlandse pro rata uitkering op grond van dit voorstel. Het ligt voor de hand om, net zoals in het verleden voor de Wet WAZ is geregeld, tijdvakken die zijn vervuld onder dit voorstel (zowel publiek als privaat) én tijdvakken die zijn vervuld onder de WIA/WAO en – in voorkomend geval – de AAW te honoreren. Op deze wijze wordt voorkomen dat de zelfstandige met een hiaat wordt geconfronteerd.

<u>Duidelijkheid over A- of B-wetgeving</u>

[309] Voorbeeld: betrokkene heeft tien jaar in Nederland gewerkt als werknemer en was verzekerd voor de WIA. Vervolgens heeft hij tien jaar in Duitsland gewerkt als zelfstandige en was hij verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid. Onder Duitse verzekering wordt de betrokkene arbeidsongeschikt. Niet duidelijk is of deze persoon in Nederland een WIA moet aanvragen vanwege de in Nederland vervulde tijdvakken als werknemer of een uitkering op grond van dit voorstel omdat hij bij het intreden van de arbeidsongeschiktheid als zelfstandige werkte. In bijlage XI wil de regering regelen dat wordt uitgegaan van de hoedanigheid als werknemer of zelfstandige op het moment van intreden van de arbeidsongeschiktheid. Dat zou in dit voorbeeld dan leiden tot een uitkering op grond van dit wetsvoorstel.

De verordening kent voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen twee coördinatiesystemen: het systeem voor A-wetgevingen en het systeem voor B-wetgevingen. Voor regelingen die een *risicostelsel*[310] zijn, zoals het voorliggend voorstel, geldt dat een keuze moet worden gemaakt tussen een van beide systemen. De regering kiest ervoor dit voorstel als B-wetgeving te coördineren. Hierbij is het volgende overwogen.

Het systeem voor *B-wetgevingen* regelt dat iemand die in meerdere lidstaten verzekerd is geweest in beginsel in alle verzekeringslanden aanspraak kan maken op een pro rata uitkering. Dit principe geldt, tenzij de uitkering op basis van het nationale recht hoger is.
Het systeem van *A-wetgevingen* geldt alleen voor risicostelsels en houdt in dat een persoon die uitsluitend aan A-wetgevingen onderworpen is geweest, slechts recht op uitkering uit één lidstaat heeft. Dit is de lidstaat waar hij of zij verzekerd was op het moment van het intreden van de arbeidsongeschiktheid. Op het moment dat iemand echter verzekerd is onder een A-wetgeving én in het verleden aan een B-wetgeving onderworpen is geweest, dan moet alsnog de B-wetgevingssystematiek worden toegepast. Omdat de meeste lidstaten hun arbeidsongeschiktheidsuitkeringen via het B-systeem coördineren en omdat de Wet WIA ook via het B-systeem wordt gecoördineerd ligt het voor de hand om daarbij aan te sluiten.

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 EER.

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.[311] Aan geen van die voorwaarden voldoet dit wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel voorziet namelijk in een inkomensgerelateerde uitkering met een maximumgrondslag van 142,86% van het wettelijk 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 In het buitenland gevestigde verzekeraars

16.3.1 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. De kring van verzekeraars strekt zich eveneens uit tot buitenlandse verzekeraars met een zetel in een land dat deel uitmaakt van de EER. Voor zover deze verzekeraars een private verzekering in de zin van dit voorstel willen aanbieden, gelden separate vereisten. Deze vereisten worden hieronder uiteengezet.

16.3.2 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

[310] Bij een risicostelsel is de hoogte van de uitkering niet afhankelijk van de duur van de verzekering. In een risicostelsel heeft iemand recht op een uitkering als hij of zij verzekerd is op het moment dat hij of zij arbeidsongeschikt raakt (en aan de overige voorwaarden voldoet).
[311] Kamerstukken II 2010/11, 32878, nrs. 3 en 6.

verzekering hebben afgesloten bij een Nederlandse private verzekeraar, dienen verzekeringen die bij buitenlandse verzekeraars worden afgesloten en waarmee een opt-out is beoogd ook te voldoen aan het toetsingskader voor verzekeringen waarmee een opt-out mogelijk is. 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 voorgestelde verplichtingen worden in paragraaf 10.5 uiteengezet. Het aanvragen van de opt-out wordt in paragraaf 10.4 toegelicht.

16.3.3 Toezicht op buitenlandse verzekeraars

Zoals in paragraaf 11.6.4 is toegelicht, ligt het toezicht op buitenlandse verzekeraars bij de toezichthouder van de lidstaat van herkomst.

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 MoU.[312]

16.4 Caribisch Nederland

De regering streeft naar een (meer) gelijkwaardig voorzieningenniveau voor Caribisch Nederland. De regering spant zich via verschillende wegen in om het stelsel van Caribisch Nederland daartoe te moderniseren en te completeren. Concreet komt dit tot uitdrukking in een (prioritaire) wetgevingsagenda, waarvan de laatste update bij brief van 22 januari 2025 door de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties met de Tweede Kamer is gecommuniceerd.[313] Het invoeren van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen maakt geen onderdeel uit van die wetgevingsagenda. De huidige beleids- en wetgevingsagenda voor Caribisch Nederland laat op dit moment geen ruimte voor een nieuw voor Caribisch Nederland complexe materie als de onderhavige maatregel, gezien de impact die de thans voorziene maatregelen al op samenleving en uitvoering hebben. Zoals reeds opgemerkt in de memorie van toelichting bij de Wijzigingswet SZW-wetten BES 2024 is een stapsgewijze aanpak wenselijk.[314] Nieuw beleid voor Caribisch Nederland kan niet anders dan gedoseerd 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 tevens uitvoerbaar is.

[312] Een overzicht van de door de AFM getekende MoUs is te vinden op de website van de AFM.

[313] Kamerstukken II 2024/25, 36600 IV, nr. 41.

[314] Kamerstukken II 2023/24, 36557, nr. 3, p. 4.

16.5 VN-Verdrag Handicap

Dit wetsvoorstel draagt bij aan de doelstellingen 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 de samenleving bij arbeidsongeschiktheid. Zo kunnen ziek geworden zelfstandigen gebruik maken van re-integratieondersteuning en inzet van voorzieningen.[315] Daarnaast biedt deze verzekering voor een kleine groep zelfstandigen een grotere waarborg tot sociale bescherming dan mogelijk is gebleken in een volledig private verzekeringsmarkt.[316] Sommige zelfstandigen hebben immers te maken met medische uitsluitingen, waardoor zij voor een bepaald medisch risico dat zij persoonlijk lopen, niet verzekerd kunnen worden.[317] Dat is ingewikkeld, omdat het eigen medisch risico voor mensen (met een beperking) soms juist de reden is om verzekerd te willen zijn.

16.6 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.[318] 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.[319] 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 van de Grondwet. Voornoemde inbreuk wordt hieronder getoetst aan met name de Grondwet, het EVRM, de AVG en de Uitvoeringswet Algemene Verordening gegevensbescherming (UAVG).

16.6.1 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 toelichting. Hierin worden eveneens de wettelijke grondslagen genoemd op grond waarvan gegevensverwerkingen mogelijk worden

[315] Zie artikel 27, eerste lid, onderdelen e, f en i, VN-Verdrag Handicap.

[316] Vgl. Artikel 28, tweede lid, VN-Verdrag Handicap.

[317] Zie paragraaf 2.3.2 van deze toelichting.

[318] 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.

[319] 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, van de 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.

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 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 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.

16.6.2 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.[320]

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.[321] Dit wetsvoorstel regelt dat er gegevens over de gezondheid van zelfstandigen kunnen worden verwerkt door UWV, private verzekeraars, de Belastingdienst 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, het vaststellen van het recht op en de hoogte van een uitkering (zie met name paragraaf 13.2.1) en het vaststellen of er publieke premie moet worden geheven en geïnd. 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. De Belastingdienst verwerkt enkel gegevens over de eerste en laatste ziektedag van de zelfstandige, omdat de zelfstandige niet premieplichtig is over de periode dat diegene ziek is. Dit is in lijn met de UAVG.[322]

---

[320] De wettelijke grondslag voor het verwerken van gegevens door UWV is met name geregeld in de artikelen 33e tot en met 33g Wet SUWI. Voor de Belastingdienst zijn onder meer van belang artikel 33f, eerste lid, Wet SUWI, en artikelen 59a en 60 Wfsv.

[321] 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.

[322] Zie artikel 30, eerste lid en onder a, UAVG.

Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat op de verwerking van gezondheidsgegevens artikel 9 van de AVG van toepassing is. Gelet op het tweede lid, onderdeel h, en het derde lid van dat artikel, mogen persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid worden verwerkt door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die aan het beroepsgeheim is gebonden of door een andere persoon die eveneens tot geheimhouding is gehouden. Doorgaans zal dit de verzekeringsarts van UWV of de arts die aan het re-integratiebedrijf is verbonden dat in opdracht van UWV werkzaamheden verricht.

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.[323] Het BSN mag daarom worden verwerkt ten behoeve van de uitvoering van dit voorstel (zie hoofdstuk 13).[324]

In het voorstel zijn passende waarborgen opgenomen ter bescherming van persoonsgegevens en andere grondrechten van de zelfstandigen.[325] Gegevens over gezondheid mogen enkel worden verwerkt voor specifieke doeleinden, welke zijn vastgelegd in voorliggend 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. Met deze delegatiebepalingen kunnen alleen gegevens worden verwerkt die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van dit wetsvoorstel.

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.

16.7 Mededinging en vrij verkeer

16.7.1 Mededinging

Het verplicht stellen van een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen en de wijze waarop door UWV en de Belastingdienst uitvoering zal worden gegeven aan de publieke verzekering, is naar het oordeel van de regering niet in strijd met het mededingingsrecht. Het mededingingsrecht, waarmee onder andere wordt beoogd misbruik van een economische machtspositie te voorkomen, is van toepassing op ondernemingen.[326] Uit jurisprudentie van het Hof van Justitie van de EU (Hof) volgen criteria om te bepalen of sprake is van een onderneming. De regering verwacht op basis van deze criteria niet dat UWV en de Belastingdienst als onderneming moeten worden gezien. De activiteiten van UWV en de Belastingdienst in het kader van de publieke verzekering zijn namelijk niet-economisch. In dit kader is relevant dat met dit wetsvoorstel een sociale doelstelling wordt nagestreefd, namelijk het bieden van voldoende bescherming van zelfstandigen tegen inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid. Verder is de publieke uitvoering in dit wetsvoorstel naar zijn aard aan overheidstoezicht onderworpen, ziet het op een wettelijke taak van zuiver sociale aard die berust op het beginsel van solidariteit, en is er geen sprake is van een winstoogmerk. De uit te keren verstrekkingen in geval van arbeidsongeschiktheid zullen in zoverre op gelijke wijze worden vastgesteld en zijn niet afhankelijk van de betaalde premie.[327]

[323] Zie artikel 46, eerste lid, UAVG.

[324] Voor UWV, de Belastingdienst en private verzekeraars is deze bevoegdheid vastgelegd in artikel 10 van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer en het in dit wetsvoorstel voorgestelde artikel 54, derde lid, onderdeel o, Wet SUWI.

[325] Overweging 52 AVG en overweging 37 Richtlijn.

[326] Vgl. artikel 102 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

[327] Vgl. HvJEU 16 maart 2004, C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01, ECLI:EU:C:2004:150 en HvJEU 11 juni 2020, C-262/18 P en C-271/18 P, ECLI:EU:C:2020:450.

Het Hof interpreteert autonoom of er sprake is van een onderneming. Mocht het Hof tot het oordeel komen dat de publieke verzekering en de uitvoering daarvan (toch) als een onderneming moet worden beschouwd, voorziet de regering alsnog geen mededingingsrechtelijke bezwaren. Een eventuele inbreuk acht de regering bij voorbaat gerechtvaardigd. De speciale positie van de publieke verzekering (dat wil zeggen dat een zelfstandige in beginsel publiek verzekerd is en dat een stabiliteitsbijdrage verschuldigd is door zelfstandigen die niet publiek verzekerd zijn op grond van dit voorstel) is immers noodzakelijk om het sociale doel en het doel van solidariteit te bereiken. Daarnaast waarborgt deze speciale positie de financiële houdbaarheid en betaalbaarheid van de met dit wetsvoorstel geregelde arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen. Zonder een verplichte aansluiting bij een publiek fonds c.q. systeem van stabiliteitsbijdragen zou de publieke verzekering zich immers geconfronteerd kunnen zien met de overstap van verzekerden met een laag risicoprofiel naar private verzekeraars die tegen gelijke premie een ruimere dekking bieden.[328] Het groeiende aandeel van de “slechte risico’s” die het publieke fonds zou moeten verzekeren zou in dat geval uiteindelijk leiden tot een verhoging van de kosten van de publieke verzekering, zodat deze (mogelijk) niet langer in staat zou zijn een goede dekking aan te bieden tegen een aanvaardbare prijs.[329]

De regering wijst er tevens op dat in verschillende andere EU-landen sprake is van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering, waarbij veelal exclusieve rechten aan de publieke uitvoering zijn toegekend.[330]

De regering heeft tevens overwogen of het stellen van voorwaarden inzake de minimale premie en minimale dekking aan opt-outverzekeringen mogelijke mededingingsrechtelijke implicaties heeft. Deze voorwaarden betreffen het aanbod van de desbetreffende verzekeringen op de markt ten aanzien waarvan normaliter ondernemingen in onderlinge concurrentie kunnen treden. Daartoe dienen artikel 101 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) en artikel 4, derde lid, van het Verdrag betreffende de Europese Unie (VEU).
Alhoewel de regering constateert dat de mogelijkheden voor private verzekeraars om private verzekeringsproducten met (aspirant-)verzekerden af te sluiten in de praktijk kleiner zullen zijn vanwege de gestelde voorwaarden, ziet de regering deze voorwaarden uitsluitend als minimumvoorwaarden waarbij de verzekeraars nog ruimte hebben om verder op prijs en dekking te concurreren. Daarmee ziet de regering ook inzake het kartelverbod geen bezwaren.

Nu UWV bij de uitvoering van de publieke verzekering volgens de regering niet moet worden aangemerkt als onderneming, is daarmee ook geen sprake van staatssteun. Mocht UWV toch als onderneming moeten worden aangemerkt, dan overweegt de regering deze dienst aan te wijzen als dienst van algemeen economisch belang (DAEB) nu UWV hiermee een publiek belang dient. Een voorwaarde voor de financiering van een DAEB is een bepaalde vorm van marktfalen. In met name paragraaf 2.3 van deze toelichting wordt uiteengezet waarom onder andere risicoselectie in de weg staat van maatschappelijk gewenste resultaten, waardoor er dus in casu sprake is van marktfalen.

De regering wijst er tot slot op dat de verplichte stabiliteitsbijdrage van private verzekeraars aan UWV, ook niet indien UWV moet worden aangemerkt als onderneming, geen staatssteun oplevert. Deze bijdrage wordt immers niet met staatsmiddelen bekostigd.

---

[328] Of – als deze verzekering geen toetsingskader met minimumeisen zou bevatten – de overstap naar private verzekeraars die tegen lagere premie een gelijke of zelfs ruimere dekking bieden.
[329] Vgl. HvJEU 3 maart 2011, C-437/09, ECLi:EU:C:2011:112 en HvJEU 12 september 2000, C-180/98 tot en met C-184/98, ECLI:EU:C:2000:428.
[330] Volgens het Mutual Information System on Social Protection.

16.7.2 Vrij verkeer

Voor de goede orde merkt de regering verder nog op dat zij een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen om vergelijkbare redenen van algemeen belang evenmin in strijd acht met de regels rondom vrij verkeer binnen de EU. Daarbij geldt dat er geen sprake is van een ongerechtvaardigde belemmering van het aanbieden van diensten, waartoe de zogeheten Dienstenrichtlijn als waarborg geldt.[331] Sociale zekerheid valt namelijk buiten de reikwijdte van de Dienstenrichtlijn.[332]

De publieke verzekering die door UWV en de Belastingdienst wordt uitgevoerd is volgens de regering verder niet aan te merken als dienst in de zin van artikel 57 van het VWEU.[333] Dat is anders voor de private verzekeringen die wel als diensten zijn aan te merken. De eisen die aan buitenlandse private verzekeraars worden gesteld, zoals het voldoen aan het toetsingskader en het betalen van de stabiliteitsbijdrage, zijn weliswaar dezelfde als die aan Nederlandse private verzekeraars worden gesteld maar kunnen als zodanig een belemmering van het vrij verrichten van diensten vormen. Mocht worden geoordeeld dat sprake is van een belemmering voor het vrij verrichten van diensten van (buitenlandse) private verzekeraars, acht de regering dit bij voorbaat gerechtvaardigd. Het wetsvoorstel heeft namelijk een niet-discriminatoir karakter waarmee een sociale doelstelling wordt nagestreefd: het bieden van een adequate inkomensvoorziening in het geval van arbeidsongeschiktheid van zelfstandigen. De verplichte verzekering, met de eisen die daarbij worden gesteld aan private verzekeraars, is een geschikte manier om dit doel te bereiken. De regering wijst er ook op dat het noodzakelijk is om risicoselectie te beperken en te beprijzen om te komen tot een solidair en houdbaar stelsel.[334] Daarbij gaat het voorstel met de eisen die worden gesteld aan private verzekeraars niet verder dan nodig om te komen tot dat houdbare stelsel.

De invoering van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering vormt ook geen belemmering voor het vrij verrichten van diensten van zelfstandigen als zodanig. Mocht toch sprake zijn van een belemmering, dan acht de regering dit om dezelfde redenen genoemd in de vorige alinea bij voorbaat gerechtvaardigd.

Tevens en ten slotte merkt de regering op dat er geen ongerechtvaardigde belemmering is van het vrij verkeer van vestiging. In paragraaf 16.3 wordt ingegaan op de elders in de EER gevestigde verzekeraar.

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 2025 tenzij anders aangegeven. In de praktijk zullen deze bedragen jaarlijks worden aangepast aan de loon- en prijsontwikkeling.

---

[331] Richtlijn 2006/123/EG van het Europees Parlement en de Raad van 12 december 2006 betreffende diensten op de interne markt.

[332] Artikel 1, zesde lid, van de Dienstenrichtlijn.

[333] Vgl. HvJEU 22 mei 2003, C-355/00, ECLI:EU:C:2003:298.

[334] Vgl. paragrafen 2.3 en 10.1 tot en met 10.3; HvJEU 5 maart 2009, C-350/07, ECLI:EU:C:2009:127, r.o. 88-90.

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 9.2.

Uitkeringslasten

De uitkeringslasten zijn berekend als (a) structureel bestand * (b) gemiddelde uitkering per persoon - (c) het korten van inkomsten op de uitkering.

(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. Naar verwachting zal door de franchise circa 10% van de kring van verzekerden geen premie betalen voor de voorgestelde regeling omdat deze personen meer dan 142,86% van het wettelijk minimumloon als werknemer verdienen.

De instroomkansen zijn geraamd op basis van instroom in de Wet WIA, gecorrigeerd voor de andere vormgeving van deze verzekering (ander arbeidsongeschiktheidscriterium, lager maximum verzekerd inkomen) en andere kenmerken van de doelgroep (zelfstandigen zijn ten opzichte van werknemers gemiddeld genomen ouder).

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 SZW aanhoudt. Wel is de 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 76.000 mensen een uitkering op grond van dit wetsvoorstel 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 drie 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 wettelijk minimumloon gemaximeerde) inkomen, dit komt uit op circa € 19.500 op jaarbasis.

(c) Het korten van inkomsten op de uitkering

Inkomsten uit arbeid worden deels gekort op de uitkering, zie paragraaf 6.2.4. Voor de raming van de omvang van die korting 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 ten gevolge van het korten van inkomsten met de uitkering.

De geraamde structurele uitkeringslasten komen daarmee uit op ongeveer 76.000 * € 19.500 - € 30 miljoen = € 1.450 miljoen per jaar.

Uitvoeringskosten
Bij uitvoeringskosten zijn de kosten voor UWV, Belastingdienst, De Raad voor de Rechtspraak en voor de Raad van de Rechtsbijstand meegenomen. Hiervoor zijn de bedragen uit de uitvoeringstoetsen overgenomen. De totale uitvoeringskosten komen neer op circa € 0,1 miljard.

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 dit voorstel relevante aantal zelfstandigen wordt hiervoor circa € 65 miljoen aan uitgaven geraamd.

Uitgaven aan regeling Zelfstandig en Zwanger die onder de premie voor dit voorstel valt
Voor de raming van de structurele uitgaven aan ZEZ is uitgegaan van de meest recente raming van de ZEZ-uitgaven. Deze uitgaven zijn vervolgens opgehoogd naar rato met de verwachte ontwikkeling van het aantal geboorten tot aan 2060 (CBS-bevolkingsprognose december 2023). Alleen de uitgaven aan ZEZ-uitkeringen voor mensen die verzekerd zijn voor dit voorstel dienen in de premie te landen. Daartoe wordt het aandeel bepaald in het totale inkomen van zelfstandigen dat de kring van verzekerden voor dit voorstel heeft (leeftijden tot 45 jaar). Dit is iets minder dan 80%. Vermenigvuldiging van de totale geraamde ZEZ-uitgaven met die 80% levert ongeveer € 0,1 miljard aan ZEZ-uitgaven die gedekt moeten worden uit de premie voor dit voorstel.

De totale kosten komen hiermee uit op ruim € 1.700 miljoen. In onderstaande tabel zijn de totale uitgaven uitgesplitst naar uitkeringslasten, uitvoeringskosten, re-integratie en no-riskpolis en de kosten voor de ZEZ-regeling. Tevens wordt hun aandeel in de opbouw van de premie weergegeven.

Kostenpost (x 1 miljard)			
Uitkeringslasten	1,4	4,6%	
Uitvoeringskosten	0,1	0,3%	
Re-integratie en no-riskpolis	0,1	0,2%	
ZEZ	0,1	0,3%	
Totale uitgaven/premie	**1,7**	**5,4%**	

17.1.2 Berekening van het premiepercentage
De uitgaven voor voorliggend voorstel wordt gefinancierd door een lastendekkende premie en de te betalen stabiliteitsbijdrage door verzekeraars en publiek vrijwillige verzekerden onder het overgangsrecht. Dat wil zeggen dat er geen aanvullende rijksbijdragen nodig zijn om alle uitgaven voortvloeiend uit dit

wetsvoorstel te bekostigen. Verder worden ook de uitgaven aan de ZEZ-regeling onder de premie gebracht, zie voor meer toelichting paragraaf 17.7. UWV stelt – conform het in deze paragraaf en paragraaf 9.6.2 gestelde – 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 verwachte premiegrondslag van dat jaar, waarbij rekening wordt gehouden met de verwachte opbrengsten van de heffing van de stabiliteitsbijdrage.

In de eerste jaren zal de daadwerkelijke premie van de verzekering hoger liggen dan de lastendekkende premie. Dit als gevolg van de rentehobbelopslag. De rentehobbel is het verschil tussen de verwachte premie die benodigd is om de uitgaven van het komende jaar te kunnen dekken en de verwachte 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 de rentehobbelopslag, zie paragraaf 17.5 voor een nadere toelichting.

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 € 32 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 op basis van de huidige beste inzichten uit op ongeveer 5,4%.[335] Aan de hand van realisatiegegevens wordt de raming elk jaar herijkt en ook zo het benodigde premiepercentage, bestaande uit de lastendekkende premie en de rentehobbelopslag, van het aankomende jaar.

De maximale premie (voor zelfstandigen met een winst uit onderneming gelijk aan of hoger dan het maximaal verzekerd inkomen van 142,86% van het wettelijk minimumloon) komt bij een premiepercentage van 5,4% uit op ongeveer € 171 bruto per maand.[336] Bij een lagere winst wordt de te betalen premie per maand navenant minder. In paragraaf 9.6.3 van deze toelichting zijn verschillende voorbeelden opgenomen over de hoogte van de premie in relatie tot de winst uit onderneming.

Bereiken doelen wetsvoorstel
De regering acht dit voorstel doelmatig om een gelijker speelveld tussen werknemers en zelfstandigen te bewerkstelligen. Hoewel de verzekeringen in vormgeving (onder andere in hoogte van de grondslag voor de uitkering en het arbeidsongeschiktheidscriterium) verschilt met de verzekeringen voor werknemers (ZW en Wet WIA), kan de volgende vergelijking ter illustratie worden gemaakt: ten behoeve van werknemers betalen werkgevers een premie voor het arbeidsongeschiktheidsfonds en een premie Werkhervattingskas.[337] Voor zogeheten kleine werkgevers (tot 25 maal de loonsom) wordt een premie van 6,35% voor het arbeidsongeschiktheidsfonds geheven, en voor grote werkgevers 7,58%.[338] Voor de Werkhervattingskas geldt een gedifferentieerde premie, naar onder andere grootte van de werkgever. Het gemiddelde premiepercentage is 0,83%.[339] Het premiepercentage zegt in beperkte mate iets over de daadwerkelijk betaalde premie. Bij dit voorstel wordt het premiepercentage immers enkel geheven tot

[335] Het opgenomen verwachte premiepercentage van 5,4% is op basis van de huidige beste inzichten. Er zal continu – zowel voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel als daarna – monitoring plaatsvinden op de inschatting van de kosten, op basis van actuele gegevens over het aantal zelfstandigen, de leeftijds- en inkomensverdeling en de verwachte instroomkansen. Dit kan leiden tot aanpassing van het premiepercentage, om zo weer te komen tot een lastendekkende premie.

[336] Er is gerekend met het wettelijk minimumloon van 2025, zie ook paragraaf 17.3.

[337] Hierbij is geabstraheerd van eigenrisicodragerschap.

[338] Cijfers 2025. Deze premie wordt geheven over het maximum premieloon, dat in 2025 € 75.864 bedraagt.

[339] In 2025.

max 142,86% van het wettelijk minimumloon (ongeveer € 38.000), bij de Wet WIA is dit tot maximaal € 75.864.[340]

Hoewel de verzekeringen fors van elkaar verschillen, wordt een gelijker speelveld bereikt omdat de kostenverschillen minder groot worden door het introduceren van een verplichte verzekering.

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 circa € 145 miljoen per jaar. Vanwege het 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

Zoals in paragraaf 10.3 toegelicht zal er een stabiliteitsbijdrage worden geheven op de opt-out verzekeringen en de verzekeringen die onder het overgangsrecht vallen. Dit met het doel van risicoverevening, zodat de gevolgen van het hebben van een duale markt, dat zelfstandigen kunnen overstappen van publiek naar privaat en andersom, op de publieke premie wordt ondervangen. De betaalbaarheid van de publieke verzekering wordt hiermee gewaarborgd.

De Minister van WP stelt de hoogte van de stabiliteitsbijdrage per privaat verzekerde vast, inclusief het jaar of voor de jaren 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 geprorateerde stabiliteitsbijdrage. De stabiliteitsbijdrage betreft een percentage van de maximale premiegrondslag die voor de publieke verzekering geldt, zoals uiteengezet in paragraaf 9.4. Ter illustratie: als de stabiliteitsbijdrage op 0,8% wordt vastgesteld in een bepaald jaar en de maximale premiegrondslag in dat jaar is € 38.000, dan is de stabiliteitsbijdrage die verzekeraars per verzekerde moeten betalen afgerond € 25 per maand.

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.

[340] Dit is het maximum premieloon in 2025. In dit voorbeeld is geabstraheerd van voornemens opgenomen in het coalitieakkoord “Aan de slag”, zoals het verlagen van het maximum premieloon met 20%.

De aannames over de opt-out-kansen van zelfstandigen zijn onzeker. Het is van tevoren bijvoorbeeld niet precies in te schatten wat het effect is van de “standaardoptie”. Zelfstandigen zijn standaard publiek verzekerd en moeten zelf actie ondernemen voor een opt-out. Daardoor zal een deel van de zelfstandigen die op de private markt een aantrekkelijke verzekering zouden kunnen krijgen, toch publiek verzekerd blijven. Het model gaat ervan uit dat hoe lager iemands arbeidsongeschiktheidsrisico is, hoe hoger zijn opt-out kans is. Maar er zijn ook andere redenen om over te stappen naar de private markt, bijvoorbeeld omdat zelfstandigen niet publiek verzekerd willen zijn of – en dat is de primaire reden voor het bieden van een opt-out – omdat zelfstandigen behoefte hebben aan een ruimere, voor hen passendere verzekering dan de publieke basisverzekering. Deze effecten zijn van tevoren niet goed in te schatten.

Door het overgangsrecht zal op het moment van inwerkingtreding een relatief grote groep zelfstandigen een private verzekering hebben, dan wel een vrijwillige verzekering van UWV. Daardoor is er op het moment van inwerkingtreding een relatief grote groep die bijdraagt aan de stabiliteit van de publieke premie. Het gevolg is dat de benodigde stabiliteitsbijdrage op korte en middellange termijn naar verwachting beperkt kan blijven, volgens huidige inzichten circa € 25 – 35 per maand bij volledige risicoverevening tussen publiek en privaat verzekerden. Dit geeft de private markt de kans om te laten zien dat zij opt-outverzekeringen kan ontwikkelen die voor zelfstandigen meerwaarde bieden ten opzichte van de publieke verzekering, en daarmee een private markt te creëren met een aantrekkelijk aanbod aan producten. Afhankelijk van het succes van de private markt zal op lange termijn een duale markt ontstaan met meer of minder privaat verzekerde zelfstandigen.

Na inwerkingtreding van dit voorstel zal worden bekeken hoe de kostendekkende publieke premie en de private markt zich ontwikkelen en of en in welke mate de stabiliteitsbijdrage bijgesteld moet worden om de publieke premie stabiel te houden. Voor de eventuele bijstelling van de benodigde 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. Na inwerkingtreding van dit voorstel kan op basis van die informatie blijken dat de mate van risicoselectie hoger of lager uitvalt dan op moment van invoering van het wetsvoorstel werd verwacht. De stabiliteitsbijdrage zal dan voor toekomstige jaren worden bijgesteld naar het bedrag dat conform het beste voortschrijdende inzicht nodig is om de publieke premie stabiel te houden. Hierbij heeft de Minister van WP 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. Om dezelfde redenen kiest de regering ervoor om de stabiliteitsbijdrage in beginsel pas te herzien vijf jaar na de eerste instroom van uitkeringsgerechtigden, zodat deze gebaseerd kan worden op een voldoende solide beeld van de arbeidsongeschiktheidsrisico’s, het uitstapgedrag en de gevolgen daarvan voor de publieke premie. Dat betekent de facto, gelet op de wachttijd van 104 weken, dat de regering de eerste zeven jaren na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel de stabiliteitsbijdrage in beginsel vaststelt op het percentage van de maximale grondslag van de publieke verzekering wat volgens de beste ex ante inzichten nodig is om de beoogde risicoverevening te realiseren. Ter illustratie: als volgens de beste ex ante inzichten bij inwerkingtreding een stabiliteitsbijdrage van 0,8% benodigd is, zal de stabiliteitsbijdrage de eerste zeven jaar worden vastgesteld op 0,8%. Het absolute bedrag aan stabiliteitsbijdrage kan in die jaren wijzigen, indien de hoogte van de maximale premiegrondslag wijzigt.

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 10 hecht de regering er veel waarde aan dat er een duale markt kan ontstaan zodat zelfstandigen de keuze hebben tussen de publieke of een private verzekering. De omvang van de private markt op de lange termijn is erg afhankelijk van de mate waarin private verzekeraars erin slagen aantrekkelijke producten te ontwikkelen waarmee zij voorzien in een verzekeringsbehoefte onder zelfstandigen. Als private verzekeringen slechts in beperkte mate voorzien in een behoefte van

zelfstandigen, ontstaat op zeer lange termijn een beperkte private markt waarin naar verwachting slechts een beperkte groep zelfstandigen met het gunstigste risicoprofiel privaat verzekerd is. Volledige risicoverevening vergt in dat geval, volgens huidige inzichten, een aanzienlijke stabiliteitsbijdrage (circa € 90 - € 100 per maand) van de beperkte groep (circa 40.000) privaat verzekerde zelfstandigen. In dat scenario zal bij de toekomstige vaststelling van de hoogte van de stabiliteitsbijdrage een nieuwe afweging moeten worden gemaakt tussen het belang van enerzijds een stabiele duale markt met een realistische mogelijkheid voor zelfstandigen om te kiezen voor een opt-out, en anderzijds de financiële toegankelijkheid van de publieke verzekering voor zelfstandigen die niet kunnen of willen kiezen voor een private 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.[341] Ten behoeve van de voorgenomen evaluatie van onder andere de arbeidsmarkteffecten van dit wetsvoorstel zal een nulmeting worden uitgevoerd.[342]

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. Ook hangt het ervan af of de zelfstandige ook tegelijkertijd in loondienst werkt. Voor deze groep zijn de premiekosten van de voorgestelde regeling lager (of nihil) vanwege de franchise. Dat

[341] SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO economische onderzoek.

[342] Zie hoofdstuk 18.

beïnvloedt de mate waarin de arbeidsmarkteffecten voor deze groep optreden. 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.

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 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.[343] Het deel van deze groep dat desondanks geen werk in loondienst vindt, stroomt naar verwachting uit

[343] Zie ook het wetsvoorstel Wet verduidelijking beoordeling arbeidsrelaties en rechtsvermoeden.

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.[344] 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 twee 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 (een 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.

Verschuiving naar loondienst
Terwijl uit de loonsom van werknemers op dit moment al premies voor onder andere de Wet 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.[345]
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 een uur per week meer in loondienst te gaan werken door invoering van dit voorstel. Maar de verschuiving zal naar verwachting groter zijn, omdat dit

[344] SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO economische onderzoek.
[345] 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.

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.[346]

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 voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering, de (hogere) kosten die gepaard gaan met het oprichten en in stand houden van een vennootschap en het verschil in belastingdruk tussen het werken als IB-ondernemer en als DGA. Daarnaast zijn andere factoren van belang voor de keuze tussen het werken als IB-ondernemer of als DGA, zoals beperking van aansprakelijkheid en overdraagbaarheid van de onderneming.

Op basis van analyses die de Belastingdienst heeft uitgevoerd ten behoeve van de uitvoeringstoets bij dit wetsvoorstel, schat de regering in dat het om een relatief klein aantal zelfstandigen gaat dat als gevolg van dit wetsvoorstel een vennootschap opricht om zo de verplichte verzekering te vermijden. De Belastingdienst schat in dat het om ongeveer 15.800 zelfstandigen gaat.

Alleen met meerdere aannames is het mogelijk om inkomensniveaus aan te geven waarvoor de vennootschap fiscaal aantrekkelijk kan worden als gevolg van de invoering van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Onder de aannames die zijn gedaan in de uitvoeringstoets van de Belastingdienst, zorgt de premie van de arbeidsongeschiktheidsverzekering ervoor dat de belastbare winst waarop het aantrekkelijk wordt om vennootschap op te richten daalt van circa € 92.000 naar circa € 86.000 per jaar.[347] Daarmee zijn op hoofdlijnen drie groepen te onderscheiden wat betreft het effect van de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering:

Groep 1: IB-ondernemers met een belastbare winst tot circa € 86.000. Voor deze groep stijgt de belasting- en premiedruk door de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering relatief het meest. Maar de totale belasting- en premiedruk blijft lager dan die voor DGA's met dezelfde belastbare winst. Het ligt

[346] Zie paragraaf 4.3.

[347] Deze bedragen zijn gebaseerd op de belastingparameters vanaf 2027. Hierdoor wordt rekening gehouden met onder andere de stapsgewijze verlaging van de zelfstandigenaftrek.

daarom niet voor de hand dat zelfstandigen met dit inkomensniveau een vennootschap oprichten met de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering als belangrijkste reden.

Groep 2: IB-ondernemers met een belastbare winst boven de € 92.000. Voor deze groep zou het ook zonder invoering van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering al aantrekkelijker zijn om als DGA te werken. Toch hebben zij er niet voor gekozen om DGA te worden. De verwachting is dat slechts een klein deel van deze groep alsnog besluit om DGA te worden vanwege de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Groep 3: IB-ondernemers met een belastbare winst tussen de € 86.000 en € 92.000. Voor deze groep kan de premie voor de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering het financieel aantrekkelijker maken om als DGA te gaan werken. De verwachting is daarom dat de verschuiving van IB-ondernemers naar DGA's in deze groep het grootst zal zijn. De Belastingdienst houdt er rekening mee dat ongeveer een derde van deze groep DGA wordt. Dat anderen besluiten om als IB-ondernemer te blijven werken, kan verschillende redenen hebben:

- Voor een deel van deze groep zal de besparing door de lagere premie niet veel groter zijn dan het bedrag dat zij aan extra belastingen zullen moeten betalen. Van de 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.
- Een deel van de groep is al privaat verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid. Het oprichten van een vennootschap leidt dan op zichzelf niet tot een financieel voordeel.
- Doordat in de praktijk niet eenduidig is aan te geven vanaf welk momenten de vennootschap fiscaal aantrekkelijk wordt kan de (beperkte) kostenbesparing door het oprichten van een vennootschap snel omslaan in een kostenstijging. Deze onzekerheid kan met zich meebrengen dat zij een keuze voor een andere ondernemingsvorm achterwege laten.
- Zelfstandigen kiezen om uiteenlopende andere redenen 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).[348] 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 geen vrije keuze. 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 ROW aan te wijzen, er moet dan onder andere sprake zijn van 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.

[348] CPB (2017). *Fiscaliteit en de rechtsvorm van ondernemingen*. Policy brief 2017/12. Den Haag: Centraal Planbureau.

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.[349] 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. [350 & 351]

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 circa € 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 dit voorstel 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.[352] 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 diegene 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.

---

[349] Voor de benodigde tijd per handeling is uitgegaan van de tijdsbestedingstabel en uurtarieven voor burgers/bedrijven uit het Handboek Meting Regeldrukkosten.

[350] Het CBS heeft ook recentere gegevens, maar deze gegevens bevatten minder gegevens over het door zelfstandigen genoten inkomen c.q. is mogelijkerwijs beïnvloed door enig effect dat corona heeft gehad op het werken als ondernemer. Daarom is veelal vastgehouden aan cijfers over 2019.

[351] 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 en zonder personeel, tot een leeftijd van 65 jaar. In de praktijk zal de kring van verzekerden iets hoger uitvallen vanwege de AOW-gerechtigde 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.

[352] Er zijn volgens cijfers van het CBS in 2019 circa 200.000 zelfstandigen met een private arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Het bovenstaande geheel vergt van de zelfstandige die gebruik wenst te maken van de opt-out dat diegene 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 diegene, doorgaans bij ondertekening van de verzekeringsovereenkomst, aan de verzekeraar verklaren dat die 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 20% 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 26% van de populatie ongeveer 95.000 zelfstandigen over die gebruik zullen maken van de opt-out buiten het overgangsrecht.[353] Deze “opt-outkosten” worden op basis van voorgaande geschat op maximaal circa € 2,4 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- en inning

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. Naast een aanslag inkomensheffing en een aanslag Zvw, krijgt een zelfstandige na ommekomst van dit wetsvoorstel een aanslag voor dit voorstel. Die aanslag wordt in het proces van de inkomensheffing geïntegreerd. Hierdoor wordt bijvoorbeeld het verzoeken om een voorlopige aanslag voor de inkomensheffing, automatisch gezien als een verzoek tot een voorlopige aanslag. Daardoor wordt de regeldruk voor zelfstandigen tot een minimum beperkt. Denk daarbij aan het verzoeken om een voorlopige aanslag 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.[354]

De wachttijd

[353] 26% van 1,13 miljoen is circa 295.000. Als wordt uitgegaan van een maximale uitstroom via het overgangsrecht dan is er bij een totale “opt-out” van bijvoorbeeld 26% sprake van een uitstroom van ongeveer 95.000 zelfstandigen uit de publieke verzekering buiten het overgangsrecht (+ 200.000 die buiten de publieke verzekering blijven via het overgangsrecht).

[354] 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).

De zelfstandige kan pas aanspraak maken op een uitkering na een wachttijd van 104 weken. Op het moment dat de zelfstandige zijn eigen arbeid niet meer kan verrichten, vangt deze wachttijd aan. De zelfstandige wordt aangespoord om zich tijdig ziek te melden, zodat ook re-integratieondersteuning kan worden geboden. Ook is een tijdige ziekmelding van belang (ziekmelding binnen dertien weken na de feitelijke eerste ziektedag) om te voorkomen dat de wachttijd later ingaat dan die feitelijke eerste ziektedag (zie daarvoor ook paragraaf 5.3 van deze toelichting). De ziekmelding dient in ieder geval de datum van de eerste ziektedag te bevatten, die ook in het verleden kan 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. Hierbij geldt als grens dat UWV voor het vaststellen van de eerste dag van de wachttijd niet verder terug zal kijken dan dertien weken vóór de datum van de ziekmelding. De wachttijd zal dan ook niet eerder ingaan dan dertien weken vóór de datum van de ziekmelding. Dit voorkomt enerzijds dat de zelfstandige zich bij kortdurend verzuim al meteen genoodzaakt zal voelen zich ziek te melden terwijl anderzijds voorkomen wordt dat de bewijslast voor de zelfstandige, omdat anders meer dan dertien weken teruggekeken moet worden, te zwaar gaat wegen of te complex wordt.

Het is vanwege het karakter van dit voorstel 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. De regeldruk die komt kijken bij een ziekmelding zal naar inschatting overigens beperkt zijn. Voorbeeldscenario uitgaande van circa 16.000 tot 24.000 ziekmeldingen per jaar: bij (bijvoorbeeld) 24.000 ziekmeldingen zullen deze kosten worden geschat op jaarlijks circa € 200.000.
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, in dit voorbeeld, naar inschatting gepaard met een regeldruk van jaarlijks circa € 100.000.

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. 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 € 250.000 tot € 400.000.[355]

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

[355] 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 8.000 tot 12.000 aanvragen per jaar.

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 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 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.

Naast bovenstaande kent dit wetsvoorstel een franchise die als effect heeft dat de groep zelfstandigen die ook inkomen als werknemer genieten geen of een lagere premiegrondslag hebben voor dit wetsvoorstel, en parallel daaraan ook een lagere of uitkeringsgrondslag of een uitkeringsgrondslag van € 0 hebben.[356] Voor deze groep neemt dit met zich mee dat een deel van de uit dit wetsvoorstel voortvloeiende verplichtingen en administratieve lasten in mindere mate of niet zullen gelden. Een groot deel van de uit dit wetsvoorstel voortkomende administratieve lasten zal voor deze groep echter wel gelden omdat door de gevolgde fiscale systematiek vaak pas later duidelijk is wat het effect van de franchise is op de premie- en uitkeringsgrondslag voor dit wetsvoorstel en de overige, met de franchise, samenhangende verplichtingen. Alhoewel de verwachting is dat de franchise voor een beperkte groep zal leiden tot enige vermindering van administratieve lasten is er om voorgaande voor gekozen dit niet te verdisconteren in deze paragraaf.

Handelingen zelfstandigen	**lasten (x €)**
<u>Eenmalig:</u>	
- Kennisnemen van het wetsvoorstel (exclusief overgangsrecht)	5.000.000
- Kennisnemen van het overgangsrecht	
- Maken en uitvoeren van keuze gebruik te maken van het overgangsrecht	850.000 3.400.000
- Kosten ingroei opt-out	2.400.000
Totaal eenmalige kosten	**11.650.000**
<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	200.000
- Verstrekken aanvullende informatie i.v.m. vaststellen ingang wachttijd	100.000
- Ingeschatte bovengrens aanvraag uitkering en claimbeoordeling (einde wachttijd)	400.000
- Jaarlijkse kosten i.v.m. keuze om gebruik te maken van de opt-out	130.000
Totaal structurele kosten (op jaarbasis)	**4.930.000**

17.3.2 Gevolgen regeldruk verzekeraars

Deze maatregel schept voor zelfstandigen de mogelijkheid voor een ontheffing op grond van opt-out. Voorwaarde voor de stap is dat de zelfstandige een private verzekering afsluit die voldoet aan een aantal

[356] Zie paragrafen 5.6 en 6.1.5.

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.[357] 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.[358]

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.[359]

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 26% ongeveer 95.000 zelfstandigen over die gebruik zullen maken van de opt-out buiten het

[357] Deze inschatting is onder meer gemaakt met input van de relevante brancheverenigingen.

[358] 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).

[359] 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.

overgangsrecht.[360] Deze “opt-outkosten” worden geschat op ongeveer € 500.000 en kunnen gezien het “ingroei-component”, alhoewel gespreid over een langere periode, als eenmalig worden beschouwd.[361]

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 SZW (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.[362] Voor de uitvoering van de inning en afdracht van de stabiliteitsbijdrage van de gehele populatie buiten de publieke verzekering (overgangsrecht en opt-out) wordt uitgegaan uit van circa € 400.000 op jaarbasis. Deze kosten zullen bijvoorbeeld voortkomen uit persoonlijk contact dat nodig is omdat een geautomatiseerde

[360] 26% van 1,13 miljoen is circa 295.000. Gaan we uit van een maximale uitstroom via het overgangsrecht dan is er bij een totale “opt-out” van bijvoorbeeld 26% sprake van een uitstroom van ongeveer 95.000 zelfstandigen uit de publieke verzekering (+ 200.000 die buiten de publieke verzekering blijven via het overgangsrecht).

[361] 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).

[362] 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).

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 het wetsvoorstel (ingeschatte bovengrens) **- Overgangsrecht** **- Kosten ingroei opt-out**	860.000 260.000 + 260.000 = 520.000 500.000
Totaal eenmalige kosten	**1.880.000**
Structureel	
- Structurele kosten instroom/uitstroom opt-out (bovengrens) **- Jaarlijkse kosten inning en afdracht stabiliteitsbijdrage**	90.000 400.000
Totaal structurele kosten (op jaarbasis)	**490.000**

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 kaart gebracht.

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. [363] 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 in de 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. [364] 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 diens 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.

[363] SEO (2021). *Een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
[364] 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 5,4% met een maximumgrondslag van 142,86% van het wettelijk minimumloon. 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 bij wie er geen franchise wordt toegepast.[365] 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. Ter illustratie zijn er vier voorbeelden uitgewerkt, die alleenstaande zelfstandigen weergeven met verschillende inkomensniveaus.

	Wettelijk minimumloon	**Maximale premiegrondslag[366]**	**Modaal**	**1,5 keer modaal**
A. Bruto winst	28.756	38.037	46.000	69.000
B. Premie verzekering	1.553	2.054	2.054	2.054
C. Netto besteedbaar inkomen zonder verzekering	26.613	31.971	35.593	47.170
D. Netto besteedbaar inkomen met verzekering, zonder doorberekenen	25.509	31.172	34.809	46.124
E. Netto besteedbaar inkomen met verzekering, voor de helft doorberekend[367]	26.155	31.572	35.209	46.647
Netto inkomenseffect in euro's				
F. Bij niet doorbereken (D-/-C)	-1.104	-799	-783	-1.046
G. Bij doorberekenen voor de helft (E-/-C)	-457	-399	-384	-523
Netto inkomenseffect in %				
H. Bij niet doorbereken (F/C)	-4,1%	-2,5%	-2,2%	-2,2%
I. Bij doorberekenen voor de helft (G/C)	-1,7%	-1,2%	-1,1%	-1,1%

Het inkomenseffect is het grootst voor zelfstandigen met relatief lage inkomens, rond het wettelijk minimumloon. Als zij de premie geheel niet kunnen doorberekenen in hun tarieven, gaan zij er 4,1% op

[365] Het inkomen van deze zelfstandige valt volledig binnen box 1 van de inkomstenbelasting en de zelfstandige heeft recht op zelfstandigenaftrek. Er is gerekend met het wettelijk minimumloon en de belasting– en toeslagenstelsel 2025, waarbij rekening is gehouden met de verlaging van de zelfstandigenaftrek na 2025 naar 900 euro.
[366] Dit betreft de situatie dat het inkomen gelijk is aan de maximale premiegrondslag, namelijk 142,86% van het wettelijk minimumloon exclusief vakantiebijslag, zie hiervoor ook hoofdstuk 6.1.1.
[367] In het kader van de eenvoud is hiervoor gekeken naar het effect op het inkomen als de premie niet 5,4% is, maar 2,7%. In werkelijkheid zal het inkomenseffect bij het kunnen doorberekenen van de helft van de premie net iets anders uitpakken.

achteruit; bij 50% doorberekenen gaan zij er 1,7% 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 1,2% op achteruit als de zelfstandige de helft van de premiekosten zelf draagt.
Er zijn twee redenen waarom het inkomenseffect groter is voor zelfstandigen met lagere inkomens, zoals op of rond het wettelijk minimumloon. 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.[368] Dat komt doordat deze groep ook zonder premie al weinig tot geen inkomstenbelasting betaalt. Dat is minder het geval als het lukt om de helft van de premie door te berekenen in de premie, in dat geval zal het bruto-inkomen iets hoger liggen en hebben ze wel voordeel van het fiscale voordeel van aftrekbaarheid van de premie. Hierdoor is het relatieve verschil in inkomenseffecten voor de verschillende inkomensgroepen groter als het niet lukt om de premie door te berekenen in de tarieven ten opzichte als dat voor de helft lukt.

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 Rentehobbelopslag

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.

Voor de publieke arbeidsongeschiktheidsverzekeringen geldt het omslagstelsel. Dit houdt in dat de totale premies de totale uitkeringslasten, uitvoeringskosten en andere lasten 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. De financiering van private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen mag op grond van de Wft niet gebaseerd zijn op omslagfinanciering. 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.

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

[368] Net als voor alle andere fiscale aftrekposten in de inkomstenbelasting.

publieke premie voor de Wet WIA.[369] 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 de rentehobbelopslag. De regering stelt voor om ook voor deze verzekering de rentehobbel te mitigeren in de publieke premie via de rentehobbelopslag. 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 rentehobbelopslag 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 rentehobbelopslag vast te stellen die als opslag op de publieke premie geldt. Met deze, nog vast te stellen, berekeningswijze zal een nog nader te bepalen partij elk jaar de benodigde rentehobbelopslag berekenen. Deze rentehobbelopslag is, zoals uitgeschreven in 17.1.2, in de ingroeifase van de regeling 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 € 18 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 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. Zoals opgenomen in paragraaf 9.6.2 mag UWV niet op dit rentehobbelvermogen interen. UWV is alleen bevoegd om dit vermogen op te bouwen en in stand te houden, maar niet om daar uitgaven uit te doen. Het rentehobbelvermogen is bedoeld om lasten te kunnen dekken op het moment dat de lasten niet meer kunnen worden "omgeslagen", omdat er geen sprake meer is van premie-inkomsten, doordat de regeling is afgesloten voor nieuwe instroom.

17.6 Herstel- en Veerkrachtplan

De invoering van een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen is opgenomen in het Nederlandse 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 betaalverzoeken 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 die een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen instelt.
- Een Kamerbrief over de stand van zaken met betrekking tot de invoering van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen.

Alle mijlpalen en doelstellingen dienen op zijn laatst op 31 augustus 2026 te zijn behaald. Indien een mijlpaal of doelstelling niet voor de deadline wordt behaald leidt dit tot een korting op de ontvangen middelen voor Nederland van maximaal 600 miljoen euro per mijlpaal.

17.7 Overhevelen gelden ZEZ en introductie rijksbijdrage voor de WAZ

Op dit moment 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 is onderdeel van de Wazo en wordt de Zelfstandig en Zwanger-uitkering (ZEZ-uitkering) genoemd. Tegenover deze uitkering staat geen premieverplichting. Van het heffen van premie is bij de invoering van

[369] Kamerstukken II 2004/05, 30118, nr. 3, p. 24 e.v.

de ZEZ afgezien, omdat de uitvoeringskosten en administratieve lasten verbonden aan zo'n heffing in geen verhouding tot de te verstrekken uitkeringen zouden staan.[370] De uitgaven aan de ZEZ komen, net als de andere uitkeringen van de Wazo, ten laste van het Arbeidsongeschiktheidsfonds. Voor de uitgaven aan de ZEZ ontvangt dit fonds elk jaar een bijdrage vanuit het Rijk.

Na ommekomst van dit wetsvoorstel is er een verzekering waarvoor zelfstandigen premieplichting zijn. Het is daardoor nu wel mogelijk om IB-ondernemers op een eenvoudige en efficiënte manier mee te laten betalen aan de uitkeringen die zij vanuit de ZEZ ontvangen. De regering stelt daarom voor om IB-ondernemers bij te laten dragen aan de ZEZ-uitkeringen. Daarmee wordt bovendien (oneigenlijke) concurrentie op arbeidsvoorwaarden tegengegaan. Werkgevers betalen, via de Aof-premie, immers ook mee aan de zwangerschaps- en bevallingsuitkeringen van hun werknemers.[371]

Bovenstaande wordt bewerkstelligd door enerzijds premie voor deze regeling te heffen, waardoor de premie voor het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen met ongeveer 0,3 procentpunt wordt verhoogd. Zo zijn IB-ondernemers solidair met elkaar; IB-ondernemers met een lage winst of premiegrondslag betalen verhoudingsgewijs minder en in het meest vergaande geval geen opslag ten opzichte van zelfstandigen met een hoge premiegrondslag. Anderzijds stelt de regering voor de rijksbijdrage die thans nog aan het Arbeidsongeschiktheidsfonds toekomt te verplaatsen naar het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen en deze te verminderen met de begrote ZEZ-lasten voor IB-ondernemers. Voor overige zelfstandigen – DGA's, mensen die ROW verdienen, partners en beroepsbeoefenaren op arbeidsovereenkomst – blijft de rijksbijdrage voor de ZEZ-lasten daarmee via het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen in stand.

Zelfstandigen die zich privaat verzekeren kunnen ook een beroep doen op de ZEZ-uitkering tijdens en na de zwangerschap. Om de kosten zowel neer te leggen bij de publiek als privaat verzekerden kiest de regering ervoor om in de stabiliteitsbijdrage te werken met een opslag voor de ZEZ. Op deze manier betalen zowel publieke als private verzekerden mee voor de ZEZ en sluit dit ook aan bij de doelgroep van de regeling. Voor publiek verzekerden is de bijdrage aan de ZEZ variabel als onderdeel van de premie en voor privaat verzekerden is dit een vast bedrag, gelijk aan het gemiddelde bedrag dat verzekerden betalen. Dit omdat voor de stabiliteitsbijdrage is gekozen voor een vast bedrag en niet te differentiëren tussen privaat verzekerden, zie ook paragraaf 10.3 van deze toelichting.

Bij invoering van dit wetsvoorstel zullen de extra premie-inkomsten ZEZ worden verwerkt in het inkomstenkader conform de begrotingsregels.

Ook wordt voor de financiering van de uitkeringslasten en uitvoeringskosten voor de overgebleven populatie in de WAZ een rijksbijdrage in het leven geroepen. Deze komt ook ten goede van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Dit heeft geen gevolgen voor de premie van het Arbeidsongeschiktheidsfonds, waaruit de eerdere aan de WAZ gelieerde kosten werden gefinancierd.

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 opgenomen, waarbij tevens is verwezen naar de hoofdstukken waarin de onderdelen primair zijn behandeld.

Beleidskeuzes uitgelegd	

[370] Kamerstukken II 2007/08, 31366, nr. 3, p. 6.

[371] Artikel 115 Wfsv.

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 EU, zie hiervoor paragraaf 17.6. 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% van het wettelijk minimumloon, verzekerd, waarbij een wachttijd van 104 weken geldt voor de uitkeringsfase wordt bereikt. 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 SZW 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.

19. Ontvangen inbreng

19.1 Internetconsultatie

Een concept van dit voorstel is openbaar gemaakt ten behoeve van een (internet)consultatie van 11 juni 2024 tot 23 juli 2024. Er zijn 2.260 reacties ingezonden, waarvan 1.755 openbaar en 505 reacties niet openbaar. Een enkele reactie is leeg, dat wil zeggen dat geen daadwerkelijke tekst is opgenomen in het reactieformulier. Enkele reacties zijn door ogenschijnlijk dezelfde personen dubbel ingezonden.

De reacties zijn sterk verschillend van aard:

- het overgrote gedeelte van de reacties is van individuele personen en bedrijven. Een kleiner gedeelte is van landelijke (branche-)organisaties en belangenbehartigers.
- De reacties lopen uiteen tot een enkele zin inbreng, tot zeer uitgebreide commentaren met vragen over verschillende onderdelen van het ter consultatie gelegde wetsvoorstel, voorstellen tot aanpassingen of beschrijvingen van verwachte implicaties.
- Het grootste gedeelte van de reacties is kritisch, een kleiner gedeelte staat positief tegenover het wetsvoorstel.

Alle reacties zijn door de regering bezien en vervolgens gewogen. Waar een reactie heeft geleid tot aanpassing in de voorgaande hoofdstukken van deze toelichting of de wettekst, wordt dat hieronder aangegeven. Ook waar reacties niet hebben geleid tot aanpassing, worden deze reacties hieronder weergegeven. Daarbij is tevens zoveel mogelijk aangegeven waarom deze reacties niet hebben geleid tot aanpassing.

Om de omvang van deze paragraaf binnen redelijke proporties te houden en daarmee de leesbaarheid van deze toelichting, wordt niet op elke individuele reactie ingegaan. Dat laat onverlet dat de regering elke reactie waardeert.

Hieronder worden, zoveel mogelijk thematisch, op hoofdlijnen de reacties geschetst met vervolgens de overwegingen van de regering. Hierbij is ervoor gekozen om met regelmaat citaten te gebruiken, om zo een illustratie te geven van de gegeven reacties. Sommige reacties zouden potentieel in verschillende subparagrafen opgenomen worden; naar bevind van zaken zijn deze hieronder gecategoriseerd.[372]

19.1.1 Probleem, doelen en noodzaak van het voorstel worden niet (altijd) onderschreven

In een aantal reacties wordt aangegeven dat er onvoldoende duidelijkheid is welk probleem met dit wetsvoorstel wordt opgelost, of worden vraagtekens gezet bij de proportionaliteit.

Adequate inkomensbescherming

Ten opzichte van het doel om voor alle verzekerden adequate inkomensbescherming te bieden vinden niet alle zelfstandigen het nagestreefde doel proportioneel of doelmatig. Een zelfstandige: *kanon op mug! Alle zzp-ers verplicht verzekerd, terwijl slechts een kleine groep er behoefte aan heeft. Van de zelfstandigen die geen werknemer zijn, heeft maar 31% geen voorziening. Dus behoefte is veel minder dan 31%.* De Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA) geeft hierbij aan dat de invulling van het arbeidsongeschiktheidsbegrip in de weg staat van het daadwerkelijk realiseren van een adequate inkomensbescherming, wat des te meer klemt

[372] Zo zijn er reacties die oproepen om de wachttijd te verlengen naar 104 weken (wat in paragraaf 19.1.7 wordt behandeld), om zo de premie betaalbaar(der) te maken (wat in paragraaf 19.1.6 wordt behandeld) en om de ruimte voor schenkkringen te vergroten (paragraaf 19.1.8).

door het verplichtende karakter van het voorstel. De Nederlandse Melkveehouders Vakbond (NMV) sluit zich hierbij aan.

De regering acht het voorstel proportioneel, en ziet ook geen andere realistische mogelijkheden om de geconstateerde problemen geheel of gedeeltelijk teniet te doen. Hierbij is voor een betrekkelijk sobere dekking te kiezen. Deze dekking zorgt ervoor dat de inkomensterugval weliswaar maar gedeeltelijk wordt beperkt, maar draagt evenzeer bij aan de betaalbaarheid van de verzekering. Voor eventuele aanvullende bescherming is de zelfstandige aangewezen op andere voorzieningen.

Gelijker speelveld
Ten aanzien van het argument dat met het voorstel een gelijker speelveld wordt nagestreefd, wordt in verschillende reacties ingegaan: *In de consultatie met memorie van toelichting is nergens te lezen hoe groot de huidige instroom is van de groep zelfstandigen die arbeidsongeschikt raakt en daarna een beroep op de bijstand doet. Hierdoor is er geen goed beeld op de werkelijke omvang van "het probleem"*. De NMV geeft aan: *De bijstand voor ondernemers is geen gift, maar een lening. Van afwentelen op de samenleving door de agrarische sector is geen sprake. Het doel van het wetsvoorstel sluit niet aan bij de praktijk.*

Het klopt dat in deze toelichting geen aantallen ondernemers zijn genoemd die een beroep doen op de bijstand. Wel is een totaalbedrag van € 160 miljoen structureel genoemd in paragraaf 17.1.3 van deze toelichting, dat de regering verwacht te besparen doordat (gewezen) zelfstandigen geen beroep meer doen op bijstand.

De NMV wijst terecht op dat onderdelen binnen het zogeheten Besluit bijstandverlening zelfstandigen 2004 het karakter hebben van een lening, en geen gift. Evenzeer is er voor een startende ondernemer een periodieke uitkering mogelijk voor levensonderhoud op bijstandsniveau. Ook kan de gewezen ondernemer die arbeidsongeschikt is geworden een beroep moeten doen op de reguliere bijstand uit de Participatiewet.

Daarnaast wordt aangegeven: *Vergeet svp niet dat de ondernemer al belasting betaalt, en dus m.i. niet verweten kan worden terug te vallen op bijstand in geval van arbeidsongeschiktheid als er geen aanvullende regeling zou zijn.* En: *Ongelijk speelveld? T.o.v. werknemers alleen bij bepaalde beroepen. Concurrentie tussen zelfstandigen bestaat nu eenmaal, vrijwilligheid maakt het nog geen ongelijk speelveld.* Aanvullend wordt in enkele reacties ook verwezen naar de afbouw van de zelfstandigenaftrek en de MKB-winstvrijstelling, in combinatie met ook door zelfstandigen betalen van belastingen.

De NOvA vraagt zich af in hoeverre dit ongelijke speelveld tussen verzekerde en onverzekerde zelfstandigen opgeheven wordt door een maximale premie van € 195 per maand te heffen en of de hoogte van deze premie gaat leiden tot substantieel hogere uurtarieven van de nu nog onverzekerde zelfstandigen of tot minder zelfstandigen.

De Nederlandse Veiligheidsbranche pleit voor een verzekeringsplicht, maar stelt wel de vraag of de dekking die wordt voorgesteld het concurrentievoordeel tussen werkenden in loondienst en zelfstandigen zonder personeel opheft. Daarbij wordt gewezen op de cao Particuliere Beveiliging waarbij al vanaf dag 1 waarop iemand ziek wordt een loondoorbetalingsverplichting van 100% geldt. Introductie van een verzekeringsplicht zorgt daarom wel voor verkleining van het concurrentievoordeel van zelfstandigen zonder personeel maar in zeer geringe mate, zo wordt gesteld. Een ruimere dekking zou het wetsvoorstel volgens de Nederlandse Veiligheidsbranche wetsvoorstel dan ook verbeteren.

De regering is ervan doordrongen dat een grote groep van zelfstandigen (verschillende vormen van) belasting betaalt. Dat neemt niet weg dat voor zover het ziet op het terrein van ziekte en arbeidsongeschiktheid, dat (werkgevers van) werknemers wel bepaalde kosten hebben en zelfstandig

ondernemers niet. Dat wordt door dit voorstel gelijker getrokken. Daarbij geldt dat er nog steeds verschillen zijn in de dekking en daardoor de kosten van de verzekeringen voor werknemers en zelfstandigen. Dat is als gevolg van deze reactie nader kwantitatief geduid in paragraaf 17.1.2. De regering vindt het echter niet passend om een hogere dekking voor te schrijven zoals waartoe de Nederlandse Veiligheidsbranche oproept, omdat een lagere dekking passend is bij het (gedeeltelijk) bereiken van de doelen van dit voorstel, evenals passend is bij de doelgroep van zelfstandig ondernemers.

De verwachtingen rondom het al dan niet doorberekenen van de premie in het uurtarief van onverzekerde zelfstandigen en het arbeidsmarktaanbod van zelfstandigen, is toegelicht in paragraaf 17.2.

Een enkele keer wordt juist gewezen dat dit voorstel een minder gelijk speelveld als consequentie heeft. NMV geeft aan: *Ondernemers binnen EU buiten NL vallen niet onder de verplichting. Niet IB ondernemers in NL die privé veel minder ondernemingsrisico hebben vallen er niet onder de verplichting. … Het grootste ongelijk speelveld in de agrarische sector komt door handelsverdragen die er voor zorgen dat producten van buiten de EU op de Europese markt komen die niet hoeven de te voldoen aan eisen en regels die in Nederland / EU wel gelden. Dit wetsvoorstel zorgt voor ongelijk speelveld binnen NL en de EU en draagt er toe bij dat de prijzen voor consumenten verder stijgen.*

Deze opmerking lijkt te veronderstellen dat in andere binnen de EU geen verzekeringsplicht geldt voor zelfstandig ondernemers in de agrarische sector, waardoor de in Nederland werkzame agrariër meerkosten heeft ten opzichte van ondernemers buiten Nederland. Het klopt dat in sommige EU-landen inderdaad er geen verplichte verzekering voor zelfstandig ondernemers in de agrarische sector aan de orde is. Maar zeker niet in elke lidstaat. Zo kent Polen ook een verplichte verzekering voor zelfstandig ondernemende agrariërs (“farmers”).[373]

Schijnzelfstandigheid
In een aantal reacties wordt aangegeven dat het echte probleem dat moet worden opgelost, schijnzelfstandigheid is (“*Pak schijnzelfstandigheid aan en stop met vreemde verplichtingen voor echte zelfstandigen. Wij hebben die bescherming niet nodig, dat kunnen de echte zelfstandigen prima zelf*.”, en “*Het is zinvoller de schijnzelfstandigheid aan te pakken dan nu ineens eens een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering in te voeren voor alle Zzp-ers. Echte Zzp-ers zitten hierop niet te wachten.*”). De Koninklijke INretail, Koninklijke ANKO, Dibevo en Koninklijke Nederlandse Slagers geven aan dat de achtergrond van de regeling wankel en onjuist is, en dat de werkelijke reden achter het voorstel de toenemende schijnzelfstandigheid en het verkeerd gebruik van ondernemersregelingen is. Volgens de brancheorganisaties is het het verkeerde pad om zelfstandigen verplicht te verzekeren, maar zou juist schijnzelfstandigheid moeten worden aangepakt.

Tegenover dit geluid staat de reactie van het Register Belastingadviseurs. Bij de aanpak van schijnzelfstandigheid zou de eerste zorg uit moeten gaan naar de oorzaken daarvan, de tweede naar het opheffen van kwalijke gevolgen en pas op de derde plaats handhaving. In die zin vindt het register het wetsvoorstel zeer welkom, nu deze zowel op de eerste als de tweede zorg aangrijpt.

In een aantal reacties wordt ook de verbinding gelegd met de (handhaving van de) Wet deregulering arbeidsrelaties en de Wet verduidelijking beoordeling arbeidsrelaties en rechtsvermoeden (“*Ik vind dat de overheid hun best moeten doen om de een wettelijk definitie te maken/bedenken waarin de echte ondernemers worden gescheiden van de schijn-ondernemers. Dat dit lastig is blijkt wel uit de halfbakken pogingen uit het verleden (wet DBA), waar totaal geen handhaving of iets dergelijks plaats vindt.*”). Ook ONL voor Ondernemers geeft aan dat invoering van dit stelsel voor een te benauwende situatie voor (zelfstandig) ondernemers, waardoor veel ondernemers zich ongewild moeten committeren aan het publieke stelsel, wat niet of

[373] Volgens het Mutual Information System on Social Protection.

onvoldoende op hen van toepassing is. Volgens ONL is het van belang om eerst duidelijk te krijgen wat een zelfstandig ondernemer is, waarbij er wordt getoetst aan heldere ondernemerscriteria zoals een inschrijving bij de Kamer van Koophandel, aantal opdrachtgevers, winstverwachting en het aangaan van ondernemersrisico's ten aanzien van omzet en aansprakelijkheid. ONL verwijst hierbij naar de het wetsvoorstel VBAR. Door middel van deze wetgeving moet duidelijk worden wie écht (zelfstandig) ondernemer is en waar er sprake is van een arbeidsrechtelijk dienstverband. Pas als hier duidelijkheid over is kunnen bijkomende middelen en diensten worden opgetuigd, zoals een arbeidsongeschiktheidsverzekering.

De regering is van oordeel dat er sprake moet zijn van én de aanpak van schijnzelfstandigheid, en het verkleinen van kostenverschillen tussen zelfstandigen onderling, en tussen zelfstandigen en werknemers. Zo is duidelijker wie ondernemer is en wie niet, maar wordt ook de prikkel verkleint om alleen op grond van kostenvoordelen als zelfstandig ondernemer arbeid te verrichten.

In een aantal reacties wordt de conclusie getrokken dat dit voorstel nimmer het beoogde doel zal bereiken, en (mede) daarom niet of niet nu moet worden ingevoerd. Zo geeft de Koninklijke INretail, Koninklijke ANKO, Dibevo en Koninklijke Nederlandse Slagers aan: *Gezien de zwaarwegende bedenkingen ten aanzien van de verstrekkende reikwijdte van deze regeling voor IB-ondernemers met personeel, die vooralsnog niet kan worden opgelost, en de grote afhankelijkheid van UWV om de regeling überhaupt ten uitvoer te brengen is het de grote vraag of dit wetsvoorstel niet te voorbarig tot stand wordt gebracht. Het voorliggende wetsvoorstel zal in haar huidige vorm ons inziens nimmer het beoogde doel bereiken. Sterker, het zal een averechts effect hebben op een substantiële groep IB-ondernemers die bewezen hun maatschappelijk bijdragen leveren.*

De regering acht het wetsvoorstel een proportionele en doelmatige wijze om de gestelde doelen van een adequate inkomensbescherming en een gelijker speelveld na te streven, zoals ook toegelicht in hoofdstuk 3 van deze toelichting. De regering verwacht dat het wetsvoorstel geen fors averechts effect heeft op een substantiële groep ondernemers.

Doeltreffendheid van het voorstel
In de reacties wordt veelvuldig aangegeven dat het wetsvoorstel niet het juiste vehikel is om de gestelde doelen te bereiken. Zo stelt de Nederlandse Vereniging van Journalisten: *De NVJ kan begrip opbrengen voor de wens van de overheid om een vangnet te realiseren voor freelancers en zo de maatschappelijke gevolgen van (inkomensverlies bij) arbeidsongeschiktheid op te vangen. Alleen is het wetsvoorstel BAZ - dat een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering invoert - voor het merendeel van de freelancers in de journalistiek niet het instrument om het gestelde doel te realiseren.* Ook de Vereniging voor Beroepschartervaart, de Creatieve Coalitie en Zelfstandigen Bouw geven aan in meer of mindere mate begrip te hebben voor een verplichting, en om vervolgens aandachtspunten en verzoeken te doen om wijziging van het voorstel.

Vereniging ZZP Nederland geeft, na lezing van de toelichting, aan dat het voorstel niet het instrument is wat de gestelde doelen gaat bereiken. De vereniging signaleert dat veel zelfstandigen nog zullen gaan proberen van het overgangsrecht gebruik te maken, met premiestijging ten gevolg. Daarnaast bevordert het wetsvoorstel een tweedeling tussen lichte en zwaardere beroepen, jonge en oudere zelfstandigen, en tevens een tweedeling in inkomen (doordat de verzekeringsplicht kan worden ontlopen door in een besloten vennootschap te ondernemen). De vereniging komt tot de conclusie dat dit voorstel niet moet worden ingevoerd.

De regering is – anders dan Vereniging ZZP Nederland – ervan overtuigd dat het wetsvoorstel juist ervoor zorgt dat er meer solidariteit ontstaat tussen groepen zelfstandigen: zo wordt het publieke premiepercentage voor zelfstandig ondernemers die in een zwaar beroep werken op hetzelfde percentage

vastgesteld als zelfstandigen die in een licht beroep werken. Dat draagt bij aan solidariteit, en het betaalbaar maken van de verzekering voor alle zelfstandig ondernemers.

Hoewel de Nederlands Ondernemersvereniging voor Afbouwbedrijven (NOA) in beginsel positief tegenover het wetsvoorstel staat, vindt de NOA de vraag gerechtvaardigd of betrokkenen met het voorstel daadwerkelijk worden geholpen. De NOA ziet het wetsvoorstel graag vergezeld van concrete monitor- en evaluatieafspraken.

De regering deelt de opvatting dat dit wetsvoorstel gepaard moet gaan met afspraken over monitoring en evaluatie. Dit wordt nader toegelicht in hoofdstuk 18 van deze toelichting.

19.1.2 Reacties over het verplichte karakter van de verzekering

Een van de meest terugkomende onderwerpen in de reacties binnen de internetconsultatie ziet op het verplichtende karakter van de verzekering, welke volgens de reacties niet passend is bij het zelfstandig ondernemerschap. Veel zelfstandigen die gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid te reageren zijn dan ook tegen een verplichte verzekering. Zij vinden dat het al dan niet verzekeren hoort bij de keuzevrijheid die een ondernemer toekomt. Een verplichting hoort daarom dus niet van overheidswege te worden opgelegd. Zo geeft een zelfstandige aan: *Ik ben teleurgesteld dat de wet een verplichte verzekering tegen arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen wil invoeren. Deze verplichting staat haaks op de kern van zelfstandigheid: de vrijheid om keuzes te maken over je eigen inkomen en toekomst.* En een andere reactie: *Ondernemen is risico nemen. Vertrouw ondernemers om zelf de afweging tot verzekeren te maken*. In veel reactie geven zelfstandigen aan autonomie en keuzevrijheid hoog in het vaandel te hebben staan, en dat er ook afdoende andere mogelijkheden zijn om gebruik van te maken, zoals een schenkkring. Ook wordt dikwijls aangegeven het wel of niet afdekken van het risico van arbeidsongeschiktheid een ondernemersrisico te laten.

Uit een gedeelte van de reacties blijkt dat er begrip bestaat voor de noodzaak om van overheidswege in te grijpen. Zo geeft een ondernemer aan: *… maar als je kijkt hoeveel ondernemers zich in Coronatijd niet konden redden … denk ik ook dat er hier wat moet gebeuren*. En: *Ik vind het, als zzp-er zijnde, een heel begrijpelijke en goede zaak dat zzp-ers verplicht hun eventuele arbeidsongeschiktheid moeten gaan regelen*. Een andere ondernemer schrijft: *Ik ken té veel collega's die hun zaakjes niet geregeld hebben.* Een deel geeft ook aan dat de een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering zonder medische uitsluitingsgronden erg welkom is: "*Op dit moment worden wij over het algemeen geweerd door private verzekeraars en als er toch een verzekering aanbiedt, dan worden wij al ver voor de aow leeftijd als onverzekerbaar verklaard. Voor ons zou dit een uitkomst zonder uitsluitingen zijn evenals voor ander (zware) fysieke beroepen.*".

De regering ziet met het vorenstaande dat verschillende zelfstandigen anders kijken tegen een verzekeringsplicht. De regering sluit zich aan bij de tweede reacties, en de daar genoemde argumenten en redenen.
De regering erkent dat onderdeel van het ondernemerschap is dat zelfstandigen zelf risico's aangaan, die voor hun eigen rekening komen. De regering acht het echter aangewezen om – ten behoeve van adequate inkomensbescherming en om een gelijker speelveld te bereiken – een verplichte verzekering te introduceren. Juist vanwege de autonomie van zelfstandigen, heeft de regering ervoor gekozen om de dekking, en daarmee de kosten, tot een minimum te beperken.

Naast de dikwijls aangekaarte behoefte aan keuzevrijheid wat betreft het wel of niet zelf verzekerd zijn voor arbeidsongeschiktheid speelt in een deel van de reacties ook het "solidariteitselement" een rol. In meerdere reacties wordt aangegeven dat er geen wens is mee te betalen aan de eventueel hogere risico's van uitval van andere ondernemers of binnen andere sectoren.

Het klopt dat dit wetsvoorstel met een solidariteitselement komt. Er zijn zelfstandigen die bijvoorbeeld op de huidige private markt geen verzekering kunnen afsluiten, omdat het risico op uitval dermate groot is.

Als zij wel een private verzekering zouden afsluiten, zou dat alleen tegen zeer hoge kosten kunnen. Om de verplichte verzekering ook voor deze groep betaalbaar te houden, is het noodzakelijk dat de verhoudingsgewijs gezondere zelfstandigen meer bijdragen dan verhoudingsgewijs bij hun arbeidsongeschiktheidsrisico past. De regering acht dit passend.

19.1.3 Reacties over alternatieven op de verzekeringsplicht

In een aantal reacties wordt aangegeven dat zelfstandigen op een andere wijze beschermd moeten worden tegen het risico op inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid.

In een aantal reacties wordt aangegeven dat er verplichtingen aan zelfstandigen kunnen worden opgelegd om daarmee bescherming te bieden tegen het risico op inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid. Maar zelfstandigen zouden verder vrij moeten zijn hoe deze bescherming kan worden ingevuld.[374] Zo geeft een ondernemer aan: *Maak verplicht dat je iets regelt, laat de keuze hoe je dat doet (a, b, c of d) aan mensen zelf*.

De regering begrijpt de oproep, maar ziet geen realistische en uitvoerbare alternatieven om de doelen van adequate inkomensbescherming en een gelijker speelveld te bereiken. Bij een verplichting zal moeten kunnen worden getoetst of de gemaakte keuze toereikend is om het risico op verlies van inkomen door arbeidsongeschiktheid tot de AOW-gerechtigde leeftijd op te vangen. Voor zover dat mogelijk is zonder verzekeringsplicht, zal dat praktisch onuitvoerbaar dan wel onwenselijk zijn.

De Vereniging van publieke ondernemersadviesorganisaties werpt de vraag op welk probleem met dit voorstel wordt opgelost voor zelfstandigen voor wie de premie te duur is. De vereniging geeft in overweging, vanuit de gedachte dat een ondernemer zelfstandig kiest voor het ondernemerschap, dat ook gedacht zou kunnen worden aan het verplicht inleveren van een arbeidsongeschiktheidsplan als verplicht onderdeel van een inschrijving bij de Kamer van Koophandel. Of als verplicht onderdeel bij een financieringsaanvraag. Dan laat de ondernemer zien dat diegene erover heeft nagedacht en een bewuste keus heeft gemaakt.

De regering is het met de Vereniging van publieke ondernemersadviesorganisaties eens dat het vergroten van bewustzijn rondom het risico op arbeidsongeschiktheid wenselijk is. De regering vindt het echter geen volwaardig alternatief om af te zien van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het vergroten van het bewustzijn heeft immers niet het effect dat zelfstandigen zelf kunnen voorzien in inkomen, indien het arbeidsongeschiktheidsrisico zich verwezenlijkt.

Daarnaast worden een aantal concrete suggesties gedaan voor een alternatieve vormgeving om zelfstandigen te beschermen tegen het risico op inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid. Ten eerste wordt aangegeven dat het logischer lijkt om een stelsel voor alle werkenden na te streven (“*Waarom een aparte regeling voor een deel van de bevolking? Het sociale vangnet is al complex genoeg. Verzin liever één regeling die geldt voor iedereen (zelfstandigen, uitzendkrachten en werknemers) en die niet behept is met de tekortkomingen van de WIA.*”). Ook de Creatieve Coalitie geeft aan dat, na raadpleging van de achterban, de meerderheid een voorkeur heeft voor een stelsel waarbij er één verzekeringsvoorziening is voor alle werkenden.

Als tweede optie wordt aangegeven dat een verzekering voor iedereen meer in de rede ligt (“*Deze oplossingsrichting is niet OK. Ga voor een systeem waarbij iedereen – á la een volksverzekering – is verzekerd voor gevolgen van arbeidsongeschiktheid (AOV).*”).

De genoemde twee alternatieven acht de regering niet wenselijk, zoals uiteengezet in paragrafen 3.5.2 en 3.5.3.

[374] Zie ook paragraaf 19.1.19.

Ten derde geven enkele zelfstandigen aan dat in plaats van de verplichte verzekering de voorwaarden voor de vrijwillige verzekering bij UWV moeten worden versoepeld ("*Stel de vrijwillige verzekering die er is open ook na 13 weken einde loondienst*").

De regering acht dit geen wenselijk alternatief voor zelfstandig ondernemers die voor eigen rekening en risico een onderneming drijven. Dat komt door de volgende redenen:

- ook indien de genoemde termijn van dertien weken verdwijnt of langer wordt, betekent dat deze vrijwillige verzekering alleen toegankelijk is voor zelfstandigen die een verleden hebben als werknemer.
- Deze verzekering is vrijwillig, waardoor niet de verwachting is dat het overgrote gedeelte van de zelfstandigen een dergelijke verzekering gaan afsluiten.
- Deze verzekering is op dit moment niet lastendekkend. Dat komt doordat deze verzekering vooral aantrekkelijk is voor zelfstandigen met een hoog arbeidsongeschiktheidsrisico, die niet of alleen met beperkingen of een zeer hoge premie een private verzekering kunnen afsluiten. Daarom is de premie gemaximeerd. Het tekort wordt gedragen vanuit het Arbeidsongeschiktheidsfonds. Dat betekent dat – indien de vrijwillige verzekering toegankelijker wordt – de werkgevers en werknemers meer moeten gaan bijdragen voor zelfstandig ondernemers. Een dergelijke kruissubsidie heeft de regering niet voor ogen.

Ten vierde wordt gesuggereerd de uitkering op grond van dit voorstel gelijk te trekken met de bijstand, waarbij geen vermogenstoets wordt gehanteerd. Vervolgens zouden dan de gemeenten verantwoordelijk worden voor de uitvoering.

De regering acht dit niet gewenst. Gemeenten hebben minder zicht op wie tot de kring van verzekerden dient te behoren, en geen ervaring met grootschalige premieheffing of claimbeoordelingen.

19.1.4 Gewenste uitzonderingen op de verzekeringsplicht

Los van de hierboven beschreven kritiek dat er geen *algemene* verplichting moet worden opgelegd, maar zelfstandigen zelf keuzes moeten kunnen maken, zijn er verschillende oproepen om voor een *specifieke* groep van zelfstandigen een uitzondering op de verzekeringsverplichting op te nemen. Deze worden hieronder behandeld.

In sommige reacties wordt opgeroepen tot een opt-out voor een specifieke groep, waarbij lijkt te zijn bedoeld dat deze groep in het geheel niet onder de verzekeringsplicht behoort te vallen. Deze reacties worden daarom in deze paragraaf behandeld.

1) Zelfstandigen met personeel

Onder andere de Koninklijke Horeca Nederland (KHN) roept op om de kring van verzekerden te beperken tot zelfstandigen zonder personeel. KHN wijst er op dat het verplicht verzekeren van zelfstandigen met personeel niet in lijn is met het advies "Keuze voor zekerheid" van de Stichting van de Arbeid en het SER MLT. Daarnaast wijst KHN er op dat de doelstellingen van het wetsvoorstel niet in gelijke mate opgaat voor zelfstandigen met personeel, zeker waar het gaat om het bereiken van een gelijker speelveld tussen werknemers en zelfstandigen. KHN vindt de in dit voorstel opgenomen motivering, waarbij is aangegeven dat een uitzondering voor zelfstandigen met personeel uitvoeringstechnisch ingewikkeld is, geen valide argument.

Ook de Koninklijke Inretail, Koninklijke ANKO, Dibevo en Koninklijke Nederlandse Slagers doen de oproep: *… om de regeling louter te laten gelden voor degenen voor wie de regeling is bedoeld: zelfstandigen zonder personeel. Deze doelgroep kan worden afgebakend door de generieke uitsluiting van alle zelfstandigen in de retail. Zij leveren, uitgezonderd de ambachten zoals de kappers, géén diensten, maar zijn actief in de handel van goederen. Dit kan nader onderbouwd worden door alle zelfstandigen die een pand bezitten of huren, hetgeen*

niet gelijktijdig een woonhuis is, uit te sluiten van deze regeling. Het criterium van het bezitten of huren van een pand, anders dan een woonhuis, is een door de Belastingdienst toetsbaar criterium waardoor uitvoeringstechnische bezwaren niet in de weg staan. Graag zien wij dit criterium toegevoegd aan de reikwijdte om het ongewenst onderbrengen van zelfstandigen te voorkomen.

De regering wijzigt niet het voornemen om ook zelfstandigen met personeel verplicht te verzekeren. Wel ziet de regering aanleiding om op twee punten de toelichting in paragraaf 4.2.2 te wijzigen. Ten eerste door minder naar voren te brengen dat het verzekeren van zelfstandigen met personeel uitsluitend of grotendeels is gestoeld op (on)mogelijkheden in de uitvoering. Ten tweede door de suggestie die genoemde brancheorganisaties naar voren brengen om de groep zelfstandigen met personeel uit te zonderen op te nemen in de toelichting en aan te geven waarom de regering deze suggestie niet opvolgt.

2) Zelfstandigen in een goede financiële positie
Er zijn zelfstandigen die oproepen om zelfstandigen in een bepaalde financiële positie, uit te zonderen van de verzekeringsplicht. Deze oproep wordt in de reacties op verschillende manieren nader ingekleurd:

- door aan te sluiten bij vermogen: een zelfstandige moet worden uitgezonderd van de verplichting als aangetoond kan worden dat er reeds afdoende vermogen is opgebouwd om in het geval van arbeidsongeschiktheid geen aanspraak te doen op de bijstand. In een enkele reactie wordt hierin het opgebouwde vermogen in gezinsverband of vermogen opgebouwd in de onderneming, genoemd.
- Door aan te sluiten bij het genoten inkomen: bij een nader te bepalen inkomen zou de groep niet onder de verzekeringsplicht moeten vallen. Zo roept de Koninklijke INretail, Koninklijke ANKO, Dibevo en Koninklijke Nederlandse Slagers op om een bovengrens te stellen waarbij de “echte” ondernemer niet onder de reikwijdte valt. Als de zelfstandige bijvoorbeeld drie jaar lang deze winst niet behaald, zal de verplichting alsnog gelden.

De regering ziet in beide voorstellen onvoldoende reden die een uitzondering rechtvaardigen. Bij opgebouwd vermogen is de regering weliswaar van oordeel dat daarin in mindere mate een beroep zal worden gedaan op de bijstand en dat daardoor het gebruik op algemene voorzieningen wordt beperkt. Desalniettemin is er onvoldoende mogelijkheid (hoe zorg je er voor dat het bedoelde vermogen is afgeschermd, en alleen mag worden gebruikt in het geval van arbeidsongeschiktheid?) en wenselijkheid om vermogen te alloceren voor het risico op inkomensverlies bij het intreden van het arbeidsongeschiktheidsrisico.

Ook het uitsluiten van zelfstandigen met een hoog inkomen acht de regering niet wenselijk. Dat is om meerdere redenen:

- ook voor deze groep is het wenselijk om te komen tot een gelijker speelveld tussen werknemers en zelfstandigen en tussen onverzekerde zelfstandigen en verzekerde zelfstandigen, zoals genoemd in paragraaf 2.4.
- Ook in deze groep zijn er zelfstandigen waarvoor de huidige private markt onvoldoende toegankelijk is. Door hen ook uit te zonderen van de verplichte publieke verzekering, zal deze groep geen effectieve toegang hebben tot een verzekering.

3) Zelfstandigen met weinig winst of omzet
Een aantal keer wordt opgeroepen om zelfstandigen in een zwakkere financiële positie uit te sluiten van de verzekeringsverplichting. Zoals: *Een zelfstandige met een laag inkomen zal vrijwel geen ruimte hebben om de premie van de BAZ te kunnen betalen. Weliswaar is de premie dan relatief laag, het belang van die euro’s kunnen echter zeer zwaar wegen. Concreet betekent dit dat om een mogelijk risico in de toekomst af te dekken, er voor deze zelfstandige een acuut financieel probleem wordt opgeworpen … Beter is om een opt-out mogelijk te bieden voor zelfstandigen met een inkomen lager dan 70% van het minimumloon*.”. Of: *Waarom mensen die aan de onderkant bungelen qua inkomen verplichten tot deze verzekering?*.

Ook wordt gevraagd in enkele reacties om de verzekering pas bij een bepaalde omzet of winst verplicht te maken. Specifiek worden er vragen gesteld over de relatie van dit voorstel tot de kleine ondernemersregeling (KOR), en wordt verzocht om de groep ondernemers die onder de KOR werkt, uit te sluiten van de kring van verzekerden.

De regering ziet in het hebben van weinig winst uit onderneming geen afdoende reden om geen bescherming te bieden via dit wetsvoorstel, dan wel een gelijker speelveld na te streven aan de zogenoemde onderkant van de arbeidsmarkt. Wel acht de regering het wenselijk om rekening te houden met het beperkte winstinkomen, doordat de premie navenant (winstgerelateerd) lager wordt vastgesteld.

Tenslotte wordt in een enkele reactie opgeroepen om zelfstandigen die niet kunnen voldoen aan het jaarlijkse urencriterium, uit te zonderen van de verzekeringsplicht.

De regering heeft hier niet voor gekozen. Hierdoor zullen naar waarschijnlijkheid veelal lagere inkomens niet verzekerd worden. Dat acht de regering om bovenstaande redenen niet wenselijk.

4) Zelfstandigen die de leeftijd hebben bereikt van een jaar of enkele jaren voor de AOW-gerechtigde leeftijd
In een aantal reacties wordt opgeroepen om een uitzondering voor zelfstandigen die een bepaalde tot de AOW-gerechtigde leeftijd gerelateerde leeftijd hebben bereikt. Zoals: *Naarmate de zelfstandige ouder wordt neemt het nut van de BAZ af. De benodigde buffer tot de AOW-gerechtigde leeftijd is namelijk lager. Advies: het ligt voor de hand een opt-out te bieden voor ondernemers die binnen 5 jaar de AOW-gerechtigde leeftijd bereiken*. Ook RADI AOV geeft aan dat een oplossing gewenst is voor zelfstandigen die binnen afzienbare tijd met pensioen gaan en voldoende reserves hebben om inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid op te vangen.

De regering constateert dat er – verhoudingsgewijs – minder vermogen nodig is om te voorzien in levensonderhoud, als er nog maar een korte periode resteert tot de AOW-gerechtigde leeftijd. De regering ziet hier onvoldoende reden in om een uitzondering op grond van leeftijd te rechtvaardigen. In deze leeftijdsgroep zijn er ook zelfstandigen zijn die ofwel geen of beperkt vermogen hebben, of dat vermogen eigenlijk hebben bedoeld als ware een (aanvullende) oudedagvoorziening. In het geval van arbeidsongeschiktheid zal deze groep daarom interen op het vermogen, of een beroep moeten doen op partner of bijstand. Tevens neemt de regering in ogenschouw dat de groep oudere zelfstandigen gemiddeld gezien een hogere kans heeft om arbeidsongeschikt te raken.

Een aantal zelfstandigen wijst er specifiek op dat de wachttijd van een jaar ervoor zorgt dat zelfstandigen die de leeftijd van een jaar voor de AOW-gerechtigde leeftijd bereiken, niet langer in aanmerking komen voor een uitkering. Daarom vinden deze zelfstandigen dat deze groep niet langer hoeft te voldoen aan de verzekeringsplicht. Ook belangenorganisaties zoals Adfiz pleiten in hun reactie voor het beperken van de verzekeringsplicht tot het moment van een jaar vóór de AOW-gerechtigde leeftijd.

De regering begrijpt de oproep als ware organisaties pleiten voor vrijstelling van het betalen van premie, vanaf het bereiken van de leeftijd dat betrokkenen effectief geen recht op uitkering meer kunnen verkrijgen. De regering ziet de gekozen vormgeving als een logische uiting van solidariteit, die ook conform de vormgeving is zoals deze in de Wet WIA is gekozen. Ook daar zijn (werkgevers van) werknemers niet uitgesloten van betaling van premie bij het bereiken van eenzelfde leeftijd voor de AOW-gerechtigde leeftijd.

5) Zelfstandigen die de AOW-gerechtigde leeftijd reeds hebben bereikt
In een aantal reacties wordt aangegeven dat een uitzondering gemist wordt voor mensen die reeds de AOW-gerechtigde leeftijd hebben bereikt.

Deze uitzondering is opgenomen in het wetsvoorstel, zie onder andere paragraaf 4.2.1 van deze toelichting.

6) Zelfstandigen die met vervroegd pensioen zijn, en daarnaast werken als zelfstandige
In enkele reacties wordt aandacht gevraagd voor de situatie dat een persoon met vervroegd pensioen is, waarvan rond kan worden gekomen. Daarnaast wordt er bijverdiend als ondernemer. Door het vroegpensioen heeft deze persoon dus al een vangnet; de reacties adviseren daarom ook deze zelfstandigen niet te verzekeren nu dat overbodig zou zijn.

De regering wenst een dergelijke uitzondering voor deze groep niet te maken. Als de betrokkene daadwerkelijk voor eigen rekening en risico een onderneming voert en daarin winst geniet, past daar bescherming bij via dit voorstel en is het wenselijk dat deze groep onder dezelfde voorwaarden als andere zelfstandigen op de arbeidsmarkt te werk gaan.

7) Mensen die zowel als zelfstandige werken en daarnaast werkzaam zijn als werknemer
In veel reacties wordt aangegeven dat men werknemer is, en daarnaast werkt als zelfstandige. Er worden vragen gesteld hoe wordt omgegaan met dit soort situaties, zoals door de Vereniging van Publieke Ondernemersadviesorganisaties en door RADI AOV. Nu men voor de Wet WIA verzekerd is, zou de verplichte verzekering geen of niet afdoende meerwaarde hebben, zeker niet omdat daar ook premielasten aan verbonden zijn. Daarom wordt er ook verzocht om deze groep uit te sluiten van de verzekeringsplicht.

Daarbij worden ook concrete suggesties genoemd:

- indien meer dan twintig uur per week wordt gewerkt in loondienst, hoeft men niet verplicht verzekerd te zijn voor dit voorstel;
- Indien de inkomsten primair uit loondienst worden behaald, en men zeer beperkt werkt als zelfstandige (“*bijvoorbeeld minder werken dan het urencriterium voor de zelfstandigenaftrek*”) moeten worden uitgezonderd.
- Adfiz adviseert om de zelfstandige die tevens werknemer is, en die uit de hoedanigheid van het werknemerschap bij ingetreden arbeidsongeschiktheid aantoonbaar kan voorzien in een inkomen ter hoogte van het wettelijk minimumloon, uit te zonderen.

De regering heeft, alle voor- en nadelen overwegende, besloten een zogenaamde franchise toe te voegen aan het wetsvoorstel. Die franchise houdt in de kern in dat voor de zelfstandige die óók inkomen als werknemer geniet, en die daarmee op grond van de Wet WIA verzekerd is voor het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid, een lagere premie- en uitkeringsgrondslag geldt. Het gevolg is dat de plichten (premielasten) enerzijds en de rechten anderzijds (hoogte potentiële uitkering) lager of zelfs nihil kunnen worden naarmate de zelfstandige voor een hoger bedrag verzekerd is op grond van de Wet WIA. Zie voor keuze voor de implementatie van deze franchise en de werking daarvan paragrafen 5.6, 6.1.5 en 9.5 van deze toelichting.

8) Reeds een uitkering op grond van de Wajong/Wet WIA
In een aantal reacties wordt de vraag gesteld of dit wetsvoorstel ook geldt voor mensen die onder de Wajong vallen, of de Wet WIA (“*Wat zijn de plannen voor zzp’ers die alreeds (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt zijn? Ikzelf heb bijvoorbeeld een halve Wajong-uitkering, maar gelukkig (!) kan ik daarnaast als freelancer toch nog een beetje geld verdienen. Een beetje, dus als ik daarvan verplicht een percentage aan een verzekering moet betalen, blijft er nauwelijks iets over.*”). Ook de LCR signaleert dat deze groepen zich zorgen maken of ze er met dit voorstel wel op vooruit gaan.

Voor die zelfstandige die een uitkering krachtens de Wet WIA geniet zal de zogenaamde franchise leiden tot een lagere maximale premiegrondslag en een lagere maximale uitkeringsgrondslag (zie ook de toelichting hierboven). De implementatie van de franchise in dit wetsvoorstel leidt niet tot een lagere

premie- of uitkeringsgrondslag door het genieten van een Wajong-uitkering. De Wajong valt niet onder het voor de WIA-verzekerde inkomen dat, onderbouwd in paragrafen 6.1.5 en 9.5, gebruikt wordt binnen de werking van de franchise. Bij invoeringswet zullen nadere regels gesteld worden ten aanzien van de samenloop van uitkeringen.

9) Zelfstandigen die hobbymatig ondernemen (en een partner hebben met een hoog inkomen)
In enkele reacties wordt uiteengezet dat er mensen zijn die meer hobbymatig, voor een extraatje, ondernemen, en daarnaast een partner hebben met een hoog inkomen. Dit inkomen zou niet verzekerd moeten worden.

De regering acht het niet wenselijk om voor deze groep een uitzondering te maken. Hierbij gelden dezelfde redenen als die genoemd zijn bij punten 3) en 6). Tevens acht de regering een dergelijke uitzondering complex in de uitvoering doordat er zal moeten worden vastgesteld wat termen als hobbymatig en extraatje daadwerkelijk betekenen.

10) Zelfstandigen die in een maatschap werken
Een zelfstandige geeft aan: *Er zijn ZZP-ers die in een Maatschap werken. Hierdoor wordt het verlies van inkomen veel beter gewaarborgd dan in een AOV die door de markt wordt aangeboden. Mijn voorstel is om Zelfstandig Professionals die in een Maatschapverband werken van de verplichting uit te zonderen. Mogelijk moet er wel hierover iets opgenomen worden in het Maatschapcontract.*

De gegeven reden om een uitzondering voor deze groep te motiveren, is dat het verlies van inkomen veel beter gewaarborgd is dan via een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dat lijkt te impliceren dat de zelfstandigen in de maatschap die niet arbeidsongeschikt raken, zullen voorzien in een inkomen van de arbeidsongeschikt geraakte zelfstandige. De regering acht dit niet voldoende robuust. Het betekent immers dat tot de AOW-gerechtigde leeftijd van de arbeidsongeschikte zelfstandige er een inkomen of donatie moet worden verstrekt door de overige maten. Dit acht de regering onvoldoende afdwingbaar. Daarbij geldt ook dat bij het beëindigen van de maatschap, het inkomen dan wel donatie aan de arbeidsongeschikte zelfstandigen wegvalt.

11) *Zelfstandigen die in het buitenland wonen en in Nederland werken en belastingplichtig zijn*
Een zelfstandige geeft aan: *Zelfstandig professionals die in het buitenland wonen en in Nederland werken en belastingplichtig zijn in Nederland dienen uitgezonderd te worden. Zij kunnen nooit gebruik maken van de bijstand of andere regelingen in Nederland (deze zijn gebaseerd op het woonland).*

Zelfstandig ondernemers die in het buitenland wonen en in Nederland werken zullen veelal in Nederland verzekerd worden. Zij krijgen daardoor juist ook een recht op uitkering op grond van dit voorstel. Zie hiervoor ook paragraaf 16.1 van deze toelichting.

12) Zelfstandigen die reeds een verzekering hebben afgesloten
Enkele zelfstandigen wijzen op zelfstandigen die al een verzekering hebben afgesloten. Zo stelt een zelfstandige: *De verplichte AOV is voor een groot deel van de ondernemers een redelijke dekking met een uitkering om de woonlasten, eten en drinken te betalen bij arbeidsongeschiktheid. Wanneer echter bij opt-out, de huidige AOV een eindleeftijd moet hebben doorlopend tot AOW-datum, dan zullen veel polissen niet voldoen. Ik pleit daarom voor een opt-out voor elke ondernemer die nu al een aov heeft bij een verzekeraar.*

Met dit voorstel wordt voorzien in ruim overgangsrecht voor zelfstandigen die reeds een verzekering hebben; zij worden onder voorwaarden niet verplicht verzekerd. Dit overgangsrecht is niet onbegrensd. Om ervoor te zorgen dat er een ondergrens is qua verzekering, worden ook hiervoor minimumvoorwaarden gesteld. Deze minimumvoorwaarden zijn minder verstrekkend dan de voorwaarden voor de opt-out. Zo kan er een eindleeftijd tussen verzekeraar en verzekerde zijn afgesproken (met een minimumeindleeftijd van 55 jaar), en kan nog steeds voldaan zijn aan de voorwaarden om ontheven te worden van de verzekeringsplicht.

13) Uitzonderingen voor specifieke beroepsgroepen of sectoren
Er zijn een aantal reacties binnengekomen die verzoeken om specifieke beroepsgroepen uit te zonderen.

Ten eerste betreft dat de agrarische sector. De NMV geeft aan: *De NMV is net zoals het advies (P.38 MvT) van de Stichting van de Arbeid van mening dat agrarische ondernemers niet onder de verplichte AOV moeten vallen en verzoeken u het voorstel aan te passen.*

De regering heeft dit verzoek niet ingewilligd. Wel heeft de regering aanleiding gezien om paragraaf 4.2.2 aan te vullen. Hier is met name aandacht voor de juridische aandachtspunten en uitvoeringsmogelijkheden bij een uitzondering voor deze sector.

Ten tweede zijn er vanuit de cultuursector verschillende reacties binnengekomen. Zoals deze reactie: *De laatste jaren heeft de cultuursector rake klappen moeten incasseren. Eerst Corona, gevolgd door hogere algemene kosten op vrijwel ieder vlak, heeft er voor gezorgd dat de kosten van optredens en andere voorstellingen behoorlijk zijn gestegen. Tel hier bij op de straks hoger wordende BTW kosten in deze sector. Nu ook nog eens een AOV verplichting doordrukken in een sector die zeer moeilijk het hoofd boven water houdt is in deze fase ronduit onacceptabel. Ik snap natuurlijk de positieve kant van het verhaal en de bescherming van de verzekerde in het geval van ziekte of andere omstandigheid die het werken tijdelijk of langer belemmert. Echter zitten op deze kip niet veel veren meer om te plukken. Ik zelf als uitvoerend musicus moet deze kosten ook weer doorberekenen naar mijn klanten. De rek is er echter wel zo'n beetje uit. Cultuur is een afspiegeling van onze maatschappij. Wanneer dit niet gekoesterd wordt vrees ik dat wij donkere tijden tegemoet gaan. Hier dus het vriendelijke doch dringende verzoek de AOV verplichting per beroepsgroep goed te wegen. Daarbij als kanttekening dat bij voldoende continue inkomsten vanuit mijn beroep ik het nut er van zeker zie.*

De regering heeft oog voor de cultuursector, maar acht het niet wenselijk om voor deze sector een uitzondering te maken.[375] Dat zou immers ervoor zorgen dat de mogelijkheid tot bescherming in deze sector beperkter is dan in andere sectoren, en dat er in mindere mate een gelijker speelveld wordt bereikt tussen verzekerde en onverzekerde zelfstandigen in de sector.

Ten derde verzoekt het netwerk van de vereniging van toezichthouders & commissarissen om een vrijstelling voor toezichthouders en commissarissen. Tot dit verzoek komt de vereniging nu toezichthouders en commissarissen veelal via werk in loondienst (als hoofdactiviteit) verzekerd zijn, dat het uitoefenen van een toezichthoudende functie of het uitoefenen van een commissariaat een andere belasting- en tijdsintensivering mee dan een hoofdactiviteit en dat bij (kortdurende) ziekten deze groep in de meeste gevallen lid blijven van het toezichthoudend orgaan.

De regering heeft er niet voor gekozen deze groep categoraal uit te sluiten van de uit dit wetsvoorstel voortvloeiende verzekeringsplicht. Voor zover deze groep, door het genieten van inkomsten uit loondienst, echter verzekerd is op grond van de Wet WIA, zal de franchise leiden tot een lagere premiegrondslag en een lagere uitkeringsgrondslag (zie paragraaf 6.1.5 en paragraaf 9.5).

14) Startende zelfstandigen
Ook wordt in een enkele reactie gepleit voor een uitzondering voor startende zelfstandigen, dan wel jongere zelfstandigen in het algemeen. Enerzijds omdat deze opstartkosten hebben en veelal weinig omzet c.q. winst, anderzijds omdat deze zelfstandigen bij de opstart van de onderneming eerst een periode gaan kijken hoe het is om ondernemer te zijn, en om te kijken of het daadwerkelijk brengt wat zij ervan verwachten. Daarom wordt gevraagd om deze zelfstandigen uit te zonderen van de verzekeringsplicht, of een mogelijkheid tot opt-out te geven, bijvoorbeeld voor de duur van een jaar.

[375] Zie ook Kamerbrief II 2024/25, 31311, nr. 278, p. 7: in deze brief is verslag gedaan van een gesprek met een vertegenwoordiging van de cultuursector over de zorgen van de sector over de opeenstapeling van verschillende (toenmalige) voorgenomen maatregelen.

Ook genoemde groep kan ziek worden en vervolgens arbeidsongeschikt. Het categorisch uitsluiten van bescherming zorgt ervoor dat zij een grotere kans hebben om zonder recht op uitkering langdurig uit te vallen. Dat acht de regering niet gewenst.

15) Zelfstandigen die al zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel
De NOvA geeft in overweging om zelfstandigen die al reeds ondernemen, uit te zonderen van de verzekeringsplicht en hen de mogelijkheid te bieden om vrijwillig deel te nemen in het nieuwe stelsel. Alleen zelfstandigen die zich na invoering van het wetsvoorstel inschrijven bij de Kamer van Koophandel zouden verplicht moeten worden verzekerd.

De regering neemt dit voorstel niet over. Het alleen verplicht verzekeren van zelfstandigen die nog niet zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel maakt de verzekering minder robuust (doordat er daardoor veel minder zelfstandigen verzekerd zijn, zorgen verhoudingsgewijs enkele arbeidsongeschikten meer of minder in een jaar voor forse premiewijzigingen). Daarnaast acht de regering het ongerechtvaardigd dat onverzekerde zelfstandigen die al eerder zijn gaan ondernemen, langjarig op basis van kosten een betere concurrentiepositie hebben dan zelfstandigen die nog niet zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel.
Tevens acht de regering het niet wenselijk dat zelfstandigen die al staan ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, vrijwillig deel kunnen nemen aan de verzekering. De regering acht een dergelijke vormgeving onwenselijk. Naar verwachting zullen disproportioneel veel zelfstandigen met een grotere kans op arbeidsongeschiktheid vrijwillig deelnemen. Zelfstandigen met een laag risico kunnen immers veelal op de private verzekeringsmarkt voordeliger een verzekering afsluiten. Door een dergelijke vormgeving wordt de publieke premie verhoudingsgewijs erg duur, wat de regering niet wenselijk acht.

19.1.5 Gewenste verbreding van de verzekeringsverplichting
In een aantal reacties wordt opgeroepen om de kring van verzekerden voor deze verzekering te verbreden. Hierbij wordt gevraagd danwel opgeroepen om mensen met ROW of DGA's verplicht te verzekeren.

ROW
In een tweetal reacties wordt aangegeven dat het niet verplicht verzekeren van mensen met ROW te kort door de bocht is. Zo wordt aangegeven dat – nu de ondernemersfaciliteiten minder worden – vanwege de premieplicht wel eens een overstap naar ROW kan plaatsvinden. Ook wordt aangegeven dat het voor bijvoorbeeld freelancers en gastouders logisch is om verplicht verzekerd te zijn, mits deze boven een te bepalen drempel inkomen hebben.

De regering is van oordeel dat het wenselijk zou zijn om mensen met een hoog ROW en die daarvan afhankelijk zou zijn, verplicht te verzekeren. Het is echter niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen de verschillende groepen mensen die ROW hebben. De regering heeft daarom gekozen om de gehele groep mensen die ROW hebben, niet verplicht te verzekeren.

DGA
In enkele reacties wordt verzocht om de DGA onder de kring van verzekerden onder deze verzekering te brengen. Zoals: *Ik [een DGA] had mijn hoop gevestigd op het kunnen verkrijgen van een verzekering conform BAZ in ons mooie land, wat bekend staat om onze gelijkheid en sociale zekerheid. Maar ik begrijp nu dat ik geen gebruik zou kunnen maken van de BAZ in mijn situatie. Dat vind ik schrijnend, oneerlijk en ongelijkwaardig*. Ook wordt gesuggereerd dat de DGA de mogelijkheid moet worden geboden om vrijwillig aan de verzekering kan meedoen.

Ook het Register Belastingadviseurs adviseert om de DGA onder de kring van verzekerden te brengen: *Het RB merkt op dat voor de IB-ondernemer noch de hoogte van inkomen en vermogen een relevante factor zijn*

voor het verzekerd zijn onder de BAZ. Ook het al dan niet in dienst hebben van personeel is geen factor van enige betekenis voor de IB-ondernemer. Het RB raadt dan ook aan in het kader van een level playing field en het voorkomen dat ondernemers hun IB-onderneming om zetten in een bv-vorm om ook de DGA die niet voor de werknemersverzekeringen verzekerd is tot de in artikel 9 van het wetsvoorstel gedefinieerde kring der verzekerden te rekenen.

De regering acht het niet wenselijk om de gehele groep van DGA's onder de kring van verzekerden te brengen, om de in paragraaf 4.3.3 genoemde redenen. Wel heeft de regering aanleiding gezien om genoemde paragraaf aan te vullen. Deze aanvulling ziet enerzijds op een betere uitleg waarom het niet noodzakelijk is om de gehele groep DGA's te verzekeren, en anderzijds is ook aangegeven welke uitdagingen en problemen er spelen indien wel zou worden overwogen om de groep DGA's te verzekeren.

De regering acht het niet wenselijk om de groep DGA's vrijwillig deel te laten nemen aan de verzekering. Naar verwachting zullen disproportioneel veel DGA's met een grotere kans op arbeidsongeschiktheid vrijwillig deelnemen. DGA's met een laag risico kunnen immers veelal op de private verzekeringsmarkt voordeliger een verzekering afsluiten. Door een dergelijke vormgeving wordt de publieke premie verhoudingsgewijs duurder, wat de regering niet wenselijk acht.

De regering begrijpt de opmerking inzake het level playing field en ziet deze als een waarschuwing dat een potentieel waterbedeffect van het IB-ondernemerschap richting een vennootschap kan plaatsvinden. De regering acht dit risico beperkt.[376]

19.1.6 Vaststellen kring van verzekerden

Het Register Belastingadviseurs merkt op dat hoewel het begrip winst uit onderneming in de fiscale praktijk ingeburgerd is, dit begrip ook met regelmaat onderwerp van discussie is tussen de belastingplichtige en de Belastingdienst. Daarnaast is de vraag of sprake is van winst dan wel belastbaar ROW van belang. Dit in combinatie met de gekozen wijze van heffing (middels een op te leggen aanslag) kan maken dat een zelfstandige erg lang in onzekerheid verkeert over het al dan niet verzekerd zijn voor het voorstel.

Het Register Belastingadviseurs pleit er daarom voor bij (voor bezwaar vatbare) beschikking een vaststelling van de verzekerde status te introduceren.

De regering snapt de wens om – zoveel mogelijk op voorhand – zekerheid te bieden of iemand onder de kring van verzekerden valt. Het Register legt hierbij terecht het verband tussen winst uit onderneming en ROW. De regering deelt de observatie dat op het snijvlak van die twee grondslagen de grootste consequenties kunnen plaatsvinden die samenhangen met het wel, of juist niet verzekerd zijn. Zie daarvoor ook paragraaf 4.4.4 van deze toelichting.

De consequentie van het aansluiten bij de systematiek van de fiscaliteit is dat een dergelijke beschikking geen oplossing biedt voor de geschetste onzekerheid. Gedurende het verzekeringsjaar is er immers nog onvoldoende inzicht of deze persoon voor eigen rekening en risico een onderneming voert, waardoor een definitief oordeel over de verzekerde status over die periode ook nog niet te geven is. Dat ligt anders bij de uitzonderingen op de verzekeringsplicht, zoals het gebruikmaken van de ontheffingsmogelijkheden voor de opt-out en overgangsrecht of het zijn van gemoedsbezwaarde. In die gevallen kan vanwege een daartoe ingediende aanvraag op voorhand-uitsluitsel worden gegeven over het niet verzekerd zijn voor dit wetsvoorstel.

[376] Zie paragraaf 17.2.5 van deze toelichting.

Wel heeft de regering aanleiding gezien om de problematiek waar het Register Belastingadviseurs op wijst, te mitigeren. Enerzijds wordt dat gedaan door verlenging van de wachttijd naar 104 weken. Anderzijds wordt het risico kleiner, doordat het terugvorderingsbeleid is aangepast. Zie hiervoor paragraaf 11.3.2 van deze toelichting.

RADI AOV vraagt hoe wordt omgegaan met ondernemers die een eenmanszaak met terugwerkende kracht omzetten in een besloten vennootschap.

De regering interpreteert deze vraag als zijnde hoe wordt omgegaan met de situatie in het licht van de verzekeringsplicht, waarbij statutair bestuurders van een besloten vennootschap niet verplicht verzekerd zijn, en zelfstandig ondernemers met winst uit onderneming, juist wel.
Ondernemers kunnen binnen voorwaarden met terugwerkende kracht hun rechtsvorm aanpassen. Voor het omzetten naar een besloten vennootschap geldt dat de terugwerkende kracht beperkt is in de tijd voor zowel ruisende als geruisloze inbreng, en dat voor beide soorten inbreng een intentieverklaring naar de Belastingdienst moet worden gestuurd.[377] De terugwerkende kracht heeft daarmee zeer beperkt invloed op de verzekeringsplicht. Eventueel onverschuldigde premie die bij de voorlopige aanslag is geheven, kan worden gerestitueerd.

19.1.7 Reacties over de te betalen premie
Veel reacties gaan in op de bij te dragen premie.

Betaalbaarheid
Er zijn reacties die in het algemeen aandacht vragen voor de te betalen premie, en wat dat voor verwachte gevolgen heeft voor zelfstandigen ("*Als zelfstandige is het in sommige tijden best moeilijk om een goede boterham te verdienen. Als ik ook nog moet gaan betalen voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering dan overweeg ik met mijn beroep als zelfstandig gewichtsconsulent te stoppen, het is dan niet meer rendabel.*", en "[de verwachte premie] … *is dit eigenlijk niet iets wat we kunnen missen*").

Ook de Creatieve Coalitie geeft aan dat zonder flankerend beleid de bestaanszekerheid van zelfstandigen zonder personeel in gevaar komt.
De Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland uit ook haar zorgen over de betaalbaarheid van de verzekeringen voor haar leden. De betreffende vereniging ziet twee mogelijk onwenselijke effecten: 1) het verhogen van de tarieven met als mogelijk effect een verhoging van de drempel tot toegang van de geleverde preventie, en 2) het risico een mogelijke bijdrage van de premieplicht aan bedrijfsbeëindiging (bij het niet doorbelasten van de premie).
De Beroepsvereniging voor Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) geeft aan dat de werkzaamheden van haar leden vergoed worden vanuit de Zvw en dat zij daarmee dus niet zonder meer de ruimte te hebben om de premie door te belasten in de eigen tarieven. De BLCN geeft aan dat dit zal leiden tot inkomensverlies of zelf bedrijfsbeëindiging en negatieve gevolgen voor het zorglandschap.

Hoewel de regering de zorgen begrijpt, ziet zij hierin onvoldoende rechtvaardiging om zelfstandig ondernemers geen bescherming te bieden en dan wel een gelijker speelveld na te streven aan de zogenoemde onderkant van de arbeidsmarkt. Bij een lagere winst wordt de te betalen premie per maand navenant minder.

MIND (MIND Platform is de landelijke koepelorganisatie van, voor en door cliënten- en familieorganisaties in de GGZ) wijst dat ook voor haar achterban de premie moeilijk op te brengen is. Daarmee wordt de bestaans- en werkzekerheid kleiner. MIND geeft daarbij aan: *Juist mensen met een kwetsbaarheid kiezen vaak voor werken als zelfstandige, omdat ze op deze wijze meer flexibel zijn en er hun creativiteit meer in kwijt*

[377] Deze intentieverklaring moet voor 1 oktober van het jaar worden gestuurd bij geruisloze inbreng, en bij een ruisende inbreng kan er sprake zijn van drie maanden terugwerkende kracht.

kunnen. Zij ondernemen vaak in deeltijd voor een klein bedrag, soms om net geen uitkering meer te ontvangen of met nog aanvullende uitkering. Zingeving en meedoen is hun grootste drijfveer. Echter als het ondernemen helemaal niet meer loont vanwege de hoge premie, dan verdwijnt de motivatie om door te gaan. Het is daarom jammer dat er vooral wordt gekeken naar het economische model achter ondernemen, terwijl het ook een model is van welzijn, zingeving en meedoen.

De regering is het eens dat werken en ondernemen belangrijk is voor het welzijn van mensen en dat zij hierdoor de mogelijkheid hebben om mee te kunnen doen in de maatschappij. De regering wil dit dan ook niet ontmoedigen. De regering ziet daarvoor de verplichte verzekering, waarbij de premie gerelateerd is aan het inkomen, niet als een ontmoediging om te gaan ondernemen.

In aansluiting hierop wordt in een aantal reacties aangegeven dat men maar zeer beperkt verdient als zelfstandige, en dat € 195 euro bruto per maand daarom niet te betalen valt. Uit de meegestuurde inkomensgegevens lijkt er sprake te zijn van een misverstand. De genoemde € 195 bruto (dat bijgesteld is naar € 171) per maand aan premie in de internetconsultatieversie van dit wetsvoorstel betreft het maximale bedrag indien de winst uit onderneming gelijk of hoger is dan de maximale grondslag van de verzekering. Als de winst uit onderneming lager is dan de maximale grondslag dan bedraagt de premie 6,5% (dat bijgesteld is naar 5,4%) van de winst uit onderneming. Dat betekent dat als men minder verdient, men ook minder premie hoeft te betalen. In paragraaf 9.6.3 van deze toelichting zijn naar aanleiding van deze reacties voorbeelden opgenomen ter verduidelijking.

Hoogte premie staat niet in verhouding tot de uitkering die men krijgt
Veel zelfstandigen geven aan dat de verhouding tussen de betaalde premie, en wat voor uitkering daar tegenover staat, niet in verhouding staat tot elkaar. Zo geeft een zelfstandige aan: *Naar mijn mening moet de prijsstelling van de verplichte AOV en het eigen risico aanzienlijk verlaagd worden om draagvlak te krijgen voor deze wetgeving en de arbeidsmarkt te ondersteunen met ondernemers die dienstverlening verrichten.* Ook de NVJ geeft aan dat de premie te hoog is in relatie tot de dekking, net als de Creatieve Coalitie en Zelfstandigen Bouw.

Tot de gehanteerde premie is gekomen omdat deze een afspiegeling is van de verwachte uitkeringslasten en uitvoeringskosten.[378] Daarmee acht de regering de gevraagde premie redelijk ten opzichte van de dekking die de verzekering biedt. Na inwerkingtreding van het wetsvoorstel zal aan de hand van realisatiegegevens elk jaar gekeken worden of de raming van de verwachte uitkeringslaten en uitvoeringskosten aangepast dient te worden en zo nodig ook de premie.

Differentiëren van de premie
In een aantal reacties wordt gevraagd om de premie te differentiëren naar beroepssector ("*Die 6.5% is begrijpelijk bij een zwaar beroep. Maar bij … kantoorwerk is het absurd veel geld. Kies … voor onderscheid in beroepscategorie.*").

Er is gekozen voor een uniform premiepercentage. Dat betekent dat het premiepercentage voor iedereen gelijk is ongeacht geslacht, leeftijd, sector of andere factoren die van invloed kunnen zijn op het arbeidsongeschiktheidsrisico. Deze vormgeving acht de regering naast eenvoudig, ook het meest solidair. De regering heeft naar aanleiding van deze reacties paragraaf 9.6.1 van deze toelichting aangevuld. Ook is de premiestelling naar beneden bijgesteld, mede ten gevolge van het verlengen van de wachttijd.

Vragen over de premiestelling
In een aantal reacties wordt stil gestaan bij de premiestelling. Hierbij wordt de vraag opgeworpen waarom er bij de dekking die dit voorstel biedt, het premiepercentage nog steeds 6,5% bedraagt. Deze vraag wordt zowel door de Creatieve Coalitie als de Vereniging ZZP Nederland naar voren gebracht. Vereniging ZZP Nederland geeft aan dat op basis van hun inschattingen het premiepercentage meer in lijn zou moeten

[378] Hierbij is geabstraheerd van de zogenoemde rentehobbelopslag.

liggen met de private markt, waardoor de Vereniging een maximaal premiepercentage van 3% verwacht. RADI AOV geeft aan inzicht te willen krijgen in de onderbouwing die heeft geleid tot het vaststellen van het verwachte premiepercentage.

De regering heeft in paragraaf 17.1 van deze toelichting inzage gegeven in de onderbouwing van het premiepercentage. In genoemde paragraaf is ook vermeld dat deze raming gebaseerd is op gegevens van het CBS en CPB. Daarbij is uitgegaan van de instroomkansen voor de Wet WIA, maar is gecorrigeerd voor een andere vormgeving van deze verzekering (ander arbeidsongeschiktheidscriterium, lager maximum verzekerd inkomen) en andere kenmerken van de doelgroep (zelfstandigen zijn ten opzichte van werknemers gemiddeld genomen ouder). Verder komt uit het onderzoek van het Koninklijk Actuarieel Genootschap (AG) naar de premiestelling een niet significante lagere premie.[379] Op basis hiervan heeft de regering geen aanwijzingen dat de aangegeven premiehoogte veel te hoog is ingeschat. Het rapport van het AG heeft wel aanleiding gegeven om in de raming meer rekening te houden met de aard van het gehanteerde arbeidsongeschiktheidscriterium in voorliggend voorstel. De verwachte benodigde premie is hierdoor iets naar beneden bijgesteld. Verder zal na inwerkingtreding van het wetsvoorstel aan de hand van realisatiegegevens elk jaar gekeken worden of de raming van de verwachte uitkeringslaten en uitvoeringskosten aangepast dient te worden en zo nodig ook de lastendekkende premie, zoals ook toegelicht in paragraaf 9.6.2 van deze toelichting.

Vereniging ZZP Nederland geeft aan zich af te vragen of de re-integratiedienstverlening, zoals geschetst in het voorstel, realistisch is. De vereniging geeft hierbij aan dat voor werken binnen de eigen onderneming geen hulp van een publieke dienstverlener nodig is; dat zullen zelfstandig ondernemers zo lang mogelijk doen. De vereniging verwacht dat er weinig gebruikgemaakt gaat worden van de re-integratiedienstverlening. Daarom vraagt de vereniging in hoeverre in de premiestelling van dit voorstel hier rekening mee is gehouden.

Anders dan Vereniging ZZP Nederland acht de regering het waarschijnlijk dat zelfstandigen die arbeidsongeschikt worden, bijvoorbeeld een beroep zullen doen op een door UWV verstrekte voorziening. Zoals bijvoorbeeld een vervoersvoorziening. Ook kan het bieden van een no-riskpolis eraan bijdragen dat een gewezen arbeidsongeschikte zelfstandige sneller in loondienst weer arbeid gaat verrichten.

Overige vragen (en antwoorden) over de premie
Er zijn ook veel vragen gesteld over de precieze premieheffing- en inning. Deze worden hieronder opgesomd en van een antwoord voorzien.

- *Hoe wordt omgegaan met zzp'ers die geen winst maar verlies uit onderneming hebben?* Deze groep is verplicht verzekerd, maar hun premie is nihil. In paragraaf 9.6.3 van deze toelichting komt deze situatie terug bij de voorbeelden over de hoogte van de premie en de winst uit onderneming.
- *Hoe werkt premie inning bij startende ondernemer?* De starter kan een verzoek doen tot een voorlopige aanslag. Op basis daarvan zal premieheffing- en inning plaatsvinden. Indien de starter een dergelijk verzoek niet doet, zal bij de uiteindelijke definitieve aanslag premie worden geheven en geïnd. Als er een definitieve aanslag wordt opgelegd nadat er ook sprake is geweest van een voorlopige aanslag, zal er mogelijk sprake zijn van een nabetaling of terugbetaling (doordat de geschatte winst uit onderneming bij de voorlopige aanslag niet overeenkwam met de daadwerkelijk vastgestelde winst uit onderneming bij de definitieve aanslag).
- *Is de premie aftrekbaar voor de inkomstenbelasting?* De premie is inderdaad aftrekbaar. Het Register Belastingadviseurs geeft in overweging om te expliciteren dat de premie ten laste van het belastbaar inkomen kan worden gebracht, in artikel 3.124, eerste lid, Wet IB 2001. Hiervan is afgezien, nu al

[379] Koninklijk Actuarieel Genootschap (2025). *De prijs van de Baz: hoe aannames de premie bepalen*.

afdoende duidelijk wordt in de bewoordingen van 3.124, eerste lid, onderdeel c, van die wet, dat een dergelijke premie voor aftrek in aanmerking komt.

- Het Register Belastingsadviseurs geeft aan: *Het RB merkt in het algemeen op dat een verlies in enig jaar geen invloed lijkt te hebben op de heffingsgrondslag in voorgaande of toekomstige jaren. Met andere woorden, de gevolgen van verliescompensatie lijkt niet van belang te zijn voor de verschuldigde premie. Is deze waarneming correct?* Verlies in enig jaar wordt op nihil gesteld. Er wordt geen premie geheven over een negatieve grondslag. Ingeval in enig jaar sprake is van een negatieve winst uit onderneming dat leidt tot een verlies uit werk en woning dat verrekend kan worden met positief inkomen uit werk en woning (waaronder de winst uit onderneming) van een voorgaand jaar (*carry back*) of volgend jaar (*carry forward*), dan heeft de verliesverrekening met het jaar waarin sprake is van een winst uit onderneming, geen gevolgen voor de omvang van de verschuldigde premie.
- RADI AOV geeft aan*: De maximale premiegrondslag is gekoppeld aan het wettelijk minimumloon (WML). Is het WML per 1 januari leidend of wordt een gemiddelde genomen van het WML per 1 januari en 1 juli? Geldt voor zelfstandigen jonger dan 21 jaar een aangepast bedrag*? Voor jongeren onder de 21 jaar geldt geen aangepast verzekerde grondslag, noch aan de premiekant, noch aan de uitkeringskant.
- Het Register Belastingadviseurs wijst er op dat in de memorie van toelichting staat dat de inspecteur der belastingen een afwijkende beslistermijn van 26 weken krijgt voor het vaststellen van de aanslag Baz. De desbetreffende bepalingen lijken in het wetsvoorstel Baz te missen. Deze constatering is juist. De regering heeft de toelichting aangepast door de tekst te schrappen.

19.1.8 Reacties over de gekozen wachttijd

Veel reacties zien op de eerder gekozen wachttijd van 52 weken. Grofweg zijn deze reacties op te delen in drie kritiekpunten:

- er zijn zelfstandigen die de wachttijd te lang vinden. Zo geeft een zelfstandige aan: *Ik ben na een jaar al lang failliet.* En: *Een vergoeding na een jaar, dat is voor geen enkele kleine zzp-er te overbruggen. Wel de kosten maar er niet van kunnen profiteren als dat aan de orde zou komen. Niet doen dus op deze manier.* In een enkele reactie wordt gepleit voor geen wachttijd, met als argumentatie dat daarmee wordt voorkomen dat mensen over hun grenzen gaan en langdurig arbeidsongeschikt raken, omdat zij geen direct financieel vangnet hebben. Ook de Vereniging van Publieke Ondernemersadviesorganisaties verzoekt om een kortere wachttijd, net als het Register Belastingadviseurs. De Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland deelt dat standpunt omdat zij verwachten dat financiële problemen bij ziekte zich veelal eerder zullen openbaren dan pas na 52 weken ziekte. In die zin zou een korte wachttijd wat betreft hen leiden tot een meer adequate wet. MIND geeft ook aan dat de wachttijd van een jaar niet opweegt tegen de voordelen.
  Daarnaast wordt aangegeven dat het hanteren van een (lange) wachttijd niet bijdraagt aan de re-integratie: *Het eerste jaar niet uitkeren stimuleert namelijk dat ZZP'ers langer doorgaan, want je krijgt immers niks uitgekeerd, terwijl ze eigenlijk even pas op de plaats zouden moeten maken. Met als gevolg dat betreffende ZZP'ers wanneer ze echt moeten stoppen vanwege ziekte, er een grotere kans is dat ze langdurig ziek worden. Uit eigen ervaring kan ik spreken dat het zo belangrijk en waardevol is dat er financiële opvang is zodra je even pas op de plaats moet maken vanwege ziekte en/of een ongeluk.*
- Veel reacties verzoeken om een wachttijd van 104 weken (of twee jaar). Zo geven veel zelfstandigen aan: *Als er een verplichte verzekering tegen arbeidsongeschiktheid zou komen voor zzp'ers, zorg er dan voor dat de maandelijkse premie beter betaalbaar wordt voor zelfstandigen. De huidige voorgestelde premie in combinatie met een eigen risico zal voor veel zzp'ers zeer lastig op te brengen zijn. De premie kan verlaagd worden door het eigen risico te verlengen naar twee jaar, omdat het grootste deel van de mensen die arbeidsongeschikt wordt, binnen twee jaar weer beter en aan het werk is. De eigen risicoperiode van twee jaar kan goed, betaalbaar en tegen betere voorwaarden afgedekt worden door een Broodfonds.* De oproep om een langere wachttijd, komt om verschillende redenen terug: om de betaalbaarheid te vergroten, om meer ruimte te bieden voor een eigen alternatief (vaak via een schenkkring), en om de aansluiting

bij het stelsel voor werknemers (met na 104 weken loondoorbetaling bij ziekte of de ZW, de mogelijkheid tot een WIA-uitkering) te bereiken. Adfiz, de NVJ, SharePeople, de NOA, RADI AOV en Zelfstandigen Bouw geven allen in overweging om de wachttijd naar twee jaar (of 104 weken) te verlengen.

- Een aantal reacties verzoekt om zelfstandigen een keuzemogelijkheid te geven voor de duur van de wachttijd. Zo geeft de Vereniging voor Beroepschartervaart aan: *Wij maken ons zorgen over de wachttijd van één jaar voordat de uitkering ingaat, en de financiële consequenties hiervan voor zelfstandigen. Een meer flexibel eigen risico van een half jaar, een jaar of twee jaar zou een keuze kunnen zijn.* Ook de Creatieve Coalitie en Koninklijke Horeca Nederland benadrukken dat zelfstandigen op dit vlak keuzevrijheid moeten hebben. Daarmee ontstaat er wat betreft KNH meer ruimte voor maatwerk afhankelijk van de persoonlijke situatie van de zelfstandige. De NOvA geeft in overweging – naast het advies om de keuze voor een jaar beter wordt gemotiveerd – in overweging om de keuze te geven voor een langere wachttijd dan een jaar.

De regering heeft aanleiding gezien om de wachttijd op 104 weken te bepalen, mede vanwege de in de consultatie benoemde redenen. Daarnaast draagt dit bij aan de uitvoerbaarheid van het voorstel. Deze uitkomst komt voort uit een afweging van verschillende belangen, zoals uitvoerbaarheid en betaalbaarheid aan de ene kant, en de mate van bescherming aan de andere kant. Door een langere wachttijd geldt dat zelfstandigen een lange(re) periode moeten overbruggen. De regering realiseert dat dit voor sommige zelfstandigen invloed kan hebben op de inkomenszekerheid. Daar tegenover staat dat een wachttijd van 104 weken het voor private partijen aantrekkelijker wordt om producten aan te bieden die kortdurend het arbeidsongeschiktheidsrisico afdekken, zoals schenkkringen.

Voor het begin van de wachttijd wordt aansluiting gezocht bij de eerste werkdag waarbij door ziekte of gebrek niet gewerkt kan worden. RADI AOV wijst er op dat zelfstandigen niet alleen op maandag tot en met vrijdag werken, en daarom vindt RADI het niet logisch dat het wetsvoorstel uitgaat van “werkdagen”.

RADI wijst met deze opmerking op artikel 16, tweede lid, van dit voorstel. Deze bepaling bepaalt, anders dan RADI deze ogenschijnlijk interpreteert, niet dat uitsluitend maandag tot vrijdag in aanmerking worden genomen als werkdag. De Regeling bepaling eerste werkdag, waarvoor artikel 16, tweede lid, een grondslag biedt, bepaalt dat de eerste dag die voor de betrokkene een gebruikelijke werkdag is als eerste werkdag wordt gehanteerd. Dit kan ook een zaterdag of zondag zijn.[380] Naar aanleiding van de gemaakte opmerking is de artikelsgewijze toelichting aangevuld met de duiding dat ook een zaterdag of zondag een werkdag kan zijn.

19.1.9 Reacties over de hoogte van de uitkering en het uitkeringsregime

In een aantal reacties wordt aangegeven dat de hoogte van de maximale uitkering die zelfstandigen, niet gewenst is. Zo wordt bijvoorbeeld aangeven dat de hoogte van de uitkering voor zelfstandigen met een hoger inkomen, ontoereikend is (“*Bovendien wat heeft deze ondernemer aan een … uitkering op het minimumloonniveau?*”). Voor zelfstandigen met een laag inkomen (al dan niet in combinatie met het ontbreken van vermogen en partner), wordt het verschil met de bijstand blijkens een deel van de reacties als (te) beperkt ervaren. Er worden een aantal suggesties gedaan:

- de Koninklijke INretail, Koninklijke ANKO, Dibevo en Koninklijke Nederlandse Slagers verzoeken de hoogte van de dekking te verlagen, en deze ter hoogte van het minimumloonniveau te bepalen waardoor een uitkering van 70% van het wettelijk minimumloon kan worden verkregen.
- Voor hogere inkomens wordt juist gesuggereerd om aansluiting te zoeken bij de maximale uitkering van de Wet WIA. Daarnaast wordt in een enkele reactie aangegeven dat men bereidt is ook daarvoor meer premie te betalen. Ook de Nederlandse Veiligheidsbranche verzoekt om een bredere dekking, waarmee een gelijker speelveld met werknemers moet worden bereikt.

[380] Zie artikel 2 van genoemde regeling, en de daarbij behorende toelichting (Stcrt. 2005, 249).

Voor beide suggesties zijn er argumenten. Een beperktere dekking zal bijvoorbeeld samenvallen met een lagere premielast terwijl een forsere dekking meer bescherming biedt. De regering meent dat de gekozen maximale hoogte van de uitkering past bij het beoogde karakter van de verzekering: een basisverzekering voor arbeidsongeschiktheid. Een lagere of hogere maximale uitkering geeft wat de regering betreft niet de invulling aan het beoogde (basis)karakter van de verzekering. Een hogere dekking gaat daarnaast ten koste van de noodzaak de premielast te beperken terwijl de regering een beperkte premielast cruciaal acht voor het draagvlak onder zelfstandigen. Het wetsvoorstel behoudt expliciet de ruimte om aanvullend op de publieke basisverzekering, of doormiddel van de mogelijkheid tot een opt-out, te kiezen voor een ruimere dekking voor het risico van inkomensderving als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Met de keuze voor een maximale uitkering gelijk aan het wettelijk minimumloon per maand sluit de regering bovendien aan bij het advies van de Stichting van de Arbeid en bij het uitkeringspercentage dat veelal gehanteerd wordt in andere arbeidsongeschiktheidswetten (70% van de maximale uitkeringsgrondslag).[381] Voor een hogere of lagere maximale uitkeringshoogte dan het wettelijk minimumloon heeft de regering dan ook niet gekozen.

Aansluitend op opmerkingen over de hoogte van de uitkering wordt in een aantal reacties opgeroepen om ook gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid te verzekeren, zoals door de Landelijke Cliëntenraad. Deze reacties worden in de volgende paragraaf behandeld.

19.1.10 Reacties over het gekozen arbeidsongeschiktheidscriterium

Passendheid van het gekozen arbeidsongeschiktheidscriterium
Er zijn verschillende reacties die wijzen op het strikte arbeidsongeschiktheidscriterium waardoor er bij inkomensverlies vanwege medische redenen niet per definitie sprake is van recht op uitkering op grond van voorliggend voorstel. In een aantal reacties wordt aangegeven dat het voorgestelde criterium te strikt is. Zo pleit de Landelijke Cliëntenraad voor een verzekering die uitkeert bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Specifiek wordt in een aantal reacties gepleit voor het ruimere arbeidsongeschiktheidscriterium van de Wet WIA. Zo geeft een zelfstandige aan: *Vanuit de WIA is er differentiatie in hoogte uitkering, mede gebaseerd op diverse criteria als arbeidsvermogen, inkomen op het moment van arbeidsongeschiktheid et cetera. Een uitgebreide beoordeling. Hoewel vereenvoudiging van beoordeling enerzijds wordt toegejuicht, is vanuit het gelijkheidsbeginsel het terecht dat werknemers en zelfstandigen op dit vlak verschillend wordt beoordeeld?*
Adfiz wijst er op dat een van de Wet WIA afwijkend criterium voor zelfstandigen die naast hun onderneming ook in loondienst zijn, aanleiding kan zijn voor verwarring. Adfiz pleit met een verwijzing naar het rapport van de Stichting van de Arbeid uit 2020 voor het gelijktrekken van het arbeidsongeschiktheidscriterium met de Wet WIA.

Indien de hybride zelfstandige zowel een uitkering aanvraagt op grond van dit wetsvoorstel als op grond van de Wet WIA, zal de werkende te maken krijgen met twee verschillende arbeidsongeschiktheidscriteriums. Zoals in paragraaf 5.4 van deze toelichting uiteen is gezet heeft de regering bewust voor een arbeidsongeschiktheidscriterium gekozen dat aansluit bij de mate van bescherming die met het wetsvoorstel wordt beoogd waarbij ook is gekeken naar de uitlegbaarheid, uitvoerbaarheid en betaalbaarheid daarvan. Met het voorstel wordt geregeld dat in geval van arbeidsongeschiktheid het inkomen is verzekerd tot maximaal het wettelijk minimumloon. Hierdoor heeft de verzekering meer het karakter van een basisverzekering dan een verzekering tegen inkomensverlies. De regering vindt het daarbij passend dat dan niet wordt gekeken naar het geleden inkomensverlies bij de beoordeling of er sprake is van arbeidsongeschiktheid, maar dat er bij de beoordeling wordt gefocust of er nog met arbeid het wettelijk minimumloon verdient kan worden. Het gevolg van deze keuze is dat niet altijd als er sprake is van inkomensverlies vanwege medische redenen, bijvoorbeeld in het geval van

[381] Zie hoofdstuk 6 van deze toelichting en Stichting van de Arbeid (2020), *Keuzes voor zekerheid*.

gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, er per definitie sprake is van recht op uitkering. Dit acht de regering gezien de beoogde mate van bescherming die de verzekering moet bieden uitlegbaar, aangezien in die gevallen ondanks ziekte of gebrek er mogelijkheden zijn om met arbeid het wettelijk minimumloon te verdienen. Daarnaast gaat de beperktere dekking ook samen met een lagere premie wat de betaalbaarheid van de verzekering verhoogd. Verder zal in het geval dat het arbeidsongeschiktheidscriterium hetzelfde is als bij de Wet WIA er ook nog steeds sprake zijn van twee aparte beoordelingen met verschillende mogelijke uitkomsten. Er zijn situaties voor te stellen dat iemand ongeschikt is voor eigen werk in loondienst, maar niet voor het eigen werk als zelfstandige. Het hanteren van hetzelfde criterium lost zodoende niet op dat er in dat geval maar één beoordeling nodig is voor werkenden die zowel als zelfstandige werken als in loondienst. De regering past het arbeidsongeschiktheidscriterium daarom niet aan.

De Steungroep ME en arbeidsongeschiktheid geeft aan dat het gekozen arbeidsongeschiktheidscriterium volstrekt voorbijgaat aan het feit dat er meerdere aandoeningen zijn die een zodanige energetische stoornis (post exertionele malaise/PEM, zieker worden na inspanning, inspanningsintolerantie) met zich mee kunnen brengen dat, als basisfuncties met een minimale belasting uitgevoerd kunnen worden, dit slechts mogelijk is met een (forse) urenbeperking. Dit geldt bijvoorbeeld voor ME/CVS, (ernstige) Long Covid, chronische ziekte van Lyme en QVS. Zelfstandigen met een dergelijke ziekte hebben dus grote kans om door de mazen van het AOV-vangnet te vallen. In het verlengde daarvan vraagt iemand zich af of op basis van het gekozen arbeidsongeschiktheidscriterium ervan uitgegaan kan worden dat de bedoelde basisfuncties zo minimaal belastend zijn dat ze doorgaans fulltime kunnen worden vervuld. Zo ja dan is dit volgens de reactie een grote onderschatting van het aantal urenbeperkingen dat nu wordt aangenomen los van de zwaarte van de geduide functie.

Naar aanleiding van bovenstaande reacties is de toelichting van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling aan de hand van basisfuncties in hoofdstuk 7 van deze toelichting verduidelijkt. Het uitgangspunt van de beoordeling is dat gekeken wordt of de verzekerde in staat is om met arbeid het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. In veel gevallen zal het voldoende zijn om dit te toetsen aan de minst belastende basisfunctie. De basisfunctie kent in dit verband een bepaalde urenomvang en een daarbij horend loon dat op of niet ver boven het wettelijk minimumloon ligt. Indien een verzekerde een reguliere basisfunctie niet in voltijd kan uitoefenen en daarmee dus niet het wettelijk minimumloon per maand kan verdienen dan zal er in principe sprake zijn van arbeidsongeschiktheid en recht zijn op een uitkering. De regering erkent dat er gevallen denkbaar zijn waarin iemand nog wel het wettelijk minimumloon per maand zou kunnen verdienen in deeltijd, maar niet meer in een basisfunctie. Dit is bijvoorbeeld het geval als er sprake is van een urenbeperking die ziet op verminderde beschikbaarheid door bijvoorbeeld medische behandelingen. In deze situatie kan het zijn dat de verzekerde geen basisfunctie in voltijd kan uitvoeren doordat deze persoon bijvoorbeeld elke vrijdag een behandeling moet ondergaan, maar wel het wettelijk minimumloon per maand kan verdienen in deeltijd of op andere werktijden. De regering acht het denkbaar dat het in die situaties niet altijd wenselijk is om iemand arbeidsongeschikt te beoordelen. In de beoogde wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten kunnen zodoende ook nadere regels gesteld worden over hoe bij de beoordeling moet worden omgegaan met de vaststelling van een urenbeperking.

De NOvA geeft aan de motivering voor het gekozen criterium oneigenlijk te vinden, specifiek op het punt dat aansluiting bij de Wet WIA niet gewenst is omdat deze (te) complex is. De NOvA geeft aan dat de door OCTAS beschreven complexiteit niet ziet op het arbeidsongeschiktheidscriterium maar op de verschillende regimes van de Wet WIA en de uitleg van het begrip “duurzaamheid”. Ter onderbouwing van de keuze voor het absolute arbeidsongeschiktheidsbegrip wordt dan ook in de visie van de NOvA een oneigenlijke motivering gebruikt.

Als reactie op bovenstaande merkt de regering op dat in variant 1 (“Huidig stelsel beter”) van OCTAS voor hetzelfde arbeidsongeschiktheidscriterium wordt gekozen als in dit voorstel. [382] Daarnaast is de keuze voor het absolute arbeidsongeschiktheidscriterium niet alleen geïnspireerd door de ervaren complexiteit bij de Wet WIA, maar is ook gekeken welk criterium het beste past bij de aard van de regeling en de kenmerken van de doelgroep. Gezien het streven naar een adequate inkomensvoorziening tegen arbeidsongeschiktheid en de fluctuaties in het inkomen van zelfstandigen acht de regering het aangewezen om een absoluut arbeidsongeschiktheidscriterium in te voeren in plaats van een relatief arbeidsongeschiktheidscriterum, zoals ook nader toegelicht in paragraaf 5.4 van deze toelichting.

Zelfstandigen Bouw vindt ook dat het voorstel zou moeten worden uitgebreid om alle vormen van arbeidsongeschiktheid te dekken, niet alleen volledige arbeidsongeschiktheid. Zelfstandigen Bouw wil dat deze verplichting geldt voor alle private verzekeraars. Daarnaast komt in de consultatie de vraag naar voren of de beoogde publieke verzekering ook dekking biedt voor beroepsarbeidsongeschiktheid.

De regering interpreteert de oproep van Zelfstandigen Bouw zo dat er ook recht moet zijn op een uitkering bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, zoals in de Wet WIA (zie daarvoor de reactie hierboven), en dat er niet uitsluitend moet worden gekeken naar of het wettelijk minimumloon nog kan worden verdiend. De meest uitgebreide vorm is daarvoor een dekking tegen het risico dat men door ziekte of gebrek het eigen beroep niet meer kan uitoefenen.
Het kan zijn dat de zelfstandige recht heeft op een uitkering op grond van dit voorstel wanneer de zelfstandige zijn beroep niet meer uit kan oefenen, maar dat is geen regel. Omdat bij het bepalen van het recht op uitkering niet enkel gekeken wordt naar of de zelfstandige zijn beroep nog uit kan oefenen maar ook of de zelfstandige het wettelijk minimumloon nog kan verdienen, kan het dus zijn dat er geen recht op uitkering ontstaat ondanks dat de zelfstandige zijn beroep niet meer kan uitoefenen. Dat geldt indien er, binnen de medische mogelijkheden, in andere arbeid nog een inkomen verkregen kan worden van minimaal de hoogte van het wettelijk minimumloon. De regering merkt hierbij op dat de Wet WIA, ondanks een ander arbeidsongeschiktheidscriterium, ook geen verzekering tegen beroepsarbeidsongeschiktheid biedt.
Nu het arbeidsongeschiktheidscriterium niet wordt aangepast, wordt ook geen gehoor gegeven aan het verzoek van Zelfstandigen Bouw dat alle verzekeraars ook alle vormen van arbeidsongeschiktheid moeten dekken om aan de opt-out eisen te voldoen. Het staat de private verzekeraars evenwel vrij om verzekeringen aan te bieden die ruimere dekking bieden dan de publieke verzekering.

MIND wijst er op dat voor de beoordeling of iemand arbeidsongeschikt is opnieuw gebruik zal worden gemaakt van het CBBS, waarin mensen vaak niet te vangen zijn door de ééndimensionale meting van wat mensen nog kunnen. Juist bij psychische klachten ziet MIND dat dit vaak mis gaat en onvoldoende aansluit bij het leven van een persoon. De afgelopen jaren is door MIND met UWV samengewerkt aan meer begrip voor onze achterban. Door opnieuw weer de systeemwereld zo centraal te zetten met strenge beoordelingen of het minimumloon nog kan worden verdiend, is de kans volgens MIND groot dat hun achterban zich opnieuw onbegrepen voelt. MIND roept daarom op om niet te toetsen of het minimumloon nog verdiend kan worden, maar te kijken naar de ziektelast en de invloed die dit heeft op het nog kunnen functioneren als zelfstandige.

Bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt in dit wetsvoorstel gekeken of de zelfstandige nog in staat is om een basisfunctie, met een loon rond of op het wettelijk minimumloon, uit te oefenen. Deze basisfuncties komen weliswaar uit het CBBS, maar zoals uiteengezet in hoofdstuk 7 van deze toelichting wordt de zelfstandige actief betrokken bij de beoordeling. Samen met de zelfstandige wordt bekeken welke belemmeringen de zelfstandige ervaart en of die belemmeringen een knelpunt kunnen vormen om

[382] Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2024). *Toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel*.

een basisfunctie uit te oefenen. Hierbij is er dus ruimte voor de zelfstandige om aan te geven welke psychische klachten diegene ervaart en waarom diegene hierdoor belemmerd wordt. De regering verwacht zodoende dat deze manier van beoordelen juist ruimte geeft om te kijken naar de ziektelast en de invloed die dit heeft op het nog kunnen functioneren van de zelfstandige. Dat doet er overigens niet aan af dat belemmeringen wel medisch objectiveerbaar dienen voort te vloeien uit ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling. De regering past het arbeidsongeschiktheidscriterium daarom niet aan.

Het Register Belastingadviseurs merkt ook op dat arbeidsongeschiktheidscriterium niet voor elke zelfstandige eenvoudig hanteerbaar kan blijken. Bijvoorbeeld in het geval de zelfstandige op basis van stukloon wordt betaald, per gecompleteerde opdracht of op commissiebasis bij langlopende verkooptrajecten. Ook merkt het Register Belastingadviseurs op dat een zelfstandige per definitie geen loon geniet en zo beschouwd nimmer “het wettelijk minimumloon” kan verdienen. Zij adviseren dan ook om het criterium te heroverwegen.

Zoals in paragraaf 5.4 van deze toelichting nader is toegelicht zal er geen inkomensvergelijking plaatsvinden bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In dit wetsvoorstel is niet relevant welk inkomen de verzekerde voorafgaand aan het intreden van ziekte of gebrek had, maar is de verdiencapaciteit van de verzekerde op basis van algemeen geaccepteerde arbeid op zichzelf leidend bij de vraag of iemand arbeidsongeschikt is. Deze verdiencapaciteit wordt getoetst aan de hand van basisfuncties. Het is voor de beoordeling zodoende niet relevant wat het precieze uurloon was van de zelfstandige voorafgaand aan het intreden van ziekte, leidend bij de beoordeling is de vraag of de zelfstandige de geselecteerde basisfunctie uit kan uitoefenen. De regering past het arbeidsongeschiktheidscriterium daarom niet aan.

Verhouding tot hoger recht
In enkele reacties wordt de vraag opgeworpen hoe het opgenomen arbeidsongeschiktheidscriterium zich verhoudt tot de internationale en Europese regelgeving. De NOvA vraagt zich af of het criterium de toets van het EU-recht kan doorstaan. Daarbij verwijst de NOvA tevens naar de constatering van OCTAS, die het arbeidsongeschiktheidscriterium van de Wet WIA te theoretisch is. Volgens de NOvA is het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid aan de hand van een basisfunctie nog veel theoretischer en kan nauwelijks nog reëel worden genoemd.

De regering is niet bekend met enig een ieder verbindende bepaling uit Europese of internationale wet- en regelgeving, die een obstakel zou zijn voor het gekozen arbeidsongeschiktheidscriterium. Waar de NOvA verwijst naar de constatering van OCTAS dat het arbeidsongeschiktheidscriterium uit de Wet WIA te theoretisch is, merkt de regering op dat in variant 1 (“Huidig stelsel beter”) van OCTAS voor hetzelfde arbeidsongeschiktheidscriterium wordt gekozen als in dit voorstel.[383]

Uitvoering geven aan het opgenomen arbeidsongeschiktheidscriterium
Adfiz pleit voor het inzichtelijk maken van de functies (en functieomschrijvingen) waarmee UWV gaat vaststellen of het minimummaandloon per maand verdiend kan worden. Dit wordt ook gevraagd door Radi AOV. Ook de Creatieve Coalitie geeft aan dat er nog onvoldoende duidelijk is over het arbeidsongeschiktheidscriterium. Zo is onvoldoende duidelijk hoe wordt omgegaan met de arbeidsomvang. Daarnaast wordt niet toegelicht of de uitkering wordt gebaseerd op een 40-urige werkweek.

In paragraaf 7.2 van deze toelichting wordt nader toegelicht hoe de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van de publieke verzekering werkt aan de hand van basisfuncties. In het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten zullen als gebruikelijk ten aanzien van de hiervoor beschreven in

[383] Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2024). *Toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel*.

aanmerking te nemen arbeid (de basisfuncties), en de waarborgen die aan die arbeid worden gesteld nadere en zo nodig afwijkende regels worden gesteld. Bij de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zal, zoals is toegelicht, gebruik worden gemaakt van het CBBS. Op basis hiervan zal UWV basisfuncties selecteren die voldoen aan wet- en regelgeving.

RADI AOV signaleert dat veel ondernemers die medewerkers in loondienst hebben, bij arbeidsongeschiktheid nog steeds winst maken, maar daar staan wel kosten voor vervanging etc. tegenover. Volgens het arbeidsongeschiktheidscriterium in de Baz zullen zij nooit voor een uitkering in aanmerking komen. Voor hen is een oplossing gewenst.

Zoals in paragraaf 5.4 van deze toelichting beschreven is, geldt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling een absoluut criterium. Voor de vraag of iemand arbeidsongeschikt is wordt niet gekeken naar de feitelijke inkomsten, maar is de vraag leidend of iemand nog in staat is om met arbeid het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. Daardoor ontstaat recht op een uitkering. De eventuele winst uit onderneming die de verzekerde nog ontvangt wordt verrekend met de uitkering.

19.1.11 Reacties over preventie en re-integratie

Preventie
SharePeople geeft aan dat met dit voorstel niet nagestreefd wordt dat (minder) zelfstandigen (minder) lang arbeidsongeschikt, en dat goede toegang tot arbeidsgerelateerde zorg niet wordt geregeld. Sharepeople geeft aan dat een aantal aanpassingen in deze wet – zoals het verlengen van de wachttijd naar 104 weken – dit effect kunnen mitigeren, waarbij zelfstandigen zelf verantwoordelijk moeten worden voor het voorkomen van arbeidsongeschiktheid.

Verder wordt in een aantal reacties opgemerkt dat er in het wetsvoorstel meer focus moet liggen op preventie en een zo snel mogelijke inzet van re-integratiebegeleiding. Twee voorbeelden van reacties: *Veel meer inzetten op preventie van klachten en ziekte, waardoor er minder beroep gedaan hoeft te worden op een AOV"* en *"zorg dat er aandacht is voor juiste begeleiding in het begin."* Ook in andere reacties wordt gepleit voor re-integratiebegeleiding vanaf de eerste ziektedag: *Snelle en deskundige begeleiding is cruciaal voor een duurzaam herstel*.

De regering erkent het belang van vroegtijdige re-integratie. Met het voorstel wordt geregeld dat zelfstandigen ook in de wachttijd bij UWV kunnen aankloppen voor re-integratieondersteuning. Er geldt daarbij geen re-integratieplicht. Enerzijds voorziet de regering hiermee in de behoefte van zelfstandigen die ondersteuning nodig hebben, anderzijds blijft er ruimte voor de eigen verantwoordelijkheid van de zelfstandige om zelf invulling te geven aan zijn of haar re-integratie.

Daarnaast onderstreept de regering het belang van goede toegang tot arbeidsgerelateerde zorg en preventie. Afspraken rondom goede arbeidsomstandigheden bij de inzet van een zelfstandige zijn uitgewerkt in de Arbeidsomstandighedenwet. Binnen verschillende branches zijn hiervoor richtlijnen gemaakt. Verder is in de Arbovisie 2040 preventie, ook voor zelfstandigen, specifiek als prioriteit benoemd en worden er buiten dit wetsvoorstel initiatieven ontwikkeld om hier extra aandacht aan te besteden.

Re-integratie tijdens de wachttijd en de uitkering
De uitkeringsgerechtigde zelfstandige zal, indien dat mogelijk is, re-integratie-inspanningen moeten verrichten. Onderdeel daarvan is ook dat er soms ook gekeken moet worden naar de mogelijkheden om werk in loondienst, dus als werknemer, te vinden. In enkele reacties is aangeven dat dit ongewenst is omdat dit ten koste gaat van de keuze om als zelfstandige door het leven te kunnen gaan.

Verder geeft NMV aan dat de dienstverlening niet realistisch is en te ver af staat van de praktijk. Daarbij geeft de vakbond aan: *Er is geen hulp van een publieke dienstverlener nodig. Met re-integratie loopt men het*

risico een al moeilijk verkrijgbare uitkering kwijt te raken. De wetgever lijkt geen realiteitszin te hebben over haar bevoegdheden en de rol als ondernemer op het eigen agrarisch bedrijf. Als een agrarisch ondernemer voorzienbaar langer dan een jaar arbeidsongeschikt zal zijn, kan de ondernemer in de praktijk andere keuzes maken over het al dan niet geheel of gedeeltelijk voortbestaan van de onderneming.

Bij de re-integratieondersteuning houdt de regering er rekening mee dat zelfstandigen bewust hebben gekozen voor het zelfstandig ondernemerschap en de risico's die daarbij horen. Daarom ligt de verantwoordelijkheid voor re-integratie in de wachttijd bij de zelfstandige zelf en is er op dat moment geen verplichting tot deelname aan re-integratie. Zij kunnen er dus voor kiezen om, zonder consequenties, geen gebruik te maken van de beschikbare re-integratieondersteuning door UWV. Tegelijkertijd beoogt het wetsvoorstel tegemoet te komen aan zelfstandigen die wél behoefte hebben aan ondersteuning.

Bij zowel de vrijwillige re-integratieondersteuning in de wachttijd als de verplichte re-integratie tijdens de uitkering geldt in eerste instantie dat dient te worden nagegaan of de eigen arbeid als zelfstandige, al dan niet met aanpassingen, naar verwachting nog zal kunnen worden verricht. Als dit niet mogelijk is, wordt van de verzekerde verwacht dat die diens inspanningen richt op ander passend werk. Daarbij kan worden gedacht aan werk in loondienst, maar ook aan ander passend werk als zelfstandige.

Het re-integratieplan wordt altijd in samenspraak met de verzekerde opgesteld en wordt afgestemd op de individuele behoeften en mogelijkheden. Daarmee wordt maatwerk nagestreefd. Bovendien bestaat er een mogelijkheid tot het indienen van een bezwaarschrifttegen het re-integratieplan.

Op deze manier biedt de regering zelfstandigen de ruimte om hun werk als zelfstandige voort te zetten indien dit mogelijk is. Tegelijkertijd wordt rekening gehouden met hun bewuste keuze voor het ondernemerschap. De verdere uitwerking hiervan is te vinden in hoofdstuk 8 van deze toelichting.

No-riskpolis verbreden
Adfiz is positief over de opname van de no-riskpolis vóór de publiek verzekerde (na de wachttijd). Adfiz pleit echter, in het kader van het beoogde gelijkere speelveld de no-riskpolis ook uit te breiden naar de groep privaat verzekerden (opt-out en overgangsrecht). Deze oproep wordt ook in andere reacties herhaald. Ook wordt gepleit om de no-riskpolis en proefplaatsing breder toe te kennen dan alleen aan uitkeringsgerechtigden, en daarbij rekening te houden met het loondervingsprincipe.

Het voorstel regelt dat voor publiek verzekerde zelfstandigen die zijn afgewezen voor een uitkering het instrument no-riskpolis beschikbaar is. Het instrument is daarmee op een bredere groep van toepassing dan alleen uitkeringsgerechtigden. Voor proefplaatsing is dit niet het geval. Voor de proefplaatsing geldt namelijk dat dit verband houdt met de aanwezigheid van een uitkering. Een proefplaatsing kan daarom niet worden ingezet voor mensen zonder uitkering van UWV. Dit betekent dat de proefplaatsing niet breder kan worden toegekend aan bijvoorbeeld zelfstandigen die zijn afgewezen voor een uitkering, wat wel geldt voor het instrument no-riskpolis. De regering heeft hierbij bewust gekozen om de inzet van de no-riskpolis en proefplaatsing alleen beschikbaar te stellen voor publiek verzekerde zelfstandigen. De zelfstandige valt door gebruik te maken van het overgangsrecht of opt-out onder de verantwoordelijkheid van de private verzekeraar en de regering vindt het onwenselijk dat privaat verzekerde zelfstandigen dan wel gebruik kunnen maken van publieke instrumenten. Dit neemt niet weg dat de private verzekeraar soortgelijke instrumenten kan ontwikkelen en kan inzetten om de re-integratie van privaat verzekerde zelfstandigen te bevorderen. Naar aanleiding van de reacties in de internetconsultatie is bovenstaande in hoofdstuk 8 van deze toelichting verduidelijkt.

19.1.12 Reacties over de opt-out
In veel reacties wordt gevraagd om een opt-out voor een bepaalde groep van zelfstandigen, waarbij lijkt te zijn bedoeld dat zij in het geheel niet onder de verzekeringsplicht moeten vallen. Deze reacties zijn

behandeld in paragraaf 19.1.4. Waar het gaat om een brede oproep om de opt-outvoorwaarden voor de gehele groep zelfstandigen te versoepelen, worden deze oproep behandeld in paragraaf 19.1.19.

Er zijn verschillende vragen en opmerkingen over de vormgeving van de opt-out.

De Vereniging ZZP Nederland geeft aan niet te begrijpen waarom er bij het toetsingskader een minimale premie-eis is opgenomen. De Vereniging geeft aan: *Sommige (jonge) mensen in lage risicogroepen komen nog niet eens uit op de helft van de publieke premie. Dit houdt in dat verzekeraar en verzekerde gedwongen worden bewust en kunstmatig op te plussen in dekking of verzekerd inkomen tot het bedrag van de publieke premie wordt bereikt. Dit zal vreemde vormen aannemen als de publieke premie in de loop der jaren hoger is geworden. Dit is ongewenst. De stabiliteitsbijdrage zorgt voor meer evenwicht tussen publieke en private verzekerden. Maar reken hier enkel ex ante een absoluut bedrag voor, dat de gehele looptijd van de BAZ gelijk blijft. Laat in de wet de minimale premie-vereiste geheel vervallen.*

Bij de voorgestelde vormgeving van een duaal stelsel met opt-out treedt er naar verwachting risicoselectie op wat ertoe kan leiden dat de lastendekkende premie van de publieke verzekering stijgt en dat de betaalbaarheid van de publieke verzekering onder druk komt te staan. Dit vindt de regering ongewenst. Om zelfstandigen de ruimte te geven om een verzekering af te sluiten op de private markt, zonder dat dit nadelige consequenties heeft op de betaalbaarheid van de publieke verzekering is besloten om het effect van risicoselectie op de premie tegen te gaan. Dit is in lijn met het advies van de Stichting van de Arbeid. Zoals toegelicht in paragraaf 10.2 van deze toelichting wordt dit enerzijds gedaan door het minimale premie-vereiste en anderzijds door het heffen van een stabiliteitsbijdrage. 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. De regering acht deze combinatie noodzakelijk voor volledige risicoverevening en gaat dan ook niet mee in het voorstel om het minimale premie-vereiste geheel te laten vervallen.

Het Verbond van Verzekeraars geeft aan dat verzekeraars in de kern voldoende ruimte biedt om op passende en klantvriendelijke wijze invulling te geven aan de opt-out. Tegelijkertijd geeft het Verbond aan dat er nog verschillende onzekerheden aan de opt-out zitten, met als belangrijke inhoudelijke aandachtspunten onder meer hoe de bestaande onduidelijkheid in het wetsvoorstel over hoe Europese Verordening 883/04 doorwerkt in de opt-out en diverse vraagstukken rond de nadere invulling van het toetsingskader opt-out waaronder de zorg over de huidige formulering ten aanzien van de doorwerking van het publieke arbeidsongeschiktheidscriterium in het toetsingskader.

Tijdens de totstandkoming van dit wetsvoorstel heeft de regering diverse gesprekken met het Verbond van Verzekeraars gevoerd. Met name rondom de mogelijkheid van het overgangsrecht en de opt-out, omdat private verzekeraars daar een belangrijke rol hebben. Op de opmerking van het Verbond van Verzekeraars ten aanzien van de doorwerking van het publieke arbeidsongeschiktheidscriterium in het toetsingskader wordt hieronder verder ingegaan, de opmerking over de doorwerking van de Europese Verordening 883/04 in de opt-out wordt ingegaan in paragraaf 16.1.
Als onderdeel van het minimale dekking-vereiste geldt dat als de verzekerde geen wettelijk minimumloon op maandbasis meer kan verdienen zij ten minste een gelijke uitkering moeten ontvangen dan dat het geval zou zijn geweest bij de publieke verzekering. De private verzekeraar moet, om dit te kunnen beoordelen, vaststellen of een verzekerde nog met arbeid ten minste het wettelijk minimumloon per maand kan verdienen of niet. Het is aan de verzekeraar om te bepalen op welke manier zij dat willen vaststellen en dat kan ook afwijken van de methode die UWV daarvoor gebruikt. Bovenstaande is ook nader toegelicht in paragraaf 10.5.1.

Minimale dekking
Adfiz vraagt om inzicht of het verbod op medische uitsluitingen (als onderdeel van het toetsingskader van de opt-out) alleen ziet op individuele medische uitsluitingen (gericht op een specifiek persoon). Kan een verzekering die voor de volledige groep verzekerden, dus niet voor een specifiek individu, bepaalde aandoeningen uitsluit wel onder het toetsingskader van de opt-out vallen?

In het voorstel is opgenomen dat om te voldoen aan het toetsingskader geen medische uitsluitingen gesteld mogen worden, dit om te borgen dat de private verzekering minimaal op hoofdlijnen een vergelijkbare dekking geeft als de publieke verzekering. Dat houdt in dat er in geen enkele vorm medische uitsluitingen aan de verzekering gebonden mogen worden. Dat betreft dus ook dat het niet toegestaan is om bij een verzekering bepaalde aandoeningen uit te sluiten. Wel heeft de private verzekeraar anders dan de publiek verzekering geen acceptatieplicht.

Adfiz geeft aan dat de meeste huidige privaatrechtelijk tot stand gekomen AOV's werken met een arbeidsongeschiktheidspercentage. Het wetsvoorstel zou volgens Adfiz leiden tot de, wat betreft Adfiz, onredelijke situatie dat bij een AO-percentage van 35% een uitkering van bijvoorbeeld € 17.500 per jaar niet zou voldoen aan het toetsingskader omdat het uitkeringsbedrag onder het wettelijk minimumloon zou komen. Volgens Adfiz is dit op te lossen door het eerste zinsdeel van artikel 11, eerste lid, onderdeel e, van het voorstel aan te passen naar "de hoogte van de uitkering bij volledige arbeidsongeschiktheid".

De vermelde voorwaarden waaraan de verzekeringsovereenkomst minimaal dient te voldoen, dienen in onderlinge samenhang te worden bezien. De vermelde voorwaarden vormen gezamenlijk de ondergrens van de verzekeringsoverkomst op grond waarvan kan worden geopt-out. Dit houdt in dat indien de verzekerde wegens ziekte, gebrek, bevalling of zwangerschap niet meer in staat is het wettelijk minimumloon per maand te verdienen recht heeft op een uitkering van ten minste 70% van het genoten inkomen (waarbij het genoten inkomen wordt gemaximeerd tot 142,86% van het wettelijk minimumloon). Zoals in paragraaf 10.5.1 van deze toelichting is toegelicht, is het verzekeraars toegestaan om een ruimere dekking te bieden en dus ook reeds uitkeringen te verstrekken indien sprake is van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid waarbij de zelfstandige nog wel het wettelijk minimumloon per maand kunnen verdienen. In dat geval hoeft de uitkering niet minimaal het wettelijk minimumloon te bedragen.

RADI AOV wijst er op dat de door RADI gemaakte opmerkingen inzake de uitkeringsdrempel, woonlastenverzekeringen en netto-verzekeringen ook van toepassing zijn op opt-outverzekeringen.

Een reactie hierop wordt gegeven in paragraaf 19.1.14.

In een enkele reactie wordt erop gewezen dat voor bepaalde zware beroepen het niet mogelijk is om een private verzekering af te sluiten die een uitkering biedt tot de AOW-gerechtigde leeftijd. Dit acht de inzender discriminatoir, nu daardoor deze beroepen nooit een soortgelijke private verzekering als de Baz kunnen aangaan en daarmee een opt-out niet mogelijk is. Verzocht wordt om hierop een oplossing te vinden.

De regering acht het noodzakelijk dat elke zelfstandige een adequate inkomensvoorziening heeft tot zijn AOW-gerechtigde leeftijd. De regering vindt het niet wenselijk dat private producten dan een eerdere eindleeftijd kennen dan de gewenste AOW-gerechtigde leeftijd, vandaar dat ook in het toetsingskader van de opt-out is opgenomen dat een opt-outverzekering moet lopen tot de AOW-gerechtigde leeftijd. Dit ook 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 regering vindt het onwenselijk dat in die situatie de zelfstandige dan onverzekerd is, terwijl het doel van het wetsvoorstel is dat iedere zelfstandige een adequate inkomensvoorziening heeft bij arbeidsongeschiktheid. Om in dat

geval dan in te regelen dat zelfstandigen voor de resterende tijd tot het bereiken van de AOW-gerechtigde leeftijd terug kunnen vallen op de publieke verzekering acht de regering ook niet wenselijk. Er ontstaan dan een risico dat er vanuit de verzekeraars risicoselectie gaat plaatsvinden en dat ondergraaft de solidariteit en daarmee de betaalbaarheid van de publieke verzekering.

19.1.13 Reacties over de stabiliteitsbijdrage

Wie uiteindelijk aan de stabiliteitsbijdrage moet bijdragen
Vereniging ZZP Nederland doet het voorstel om alleen zelfstandigen die gebruikmaken van de opt-outregeling, een stabiliteitsbijdrage te laten betalen. De groep zelfstandigen die onder het overgangsrecht valt, dan wel via het afsluiten van de vrijwillige verzekering Wet WIA, dan wel doordat een private verzekering is afgesloten, zouden niet moeten bijdragen. Vereniging ZZP Nederland geeft aan dat deze groepen altijd haar verantwoordelijkheid hebben genomen om zich te verzekeren, en worden nu “gestraft” met een extra kostenpost, omdat er voor anderen iets geregeld moet worden. RADI AOV pleit voor hetzelfde, en ook de NOA geeft dit in overweging.

De Koninklijke INretail, Koninklijke ANKO, Dibevo en Koninklijke Nederlandse Slagers stelt de vraag waarom deze stabiliteitsbijdrage alleen geldt voor privaat verzekerden. Ook een groot deel van de publiek verzekerden heeft de keuzevrijheid, maar niet ieder gebruikt deze om eruit te stappen. Dit onderscheid komt volgens de brancheorganisaties over als “een boete op goed gedrag.”.

In paragraaf 10.2 en 10.3 van dit wetsvoorstel is toegelicht waarom de regering het wenselijk vindt in het kader van de betaalbaarheid van de publieke verzekering om risicoverevening plaats te laten vinden middels het heffen van een stabiliteitsbijdrage en ziet dit dan ook niet als een boete. In paragraaf 10.3 zijn vier redenen gegeven waarom de regering het gerechtvaardigd vindt dat ook zelfstandigen die onder het overgangsrecht vallen een stabiliteitsbijdrage moeten betalen. De genoemde redenen hebben allemaal betrekking op de doelen van dit wetsvoorstel, namelijk het regelen van een adequate inkomensvoorziening voor iedereen en het creëren van een gelijker speelveld tussen zelfstandigen onderling. De regering vindt het op basis daarvan niet passend om over de overgangsrechtpopulatie geen stabiliteitsbijdrage te heffen, aangezien dat niet aansluit bij de gestelde doelen van het wetsvoorstel. Hierbij merkt de regering op dat ook de overgangspopulatie belang hebben bij een toegankelijke publieke markt, aangezien zij mogelijk na het bereiken van de technische eindleeftijd terug moeten vallen op de publieke verzekering.

Raming van de stabiliteitsbijdrage
Adfiz verzoekt volledig inzicht in de rekenregels die worden gebruikt om het jaarlijks percentage van de stabiliteitsbijdrage te bepalen. RADI AOV dringt aan op een spoedige inschatting van de hoogte van de stabiliteitsbijdrage. Het Verbond van Verzekeraars vraagt aandacht voor het door het Verbond vastgestelde feit dat in het wetsvoorstel de hoogte van deze bijdrage in de eerste jaren wordt gebaseerd op een raming met onzekerheidsmarge. Pas enkele jaren na implementatie van de wet kan de hoogte van de stabiliteitsbijdrage feitelijk worden vastgesteld. Binnen de sector bestaan zorgen over het gegeven dat deze onzekerheid kan leiden tot een onnodig hoge premie voor privaat verzekerden bij de start van de regeling, waardoor het ontstaan van een stabiele duale markt wordt belemmerd. Bijvoorbeeld omdat de stabiliteitsbijdrage vanuit prudent oogpunt te hoog wordt vastgesteld.

De rekenregel achter de vaststelling van de stabiliteitsbijdrage is dat de bijdrage zo wordt vastgesteld dat deze gelijk is aan het bedrag dat volgens de beste inzichten nodig is om de risicoverevening tussen de publiek en privaat verzekerden, zoals beschreven in paragraaf 10.3 van deze toelichting, te bereiken. Hierdoor worden de gevolgen van het hebben van een duale markt op de publieke premie ondervangen. Samen met het Verbond van Verzekeraars is een model ontwikkeld om de effecten van uitstapgedrag naar private verzekeringen te modelleren, om op die manier de hoogte van de benodigde stabiliteitsbijdrage

vast te stellen. Zie voor een nadere toelichting hierop ook paragraaf 17.1.4, die op sommige punten naar aanleiding van bovenstaande opmerkingen is uitgebreid. De regering gaat daar nader in op de verwachte stabiliteitsbijdrage die de eerste jaren gevraagd zal worden (volgens huidige inzichten circa € 25 tot € 35 per maand) en ook over de verdere vaststelling van de bijdrage in de toekomst.

Overige vragen over de stabiliteitsbijdrage
Adfiz vraagt of het correct is dat een private AOV met veel ruimere dekking dan de Baz voldoet aan het minimale premie-vereiste als de verzekeraar een totaalpremie (inclusief stabiliteitsbijdrage) van € 195 per maand voor deze verzekering vraagt?

Zoals uiteengezet in paragraaf 10.5.1 van deze toelichting kan de verzekeraar het minimale bruto premiebedrag voor het minimale premie-vereiste 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. Indien wordt uitgaan van het geldende wettelijk minimumloon in 2025 en de verwachte publieke premie van 5,4% dan is het minimale bruto premiebedrag € 171 per maand in het geval dat er sprake is van de maximale uitkeringsgrondslag (de genoemde € 195 bruto in de vraag betreft de opgenomen verwachte premie in de internetconsultatieversie, de verwachte bruto premie is nu bijgesteld naar € 171 per maand). Het is aan de verzekeraar of zij in dit bedrag de te betalen stabiliteitsbijdrage willen doorberekenen aan de zelfstandige, de regering schrijft hier niks specifieks voor. Indien de verzekeraar ervoor kiest om de stabiliteitsbijdrage in de premie te verdisconteren en een bruto premie te vragen van € 171 per maand dan voldoet de verzekeraar inderdaad aan het minimale premie-vereiste. De toelichting in paragraaf 10.5.3 over de wijze van betaling van de stabiliteitsbijdrage is op dit punt verduidelijkt.

RADI AOV vraagt of de stabiliteitsbijdrage als onderdeel van de premie fiscaal aftrekbaar is.

Zoals toegelicht in paragraaf 9.7 van deze toelichting is de premie voor de verzekering veelal een uitgave voor inkomensvoorziening en daarom aftrekbaar van het belastbare inkomen. Indien en voor zover de stabiliteitsbijdrage door de private verzekeraar wordt doorberekend in de premie, is deze dan ook fiscaal aftrekbaar, aangezien de premie zelf aftrekbaar is van het belastbare inkomen.

19.1.14 Reacties over het overgangsrecht

Maximale wachttijd
De Vereniging ZZP Nederland signaleert dat er in het overgangsrecht is opgenomen dat, wil een verzekering in aanmerking komen voor het overgangsrecht, de in de verzekeringspolis opgenomen wachttijd maximaal een wachttijd van 52 weken mag kennen. De Vereniging doet een voorstel voor aanpassing naar 104 weken, nu veel zelfstandigen een verzekering hebben afgesloten met die wachttijd. Zonder aanpassing zou in het slechtste geval een zelfstandige die een wachttijd van 104 weken is overeengekomen, niet in aanmerking komen voor het overgangsrecht. Ook SharePeople roep op tot ruimhartig overgangsrecht en geeft in overweging om de termijn naar twee jaar te verlengen, net als De Koninklijke INretail, Koninklijke ANKO, Dibevo en Koninklijke Nederlandse Slagers. RADI AOV wijst evenzeer op dit punt.

Aan dit onderbouwde en veel terugkerende verzoek tot een langere wachttijd, als minimumvoorwaarde voor het overgangsrecht, is gevolg gegeven. Daardoor kunnen ook verzekeringsproducten die, bijvoorbeeld na een weloverwogen advies, een wachttijd van meer dan 52 weken maar niet meer dan 104 weken hebben onder het overgangsrecht vallen. Ook combineert die wachttijd met de vaak twee jaar durende periode van de schenking(en) uit de meeste schenkringen waardoor een, onder meer door SharePeople geopperde, combinatie van aansluiting bij een schenkring en daarop aansluitende uitkering op grond van een “overgangsproduct” met een maximale wachttijd van 104 weken mogelijk is. De verlenging van de minimale wachttijd van 52 weken naar 104 weken sluit daarnaast ook aan bij de

overwegingen om de wachttijd voor de publieke verzekering en het minimale dekking-vereiste voor de opt-out te verlengen naar 104 weken. Dit heeft voor wat betreft het overgangsrecht geleid tot aanpassing van artikel 74 en paragraaf 12.2.1 van deze toelichting.

De uitkeringsdrempel
In het ter internetconsultatie voorgelegde voorstel zijn een aantal voorwaarden gesteld waaraan een verzekering moet voldoen om aan de voorwaarden van het overgangsrecht te voldoen. Een van die voorwaarden is dat er in ieder geval recht op uitkering dient te ontstaan bij een arbeidsongeschiktheidspercentage van 25% of meer.

Adfiz pleit voor een hogere minimale uitkeringsdrempel in het overgangsrecht dan 25%. Volgens Adfiz komt de zelfstandige in overleg met een financieel adviseur vaak tot een weloverwogen advies over de samenstelling van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Adfiz stelt daarbij dat het in de praktijk vaak voorkomt dat een hogere uitkeringsdrempel dan 25% in een specifieke situatie een goed en passend advies kan zijn. Door de drempel op 25% te zetten worden veel zelfstandigen gedwongen een uitgebreidere dekking af te sluiten dan in hun situatie noodzakelijk is meent Adfiz. Adfiz pleit dan ook voor een verhoging van die drempel naar 35%.
RADI AOV pleit ook voor een hogere uitkeringsdrempel, en wijst er daarbij aanvullend op dat er in de private markt verzekeringen zijn afgesloten tegen een minimale uitkeringsdrempel van 45%, die – in combinatie met het arbeidsongeschiktheidscriterium “ongeschikt voor eigen beroep” – een betere dekking zou kunnen bieden dan voorliggend voorstel.

Peildatum
Adfiz pleit om bij de peildatum uit te gaan van de aanvraagdatum van de arbeidsongeschiktheidsverzekering in de plaats van de ingangsdatum van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ook pleit Adfiz ervoor om de peildatum gelijk te stellen aan de ingangsdatum van het voorstel. Dit standpunt wordt ook ingenomen in een andere reactie: *Hierbij wordt … tijd en ruimte geboden om voorzieningen die net niet aan het overgangsrecht voldoen daarop aan te passen. Dat dit een ongewenst effect met zich meebrengt is ondergeschikt aan het doel van deze basisverzekering. Deze ongewenste effecten kunnen wellicht met de stabiliteitspremie verdisconteerd worden. Het draagt in ieder geval bij aan uitlegbaarheid en uitvoerbaarheid en komt ook tegemoet aan de ondernemers die hun verantwoording wèl nemen of genomen hebben.*

Adfiz pleit er ook voor de peildatum ruim van te voren te communiceren zodat zo veel mogelijk mensen zich al vóór die tijd en vóór de ingang van het voorstel hebben verzekerd. Adfiz stelt dat elke zelfstandige die zich hierdoor al vóór de ingang van het voorstel privaat verzekerd mooi meegenomen is (in de geest van het voorstel).

RADI AOV geeft aan dat er snel duidelijkheid gewenst is omtrent het overgangsrecht en de peildatum voor het overgangsrecht. RADI signaleert dat zelfstandigen, adviseurs en verzekeraars op dit moment onvoldoende weten waar ze aan toe zijn. RADI verzoekt en noemt daarbij ook een aantal niet-limitatieve situaties om duidelijkheid te geven wat het wettelijk kader is in een aantal situaties.

De regering kiest ervoor bij de peildatum uit te gaan van het moment waarop de verzekering tot stand is gekomen (dus de verzekering moet tot stand zijn gekomen vóór de peildatum). Daarmee wordt binnen het overgangsrecht enerzijds ruimte gegeven voor verzekeringen die reeds voor de peildatum tot stand zijn gekomen. Anderzijds wordt voorkomen dat verzekeringen tot stand worden gebracht met uitsluitend of mede als doel slechts te hoeven voldoen aan de lichtere voorwaarden van het overgangsrecht. De regering heeft nog geen zogeheten peildatum gepubliceerd, en neemt de reacties mee in de overweging wanneer een dergelijke peildatum wordt gepubliceerd.

Overige vragen bij het overgangsrecht
Adfiz vraagt of een zelfstandige ook de mogelijkheid om een privaatrechtelijke arbeidsongeschiktheidsverzekering die onder het overgangsrecht valt over te sluiten naar een andere privaatrechtelijke verzekeraar, zonder dat op dat moment de voorwaarden van de opt-out van kracht worden?

Indien er sprake is van een totstandkoming van een private arbeidsongeschiktheidsverzekering op of na de peildatum die op grond van artikel 74 is vastgesteld wordt niet meer voldaan aan de voorwaarden voor het overgangsrecht. Dat neemt met zich mee dat de betreffende tot stand gekomen verzekering niet, op basis van het overgangsrecht, kan leiden tot een ontheffing van de publieke verzekering. Om alsnog tot de ontheffing van de publieke verzekering(splicht) te komen dient de private verzekering te voldoen aan de voorwaarden van de opt-out**.** Een andere werking van het overgangsrecht zou (kunnen) leiden of uitgelegd kunnen worden als een potentieel levenslang recht op een uitzonderingspositie terwijl het overgangsrecht uitsluitend is bedoeld om reeds voor de peildatum tot stand gekomen overeenkomst, mits aan de minimale voorwaarden voldaan, te respecteren. Na het eindigen van betreffende overeenkomst eindigt ook de ontheffing op grond van het overgangsrecht.

In een enkele reactie is opgeroepen dat voor arbeidsongeschikte zelfstandigen voor wie een technische eindleeftijd is opgenomen in de verzekeringspolis (dus per definitie vallend onder het overgangsrecht), in aanmerking kunnen komen voor een uitkering voor UWV (op grond van de in dit voorstel geldende uitkeringsvoorwaarden).

De regering vindt het niet wenselijk om genoemde groep een publieke uitkering te verstrekken. Genoemde groep zelfstandigen een publieke uitkering verstrekken zou afdoen aan het draagvlak onder de verzekering. De verzekering is uitsluitend bedoeld voor zelfstandigen die nog niet arbeidsongeschikt zijn geworden op het moment dat zij publiek verzekerd raken. Het wel verstrekken van een uitkering aan deze groep is ook onvoldoende onderscheidend ten opzichte van zelfstandigen die om andere redenen dan vanwege het bereiken van de technische eindleeftijd niet of niet langer recht hebben op een private uitkering.

Het Verbond van Verzekeraars geeft aan dat er nog onduidelijkheid bestaat over de wijze waarop de ondergrens van het overgangsrecht doorwerkt in de praktijk.

Bij de totstandkoming van het overgangsrecht is een evenwicht gezocht tussen enerzijds het eerbiedigen van bestaande rechten en anderzijds het stellen van een aantal minimumvereisten. De regering blijft het gesprek voeren met private verzekeraars hoe het overgangsrecht, waaronder de genoemde ondergrens, door dient te werken in de praktijk.

RADI AOV geeft aan dat woonlastenverzekeringen ten onrechte categorisch zijn uitgesloten. Niet de productnaam van de verzekering moet leidend zijn bij het beoordelen of een verzekering voldoet aan de minimumvereisten, maar de dekking.

Het klopt dat ten onrechte woonlastenverzekeringen categorisch in de memorie van toelichting waren uitgesloten. Dit is gewijzigd in paragraaf 12.2.1 en in paragraaf 10.5.1, zodat naar voren komt dat veel van de producten die nu onder de noemer woonlastenverzekering worden aangeboden, niet voldoen aan de kaders voor het overgangsrecht respectievelijk opt-out. Indien wel wordt voldaan aan dat kader, kunnen ook zelfstandigen met een woonlastenverzekeringen worden ontheven van de verzekeringsplicht.

Ditzelfde geldt voor verzekeringsproducten die onder een andere naam worden aangeboden, met een expliciete verwijzing naar een vraag van RADI AOV over of zogenaamde netto-verzekeringen onder het overgangsrecht kunnen vallen. Een verzekering moet aan alle in het wetsvoorstel gestelde voorwaarden voor overgangsrecht voldoen om onder het overgangsrecht te vallen. Indien met een netto-verzekering een verzekering wordt bedoeld die niet periodiek tot uitkering komt dan valt deze niet onder het

overgangsrecht (denk bijvoorbeeld aan een kapitaalverzekering die in één keer tot uitkering komt en waarvan de premie niet aftrekbaar is). Een van de voorwaarde van het overgangsrecht is tenslotte dat het product ten doel dient te hebben de persoon een *periodieke* uitkering te verlenen ter bescherming van derving van inkomen als gevolg van arbeidsongeschiktheid.

RADI AOV geeft tevens aan dat verzekeringen met een beperkte dekking zoals een product met een "exclusief psyche"-dekking of een "ernstige aandoeningen"-variant hetzelfde behandeld moeten worden als een verzekering met één of meerdere individuele medische uitsluitingen.

De minimumvereisten van het overgangsrecht kennen in het wetsvoorstel geen voorwaarden waar het gaat om medische uitsluitingen of een verzekering waar het gaat om genoemde ruimere of categorale uitsluitingen zoals het genoemde voorbeeld van een "exclusief psyche-dekking". In die zin bestaat het veronderstelde onderscheid tussen die twee (individuele medische uitsluitingen en categorale medische uitsluitingen) ook niet waar het gaat om het overgangsrecht. De afwezigheid van medische uitsluitingen is wel een voorwaarde voor een ontheffing op grond van de opt-out. De introductie van de publieke arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen biedt voor zelfstandigen die nu alleen een private verzekering met medische uitsluitingen kunnen afspreken toegang tot een arbeidsongeschiktheidsverzekering zonder die uitsluitingen.

19.1.15 Reacties inzake schenkkringen

In verschillende reacties wordt verwezen naar afgesloten schenkkringen. Deze vorm van solidariteit tussen zelfstandigen onderling worden, gezien de reacties, zeer gewaardeerd. Veel reacties verzoeken om de wachttijd naar twee jaar (of 104 weken) te verlengen, om juist de ruimte voor schenkkringen optimaal te benutten. Hierop wordt in paragraaf 19.1.7 nader ingegaan.

In enkele reacties wordt anderszins aandacht gevraagd voor schenkkringen. Zo stelt een adviseur uit de cultuursector onder andere: *De betaalbare optie van een broodfonds wordt niet besproken of verdisconteerd in dit voorstel, jammer!*. Ook de Vereniging voor Beroepschartervaart geeft aan: *Wij begrijpen de keuze voor een verplichting, maar er zou meer keuzevrijheid moeten zijn voor zelfstandigen in de vormgeving van hun AOV-verzekering (eventueel broodfondsen als alternatief beschouwen*), [...] *Wij wijzen op de financiële onmogelijkheid voor zelfstandigen om zowel een broodfonds (als dekking voor de eerste 52 weken) als een verplichte AOV-premie te betalen. Een lagere premie bij een combinatie hiervan zou reëel zijn*. Deze laatste oproep wordt ook geuit door de NMV.

Zelfstandigen Bouw geeft ook in overweging om de wachttijd te verlengen naar twee jaar om zo meer ruimte voor schenkkringen te behouden. Zelfstandigen Bouw signaleert hierbij het risico dat zelfstandigen hun schenkkring vaarwelzeggen om de premie voor dit voorstel te kunnen betalen, wat het probleem van onverzekerde zelfstandigen zou vergroten omdat de kans op kortdurende arbeidsongeschiktheid veel groter is dan langdurige arbeidsongeschiktheid.

De regering heeft mede om aangehaalde argumentatie reden gezien om de wachttijd op 104 weken te bepalen. De regering is echter niet van oordeel dat het wenselijk is om een soort combinatievoordeel te bieden, indien een schenkkring wordt gecombineerd met een publieke of private verzekering.

19.1.16 Reacties inzake het afsluiten van de vrijwillige verzekering

RADI AOV betreurt het dat de toegang tot de vrijwillige verzekeringen Wet WIA en ZW wordt afgesloten voor IB-ondernemers. Deze verzekeringen bieden een betere dekking voor een hoger maximumbedrag dan voorliggend voorstel en voorzien daarom in een behoefte. Daarom ziet RADI AOV graag dat toegang voor startende ondernemers mogelijk blijft. Ook de LCR vindt het een onverstandige keuze om de toegang tot de vrijwillige verzekering van UWV te laten verdwijnen, nu daarmee het niet meer mogelijk is binnen

hetzelfde stelsel verzekerd te blijven en er geen mogelijkheid is om verzekerd te zijn tegen gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid.

De regering heeft paragraaf 15.2 uitgebreid met de motivering waarom de vrijwillige verzekering voor nieuwe instroom wordt afgesloten.

RADI AOV wijst er op dat meewerkend partners straks een vrijwillige WIA-verzekering kunnen afsluiten. RADI vraagt daarnaast of voorzien is in overgangsrecht voor diegenen die al langer dan dertien weken meewerkend partner zijn.

De regering kiest ervoor om zo nodig bij invoeringswet de positie van meewerkend partners te regelen, zie paragraaf 15.10 van deze toelichting.

19.1.17 Reacties inzake de consequenties voor het werken als ondernemer

Een aantal zelfstandigen geeft aan dat deze wet hen laat heroverwegen om de onderneming voort te zetten. Zoals: *Deze wet gaat mij moeten laten het overwegen om als klein zelfstandig ondernemer door te blijven gaan. Ik kan deze kosten simpelweg niet verantwoorden, en doorberekenen aan mijn klanten.* En: *Naast alle andere opgelegde regels en de barre omstandigheden in de zorgsector kan dit voor mij betekenen om te stoppen als zzp'er in de zorg.* MIND geeft ook aan dat een deel van de achterban verwacht door de verplichtstelling te moeten stoppen met ondernemen. Ten slotte geven enkele reacties aan dat met dit voorstel de innovatie en de ondernemerskracht van Nederland wordt aangetast. Dit wetsvoorstel weerhoudt mensen om te (gaan) ondernemen, omdat zij vinden dat ondernemen minder loont.

Het kabinet erkent dat zelfstandigen die nu nog geen arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben, of een verzekering tegen een lagere premie, de hogere kosten niet in alle gevallen (volledig) zullen kunnen doorberekenen. Met als gevolg dat dit in bepaalde gevallen ertoe kan leiden dat mensen stoppen met het werken als zelfstandige. In paragraaf 17.2.2 gaat het kabinet in op deze gevolgen van dit wetsvoorstel. Het kabinet acht deze gevolgen proportioneel, in het licht van de doelen van de voorgestelde regeling.

Daarnaast geven enkele zelfstandigen aan dat ze door dit voorstel hun werk op een andere manier willen gaan invullen: niet langer als ondernemer, maar als DGA.

In bepaalde situaties zal het voorkomen dat zelfstandigen die werken als IB-ondernemer door dit wetsvoorstel een belasting- en premiedruk krijgen die hoger ligt dan die van de DGA. In dat geval kan er een financiële prikkel zijn om te veranderen van ondernemingsvorm. Dit is ook uiteengezet in paragraaf 17.2.5 van deze toelichting. Het kabinet verwacht dat dit voor een relatief kleine groep zelfstandigen het geval zal zijn en wijst op het belang van goed inzicht in de totale financiële gevolgen van het omzetten van de ondernemingsvorm, voordat ondernemers deze stap zetten. Eventueel door het inwinnen van advies van deskundigen. De gevolgen van het omzetten van de ondernemingsvorm strekken namelijk verder dan alleen de belasting- en premiedruk. Verder komt daar ook bij dat tegenover de premiekosten een inkomensverzekering staat die ook economische waarde vertegenwoordigt.

19.1.18 Reacties over de regeldruk

Het Verbond van Verzekeraars roept op om, waar het Verbond diverse uitvoeringselementen ziet bij de vormgeving van de opt-out die vragen om verdere uitwerking, te focussen op digitale en simpele oplossingen om onnodige administratieve lasten voor zowel private als publieke uitvoerders te voorkomen. Verzekeraars roepen daarbij wel op om te focussen op digitale en simpele oplossingen om onnodige administratieve lasten voor zowel private als publieke uitvoerders te voorkomen.

Waar het gaat om de uitvoering van hetgeen geregeld in het wetsvoorstel heeft ook de regering een voorkeur voor een zo simpel mogelijke, en een (administratief) zo min mogelijk belastende, vormgeving.

Dat is in het belang van alle betrokken partijen waaronder de betrokken zelfstandigen, verzekeraars en uitvoerders zoals UWV en de Belastingdienst. Bij de vormgeving van de uitvoering is uiteraard ook van belang dat deze past binnen vigerende wet- en regelgeving en niet ten koste gaat van de met dit wetsvoorstel beoogde doelen.
De NMV wijst er op dat door dit voorstel ondernemers met meer regeldruk en handhaving te maken krijgen. Daarom vindt de NMV het voorstel daarmee in strijd met het door coalitiepartijen gesloten hoofdlijnenakkoord. De NMV wijst er tevens op dat in de EU zich er zelfs bewust van is van te veel bureaucratie en regeldruk.
De regering acht het van belang van voorliggend voorstel zorgvuldig wordt afgewogen tegen het belang van een beperking van regeldruk voor ondernemers. Het kabinet heeft in het regeerprogramma aangekondigd dat er een verplichte verzekering voor zelfstandigen komt omdat het van groot belang is dat zelfstandigen beter beschermd zijn tegen verlies van inkomen in geval van langdurige arbeidsongeschiktheid en om een gelijker speelveld tussen werkenden te bevorderen. Over de regeldrukeffecten van dit wetsvoorstel en met het oog onnodige regeldruk te voorkomen heeft de toenmalig Minister van SZW advies gevraagd aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). Op 25 juli 2024 heeft het ATR advies uitgebracht waaruit twee punten zijn voortgekomen. Zie paragraaf 19.7 over de uiteenzetting daarvan en hoe daarmee rekening is gehouden.

19.1.19 Uitvoering door UWV en private verzekeraars

UWV
Een aantal reacties zien op de beoogde rol van UWV. Deze zijn meerledig. Ten eerste wordt gewezen op de problematiek die er nu bij UWV is om arbeidsongeschiktheidskeuringen tijdig te voldoen. Zo merkt Zelfstandigen Bouw op: *De uitvoering van de BAZ zou niet door UWV moeten worden gedaan gezien hun huidige problemen en focus op werknemersverzekeringen. Een aparte instantie of samenwerking met private verzekeraars zou effectiever kunnen zijn.* Een andere opmerking die hier betrekking op heeft komt van de Nederlandse Veiligheidsbranche: *"De invoering is afhankelijk gemaakt van de mogelijkheden die UWV heeft voor de keuringen. Daar zijn op dit moment al grote problemen en we voorzien dat die de komende jaren niet zijn opgelost waardoor invoering van deze wet weleens een proces van de lange adem kan zijn. Terwijl de problemen op de arbeidsmarkt op dit moment groot zijn.".* De Koninklijke INretail, Koninklijke ANKO, Dibevo en Koninklijke Nederlandse Slagers uit eenzelfde soort reactie, net als NMV en MIND.

De regering acht het juist wenselijk om de keuringen voor publiek verzekerden door UWV plaats te laten vinden. Daar is reeds expertise voorhanden bij het uitvoeren van dergelijke keuringen. Dat op dit moment er een mismatch is tussen vraag en aanbod in sociaal-medische beoordelingen die ook van invloed kan zijn op het moment van inwerkingtreding van dit voorstel, doet daar niet aan af.

Daarbij wordt in een reactie gevraagd: … *Daarnaast zijn er personeelstekorten. Wie bepaalt de mate van arbeidsongeschiktheid wanneer UWV geen ruimte heeft de private sector?*

UWV is niet degene die in de private sector de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling afneemt. Daarvoor is de (verzekeringsarts van de) private verzekeraar zelf verantwoordelijk.

Ten tweede spreekt uit enkele reacties wantrouwen hoe UWV deze wet inhoudelijk zal gaan uitvoeren (*"met inmiddels al ruim 4 jaar long covid heb ik ondervonden dat UWV mij destijds niet ziek vond, en mijn klachten niet begreep. Van alle verplichtingen en keuringen, waar ik toen te ziek voor was, en dreigementen van 'niet meewerken' heb ik een ernstige terugval gekregen*).

De regering betreurt dat uit sommige reacties blijkt dat er wantrouwen bestaat, maar ziet evenzeer UWV als de geëigende uitvoerder van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen.

Ten derde en ten slotte vraagt RADI AOV wie inzage krijgt in de medische stukken.

Gegevens die de gezondheid van een verzekerde betreffen, kunnen, indien beschikbaar gesteld (al dan niet na toestemming), worden ingezien door de verzekeringsarts of personen met wie de verzekeringsarts binnen de bevoegdheid van taakdelegatie samenwerkt. Zoals toegelicht in paragraaf 7.2 van deze toelichting inventariseert de arbeidsdeskundige de belemmeringen die de verzekerde ervaart. Vervolgens zal door de verzekeringsarts worden beoordeeld of de geïdentificeerde belemmeringen ook medisch objectiveerbaar voortvloeien uit ziekte of gebrek. De verzekeringsarts zal hiervoor kunnen putten uit de beschikbare medische informatie. Op basis hiervan zal de verzekeringsarts zijn bevindingen ten aanzien van de belastbaarheid met de arbeidsdeskundige delen om te komen tot het uiteindelijke oordeel of een verzekerde wel of niet arbeidsongeschikt is.

Private verzekeraars
In de reacties wordt een aantal keer gewezen op het acceptatiebeleid van verzekeraars. Daar zou volgens een aantal reacties het probleem zitten – namelijk dat voor sommige zelfstandigen geen verzekering mogelijk is, door hun medische geschiedenis – en daarmee ook een gedeelte van de oplossing ("*Ga liever in gesprek met het Verbond van Verzekeraars over hun acceptatiebeleid …*"). De Creatieve Coalitie merkt op dat haar leden het onbegrijpelijk vinden dat er geen acceptatieplicht in dit voorstel voor private verzekeraars is opgenomen. Zelfstandigen Bouw geeft aan in het wetsvoorstel de verplichting voor verzekeraars missen om elke zelfstandige een volwaardige arbeidsongeschiktheidsverzekering te bieden.

Hoewel de regering de voorgaande reacties begrijpt, ziet zij het hanteren van acceptatiebeleid door private verzekeraars als logisch in een vrijwillige verzekeringsmarkt. Het hanteren van acceptatiebeleid zorgt er op de lange termijn juist voor dat verzekeringen juist betaalbaar en toegankelijker zijn. Mede op basis van het (gezondheids)risicoprofiel bepalen verzekeraars of zij een zelfstandige kunnen verzekeren en zo ja, aan welke zelfstandigen zij bijvoorbeeld meer of juist minder premie moeten vragen. Als verzekeraars iedereen moeten accepteren en er geen onderscheid meer kan worden gemaakt in premies op basis van het aangeboden risico, wordt de verzekering vooral populair bij degenen die van zichzelf weten dat de kans op arbeidsongeschikt hoog is. Dit leidt tot verhoudingsgewijs meer uitkeringen bij verzekeraars en vervolgens weer tot hogere premies. Daardoor is in vrijwillige verzekeringsmarkt het werken met een acceptatiebeleid een logisch gevolg om de verzekering betaalbaar en toegankelijk te houden.

19.1.20 Gebrek aan maatwerk
Veel geuite kritiek in de internetconsultatie is dat de verzekering niet goed genoeg rekening houdt met verschillende omstandigheden waarin zelfstandigen verkeren, en de verschillende (verzekerings)behoeftes die zelfstandigen dan ook hebben. Dat leidt in het ene geval dat men vindt dat er een uitzondering voor een bepaalde groep zelfstandigen moet komen. In andere reacties leidt dat tot de wens om de premie te verlagen, de uitkering te verhogen, de wachttijd te verlengen of te verkorten.
In een aantal gevallen leidt het gebrek aan maatwerk op voorgaande genoemde punten tot het oordeel dat dit wetsvoorstel inadequaat is. Zo stelt de Creatieve Coalitie "*onderhavig wetsvoorstel is voor kapitaalarme zzp-ers ontoegankelijk en voor meer kapitaalkrachtige zzp-ers ontoereikend*". De NVJ roept op dat meer vrijheid moet worden geboden om aantoonbare alternatieve mogelijkheden onder de opt-out mogelijkheid te brengen.
BLCN pleit voor meer mogelijkheden om niet deel te nemen aan de regeling. Zij die bewust en weloverwogen zich niet of anders wensen te verzekeren moeten ervoor kunnen kiezen niet deel te nemen aan de regeling. ONL voor Ondernemers geeft aan dat met de voorwaarden voor de opt-out dat de zelfredzaamheid van de ondernemer wordt ondermijnd en dit een te grote inbreuk is op de vrijheid van ondernemen. Indien een ondernemer op eigen initiatief, door eigen inzet en via eigen middelen zichzelf

een arbeidsongeschiktheidsvoorziening kan bieden is het onredelijk om hen tot deelname aan een publieke voorziening te verplichten of hier indirect aan bij te laten dragen via de private voorziening.

De oproep om in de publieke verzekering meer rekening te houden met diverse groepen zelfstandigen, bijvoorbeeld vanwege bredere uitzonderingen of een gedifferentieerde wachttijd, zijn reeds in voorgaande paragrafen (met name 19.1.4 en 19.1.8) behandeld.

Adfiz geeft aan de indruk te hebben dat de uitvoeringsproblematiek bij UWV en de Belastingdienst de keuzemogelijkheden binnen deze wet beperkt. Afdiz noemt daarbij de afwezigheid van de ruimte om als zelfstandige bijvoorbeeld zelf de duur van de wachttijd te kiezen, het nieuwe arbeidsongeschiktheidscriterium en de beperkingen in de kring van verzekerden. Adfiz roept de vraag op of een wet die gedeeltelijk gebaseerd is op uitvoeringsproblematiek wenselijk is. Die vraag moet volgens Adfiz meegenomen worden bij de evaluatie om te kijken of de stand van de uitvoering op dat moment aanleiding geeft tot positieve aanpassingen aan de wet.

De regering is het met Adfiz eens dat bij de evaluatie van de wet het in de rede ligt om op dat moment levende beleidsvoornemens, te toetsen op uitvoerbaarheid. De regering acht het rekening houden met de uitvoerbaarheid bij de totstandkoming een gegeven.

19.1.21 Caribisch Nederland

Het Centraal Dialoog Bonaire heeft aangegeven begrip te hebben voor het nu niet uitwerken van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen in Caribisch Nederland. Tegelijkertijd vraagt het Centraal Dialoog aandacht voor de situatie van zelfstandigen in Caribisch Nederland.

De regering heeft aandacht voor de achterstand die Caribisch Nederland op het socialezekerheidsstelsel in Europees Nederland heeft en werkt stapsgewijs aan het verkleinen van de verschillen, waarbij rekening is te houden met de specifieke context van de eilanden. Om een versnipperde benadering te voorkomen, wordt een vergelijkende analyse voor het socialezekerheidsstelsel als geheel gemaakt. Het door het Centraal Dialoog Bonaire gevraagde gesprek over de prioriteiten bij het wegwerken van de verschillen, kan aan de hand van deze vergelijkende analyse worden gevoerd.

19.1.22 Raakvlakken met pensioen(opbouw)

Een aantal zelfstandigen geeft aan dat ze vinden dat met het opgebouwde vermogen uit hun lijfrentepolis, ze afdoende dekking hebben om het inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid op te vangen. In een tweetal reacties wordt aandacht gevraagd voor de pensioenopbouw door zelfstandigen (“*Nu nog een vrijwillig pensioenfonds voor ondernemers, zodat lijfrentes niet de enige optie zijn”; “En dan hebben we het nog niet eens over pensioenopbouw, wat voor mij als zzp'er onmogelijk is (werkzaam in de culturele sector…). De urgentie zou moeten liggen bij de pensioenopbouw en niet de (verplichte) AOV*”).

De pensioenopbouw voor zelfstandigen is een belangrijk thema. De veranderende arbeidsmarkt, stijgende levensverwachting en de vergrijzing maken ook pensioenopbouw voor zelfstandigen tot een urgent maatschappelijk vraagstuk. Voor zelfstandigen geldt dat zij slechts beperkte toegang hebben tot een pensioenregeling in de tweede pijler (via een verplichtstelling of vrijwillige voortzetting via pensioenfonds waar de zelfstandige voorheen als werknemer deelnemer was).

In de Wet toekomst pensioenen (Wtp) zijn verschillende wijzigingen doorgevoerd die mogelijk effect kunnen hebben op de pensioenopbouw van zelfstandigen. Sinds 1 juli 2023 is de fiscale vrijstelling in de derde pijler verhoogd van 13,3% naar 30% en daarmee geharmoniseerd met de tweede pijler. Ook is er tijdelijke experimenteerwetgeving ingevoerd waardoor pensioenregelingen in de tweede pijler opengesteld kunnen worden voor vrijwillige aansluiting door zelfstandigen. Deze wetgeving biedt ruimte voor het ontwikkelen en testen van nieuwe pensioenproducten en -regelingen die beter aansluiten bij de behoeften van zelfstandigen. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld alternatieven voor lijfrentes worden

onderzocht. Het is de bedoeling dat deze ontwikkelingen bijdragen aan betere oplossingen voor de pensioenopbouw van zelfstandigen.[384]

Daarnaast roept de Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten op tot:

- *het kenbaar meenemen van arbeidsongeschiktheidspensioen in het wetgevingsproces aangaande de Wet basisverzekering, waarbij onzes inziens;*
- *zelfstandigen met een arbeidsongeschiktheidspensioenregeling een ontheffing moeten kunnen krijgen van de verplichte verzekering als bedoeld in de Wet basisverzekering waarbij;*
- *de eisen die aan zo'n ontheffing worden gesteld, moeten zijn toegesneden op het arbeidsongeschiktheidspensioen en;*
- *voor arbeidsongeschiktheidspensioen een wachttijd moet gelden die gelijk is aan de wachttijd uit de Wet basisverzekering: 52 weken.*

Naar aanleiding van deze reactie is contact gezocht met de Pensioenfederatie, om gezamenlijk te bezien of en waar dit voorstel van invloed is op de regels en regelingen bij het arbeidsongeschiktheidspensioen. Doordat de wachttijd in dit voorstel op 104 weken is gesteld, komt deze overeen met de wachttijd voor een arbeidsongeschiktheidspensioen.[385]

Door de mogelijkheid om zowel een arbeidsongeschiktheidsverzekering als een (aanvullend) arbeidsongeschiktheidspensioen tegelijkertijd te hebben of af te sluiten, kan er sprake zijn van dubbele dekking. Dit kan ertoe leiden dat het totale inkomen tijdens arbeidsongeschiktheid tijdelijk hoger uitvalt dan het inkomen voorafgaand aan de uitval. Er bestaan hiervoor geen harde fiscale beperkingen, zolang de uitkering binnen de grenzen van de wet blijft (zoals "naar maatschappelijke opvattingen redelijk" conform artikel 18 van de Wet op de loonbelasting 1964).

19.1.23 Raakvlakken met de bijstandswetgeving

De Vereniging van Publieke Ondernemersadviesorganisaties heeft met name gereageerd op de aansluiting van het voorstel met de bijstandswetgeving (primair het Besluit bijstandsverlening zelfstandigen 2004; Bbz).

De vereniging geeft aan: *Als UWV het uitvoeringsorgaan wordt, zou het juist voor de meest kwetsbaren die tijdens het wachtjaar in aanmerking komen voor Bbz, erg goed zijn dat hier heel duidelijk naar verwezen wordt door UWV. En dan specifiek dat er mogelijk recht is op Bbz en waar (woongemeente of regionale organisatie tbv ondernemers) dit aangevraagd kan worden*.

Dit advies leidt naar zijn aard niet tot aanpassing van het voorstel, maar wordt in de uitvoering wel ter harte genomen.

De vereniging geeft aan: *Is het een idee een aparte categorie naast 'gevestigde', 'starter', 'beëindigend' en 'oudere' op te nemen in de Bbz? We zouden ons kunnen redden met de bestaande categorieën. Maar een nieuwe categorie 'arbeidsongeschikt' geeft beter ruimte om passend maatwerk te leveren. Denk aan een evt. grotere vermogensvrijlating, hoe omgaan met het urencriterium en gevallen waarbij nog niet duidelijk is of ondernemer op termijn zijn zaak vanwege arbeidsongeschiktheid zal moeten staken. Hoe kijken we naar levensvatbaarheid in de Bbz met betrekking tot dit voorstel?*

De regering kiest ervoor om de aansluiting van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen op andere (sociale zekerheids)wetgeving, daar waar nodig en mogelijk op onderdelen te regelen in een aparte invoeringswet danwel in lagere regelgeving. Dit is ook nader toegelicht in paragraaf 15.10. Er zijn zelfstandigen wiens uitkeringsgrondslag onder het wettelijk minimumloon ligt. Indien zij

[384] Kamerstukken II 2021/22, 36067, nr. 3, p. 208 - 223.

[385] Vgl. artikel 1 van de Wet verplichte beroepspensioenregeling.

arbeidsongeschikt raken, kunnen zij daarmee onder het sociaal minimum komen. De bestaande regelgeving zorgt ervoor dat voor iedereen aanvulling op het inkomen tot het sociaal minimum mogelijk is. De huidige voorwaarden van deze regelingen kunnen voor specifiek de groep zieke en arbeidsongeschikte zelfstandigen als knellend worden ervaren. De regering is dan ook voornemens om daar waar nodig en indien mogelijk regelgeving aan te passen om eventuele knelpunten te verkleinen. De opmerkingen en suggesties van de Vereniging van Publieke Ondernemersadviesorganisaties neemt de regering hierbij mee.

De vereniging geeft aan dat de nu al kwetsbare ondernemers financieel geen ruimte voor een verplichte verzekering hebben, en verzoekt om inzichtelijk te maken welk beslag dit legt op de bijstand.

Een zelfstandige kan via het Bbz in aanmerking komen voor inkomensondersteuning als hij (tijdelijk) onvoldoende inkomen heeft om van te leven en het eigen bedrijf levensvatbaar is. In dat geval vult het Bbz het netto-inkomen aan tot het geldende bijstandsniveau. Zoals in het antwoord op bovenstaande vraag is vermeld, kiest de regering ervoor om de aansluiting van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen op andere (sociale zekerheids)wetgeving, daar waar nodig en mogelijk op onderdelen te regelen in een aparte invoeringswet, danwel in lagere regelgeving. Dit is nader toegelicht in paragraaf 15.10. Hierbij wordt ook gekeken naar het beslag dat de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering legt op de Bbz-uitkering voor levensonderhoud.

De vereniging vraagt of – als de zelfstandige niet meer kan ondernemen door arbeidsongeschiktheid – deze onder het Bbz valt in het wachtjaar, of onder de reguliere Participatiewet.

Op basis van de huidige regelgeving met betrekking tot de gemeentelijke regelingen is het voornamelijk afhankelijk of de ondernemer zijn onderneming heeft beëindigd voor de vraag op welke regeling de zelfstandige aanspraak kan doen. In het geval de onderneming is beëindigd kan er recht zijn op algemene bijstand. Als de onderneming nog niet is beëindigd dan kan de zelfstandige aanspraak maken op het Bbz, mits de onderneming nog levensvatbaar is en wordt voldaan aan alle voorwaarden van de regeling. De verwachting is dat daar waar nodig en mogelijk in de invoeringswet, danwel in lagere regelgeving, de verhouding van deze verzekering tot het sociaal minimum verder wordt ingeregeld, daar valt ook de vraag van de Verenging onder. In de toelichting is nu met paragraaf 15.10 ook nader toegelicht wat de regering precies voornemens is om in de invoeringswet te regelen.

De vereniging vraagt om aan te geven wie aan zet is voor re-integratie, indien er naast de Baz-uitkering ook een aanvulling vanuit de bijstand nodig is. Daarbij geeft de vereniging aan dat in de situatie waarbij ondernemers mogelijk inkomen hebben via het Bbz, maar re-integratie via UWV loopt, dit tot praktische issues leidt. Daarom vraagt de vereniging hoe gemeentes geïnformeerd worden over de voortgang van een re-integratietraject.

Naar aanleiding van onder andere deze opmerking is in hoofdstuk 8 over re-integratie een paragraaf toegevoegd over samenloop van re-integratieondersteuning van enerzijds UWV en anderzijds een gemeente (paragraaf 8.2.4). Gemeenten verlenen in principe geen re-integratieondersteuning aan personen aan wie UWV een uitkering verstrekt. Dit is ook van toepassing op gevallen van samenloop ten aanzien van re-integratieondersteuning vanuit de voorgestelde regeling in onderhavig wetsvoorstel en ondersteuning op basis van de Participatiewet, aangezien UWV belast is met de uitvoering van de voorgestelde regeling. Tussen UWV en gemeenten kan ten behoeve van bovenstaande gegevensuitwisseling plaats vinden, zodat duidelijk is wie aan zet is voor re-integratie.

De vereniging vraagt wat de toegevoegde waarde is van het wetsvoorstel voor ondernemers waarbij 70% van de winst voor arbeidsongeschiktheid beneden bijstandsniveau ligt? De vereniging geeft aan dat die

ondernemers de bijstand al hebben als vangnet (tot AOW). Voor deze groep wordt het leven alleen maar duurder terwijl daar niks tegenover staat. De gemeente heeft daar het voordeel bij dat er een inkomen komt dat niet vanuit de BUIG gefinancierd hoeft te worden. Het lijkt er dan op dat de laagste inkomens worden benadeeld ten gunste van de overheid. De ondernemers betalen meer maar krijgen hetzelfde.

De regering wijst erop dat anders dan in de bijstand er geen vermogens- en partnertoets is opgenomen bij de verzekering die met onderhavig wetsvoorstel wordt geïntroduceerd. Verder geldt in de bijstand de voorwaarde dat de eigen onderneming beëindigd moet zijn, terwijl in de voorgestelde regeling deze eis geen onderdeel uitmaakt van de verzekering. Zodoende verwacht de regering dat ook voor ondernemers waarbij 70% van de winst voor arbeidsongeschiktheid beneden bijstandsniveau ligt de verzekering van toegevoegde waarde is. Zodoende vindt de regering het gerechtvaardigd dat ook voor deze groep de verplichte verzekering geldt.

De vereniging vraagt om inzichtelijk te maken wat de verhouding is van de Ioaz (de Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen) tot dit voorstel. De vereniging geeft hierbij aan dat het voorstel interessant is voor ondernemers met een verdienende partner, niet voor de alleenstaande ondernemer tenzij jonger dan 55 jaar met een hoog vermogen. De alleenstaande ondernemer ouder dan 55 jaar met weinig/geen vermogen zal nog een aantal jaren (tot de AOW-gerechtigde leeftijd) volledig premie moeten betalen, waar dat tot heden niet het geval was en zij bij arbeidsongeschiktheid al in Bbz en vooral Ioaz terecht kunnen.

De regering wijst erop dat de voorwaarden van het Bbz en de Ioaz wezenlijk verschillen van de regeling die onderhavig wetsvoorstel introduceert. Hierdoor is niet eenduidig te stellen dat zelfstandigen in het geval van arbeidsongeschiktheid in elk geval kunnen terugvallen op het Bbz en de Ioaz. De regering vindt het zodoende ook voor deze groep ondernemers van toegevoegde waarde dat een publieke verzekering wordt ingevoerd. Daarnaast is er vanaf 2028 geen instroom meer mogelijk in de Ioaz, waardoor die regeling niet meer kan fungeren als mogelijk vangnet van oudere, arbeidsongeschikte, zelfstandigen.[386]

De vereniging geeft aan: *Voor ondernemers waaraan Bbz wordt verstrekt, wordt rekening gehouden met premie AOV, wat betekent dit voor deze plannen? Moet de gemeente bij een starter 3 jaar lang de AOV premie betalen?*

Gemeenten kunnen bijzondere bijstand verlenen in het geval het huishouden te maken krijgt met bijzondere noodzakelijke kosten die niet via een andere regeling vergoed worden. Het is aan gemeenten om te bepalen of en in welke mate bijzondere bijstand wordt verleend.

Verder wordt de volgende vraag gesteld: *Voor bijstandsgerechtigden is er sprake van een kostendelersnorm. Kan er zekerheid aan de IB-ondernemers worden geboden dat bij de BAZ de kostendelersnorm nu en in de toekomst niet wordt toegepast. De vrees is gegrond omdat de overheid op diverse terreinen onbetrouwbaar is gebleken.*

In dit wetsvoorstel is geen zogeheten kostendelersnorm opgenomen. De regering heeft daartoe ook niet het voornemen. Voor een eventuele bijstandsaanvulling om tot een inkomen tot sociaal minimum te komen gelden de huidige regels, waaronder de kostendelersnorm.

19.1.24 Wft en het faciliteren van het afsluiten van een verzekering

Advies binnen kaders Wft

[386] Kamerstukken II 2024/25, 36 725, nr. 1.

In een aantal reacties wordt gewezen dat uit de Wft de verplichting voortvloeit dat financieel adviseurs een product moeten adviseren, dat passend is bij de omstandigheden van de individuele zelfstandige. Zo geeft een zelfstandige aan: *Uit iedere Wft proof inventarisatie zou een assurantie-adviseur moeten afleiden dat voor deze mensen een AOV niet nodig is en adviseren daarvan een Wft overtreding zou betekenen*. En: "*Hierdoor [door het gelijke premie-vereiste voor opt-out] worden bijvoorbeeld jongere zelfstandigen of zelfstandigen in "veilige" beroepen geforceerd om hogere dekkingen aan te gaan die niet passen bij hun wensen en situatie (wat in strijd is met de WFT)*". In een aantal andere reacties wordt aangegeven dat men niet zelfstandigen moet trachten verplicht te verzekeren, maar hen beter dient te laten informeren door financieel adviseurs.

De suggestie die hier gedaan lijkt te worden is om in de plaats van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen, zelfstandigen (al dan niet vrijblijvend) met een assurantieadviseur in te laten schatten wat zij wel of niet zouden kunnen of moeten regelen wanneer het gaat om het afdekken van het risico van arbeidsongeschiktheid. Deze suggestie sluit in essentie aan bij de status quo van vóór de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel en bewerkstelligt, zonder dat er óók sprake is van een verplichte basisverzekering, niet de doelen die de regering met onderhavig wetsvoorstel beoogd te bereiken.
Er is thans bijvoorbeeld een substantieel aantal zelfstandigen dat zich wel wil maar niet kan verzekeren. Dat kan bijvoorbeeld liggen aan de aard van de werkzaamheden maar ook met aan de persoonlijke gezondheidstoestand zoals eventuele medische aandoeningen. Daarnaast speelt, zoals in paragraaf 2.3.1 uiteengezet, dat arbeidsongeschiktheid een risico is dat voor veel mensen slecht te bevatten en in te schatten is: met het risico (en de huidige praktijk) dat er geen adequate voorziening tot stand is gebracht op het moment dat arbeidsongeschiktheid zich voordoet. Het bereiken van 1) een adequate inkomensvoorziening in het geval van arbeidsongeschiktheid voor alle zelfstandigen en 2) het beperken van zowel concurrentie op arbeidsvoorwaarden als het gebruik van algemene voorzieningen ziet de regering niet of onvoldoende als mogelijk met de hierboven geopperde optie. De huidige problematiek en de doelen van het wetsvoorstel zijn nader toegelicht en uiteengezet in respectievelijk hoofdstuk 2 en 3 van deze toelichting.

Faciliteren van het afsluiten van een verzekering
In lijn met de suggesties niet te kiezen voor een verplichte verzekering maar het al dan niet afsluiten van een verzekering te laten afhangen van het advies van een (assurantie)adviseur wordt ook de suggestie gedaan om het verbod op provisie op arbeidsongeschiktheidsverzekeringen terug te draaien, en voorlichting te verplichten.
Hierboven is al uiteengezet waarom de regering kiest voor een verplichte verzekering voor arbeidsongeschiktheid en dus onvoldoende ziet in de suggestie het al dan niet verzekerd zijn afhankelijk te maken van een advies van de (assurantie)adviseur.
Wat betreft, de met de internetconsultatie geopperde suggestie, af te zien van het provisieverbod.
Sinds 1 januari 2013 mogen adviseurs, bemiddelaars en aanbieders van complexe financiële producten geen provisie meer berekenen. Provisie is de beloning die zij ontvingen van de bank of verzekeraar van wie zij de producten verkopen, waaronder een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het doel van het provisieverbod is dat de adviseur zich niet meer laat leiden door financiële prikkels van de bank of verzekeraar. Hierdoor kan de adviseur helemaal in het belang van de consument handelen. In 2018 is het provisieverbod geëvalueerd.[387] Hieruit bleek dat het provisieverbod effectief is. De directe sturing in de markt richting bepaalde producten en aanbieders is beëindigd. Het provisieverbod kent breed draagvlak. De regering is zodoende niet voornemens het provisieverbod terug te draaien of te beperken.

Aftrekbaarheid van advies- en onderhoudskosten

[387] Kamerstukken II 2017/18, 32545, nr. 74.

Ook op andere wijze wordt geadviseerd om van overheidswege het goed informeren over, en het afsluiten van een product dat een dekking biedt tegen het risico op inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid, meer te faciliteren. Zo wordt geadviseerd om advies- en onderhoudskosten ten behoeve van een arbeidsongeschiktheidsverzekering aftrekbaar te maken. SharedPeople geeft aan dat de kosten voor crowdsurance oplossingen, en schenkkringen met toegang tot arbeidsgerelateerde zorg zakelijk aftrekbaar moeten worden. Ook geeft SharedPeople aan dat de zelfstandigenaftrek verruimt moet worden voor zelfstandigen die een bedrijfsbuffer opbouwen (voor preventie, ziekte, omscholing of pensioen).

Het maken van advies- en onderhoudskosten zijn geen uit dit wetsvoorstel voortvloeiende verplichtingen voor de zelfstandige. Daarnaast is uiteengezet waarom de regering niet voornemens is om het provisieverbod in te trekken. De regering ziet onvoldoende noodzaak om in het kader van dit wetsvoorstel de aftrekbaarheid van de kosten te regelen of over te gaan tot het weer verhogen van de zelfstandigenaftrek.

19.1.25 Belang van informatieverstrekking

In een aantal reacties wordt opgeroepen om bewustwording van het risico op inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid te vergroten. Daartoe worden een aantal voorstellen gedaan, zoals betere voorlichting door de Kamer van Koophandel, aandacht voor deze materie in het onderwijs, het verbinden van voorwaarden aan de ondernemersaftrek, herinvoeren van fiscale aftrekbaarheid van advies-, bemiddelings- en behoorkosten, en een tegemoetkoming in de begeleidingskosten voor ondernemers.

De regering wijst er op dat in de afgelopen decennia geprobeerd is met lichtere maatregelen dan een verplichtstelling, ervoor te zorgen dat er een hogere verzekeringsgraad wordt nagestreefd. Dit heeft onvoldoende soelaas geboden. De regering heeft onvoldoende fiducie dat deze voorstellen op een doelmatige wijze zullen bijdragen aan een betere bescherming van zelfstandigen en een gelijker speelveld.

19.1.26 Betrokkenheid van groepen bij de totstandkoming van het wetsvoorstel

Betrokkenheid van zelfstandigen

In een aantal reacties komt naar voren dat zelfstandigen niet afdoende zouden zijn gehoord bij de totstandkoming bij dit wetsvoorstel. Zoals: *Ik vraag me werkelijk af wie er nu is betrokken als klankbord van de zelfstandigen bij de planning en uitwerking van deze wet. Ik krijg namelijk de indruk dat het een soort van koehandel was tussen de vakorganisaties en de overheid tijdens de gesprekken over het nieuwe pensioenstelsel. Ik voel mij als zelfstandige benadeeld doordat er geen hoor en wederhoor is geweest tijdens dit proces.*

Op verschillende manieren en momenten is de input van zelfstandigen en zelfstandigenorganisaties meegenomen en meegewogen bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel. Bij het opstellen van het advies van de Stichting van de Arbeid heeft de Stichting overleg gevoerd met zelfstandigenorganisaties. Bij de totstandkoming van het wetsvoorstel zijn ook de organisaties FNV Zelfstandigen, Platform Zelfstandige Ondernemers en Vereniging Zelfstandigen Nederland meermalen geconsulteerd. Ook zijn er meermalen gesprekken geweest met individuele zelfstandigen, en is er voor de MKB-toets een gesprek geweest met een groep van zelfstandig ondernemers. Ook is een enkele keer een ronde tafel geweest op het Ministerie van SZW.

Betrokkenheid van mensen met een beperking, chronische ziekte en/of kwetsbaarheid

MIND merkt op dat bij de ontwikkeling van het voorstel niet of nauwelijks betrokkenheid is geweest van mensen met een beperking, chronische ziekte en/of psychische kwetsbaarheid. Dat voelt voor de achterban van MIND als een gemiste kans.

Bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel is ook gesproken met mensen met een beperking, dan wel deze beperking eerder in hun leven hebben gehad. Vanuit deze doelgroep is bijvoorbeeld ook het signaal gekomen dat – gezien de beperking, chronische ziekte en/of psychische kwetsbaarheid – de private verzekeringsmarkt niet of maar beperkt toegankelijk is.

19.1.27 Overige kritische, gemengde en positieve reacties

Kritische reacties (algemeen)
Een klein gedeelte van de reacties is uitgesproken kritisch, zonder daar een verdere motivering aan te verbinden (zo is een volledige reactie van een persoon: *Geen verzekering verplichten*). Ook wordt in enkele reacties aangegeven dat deze verplichting bedoeld is om het leven van zelfstandigen zuur te maken ("*Dit wetsvoorstel is absoluut niet om de zzp'er te helpen. Het is gewoon weer een verkapte manier van geld aftroggelen*.).

De regering heeft in deze reacties geen aanleiding gezien om dit voorstel te heroverwegen of aan te vullen.

In de voorgaande paragrafen zijn de kritiekpunten besproken.

Positieve en gemengd positieve reacties
Een gedeelte van de reacties is uitgesproken positief over het wetsvoorstel. Daarbij is een onderscheid te maken naar zelfstandigen die daarbij geen enkele kanttekening plaatsen ("*Direct mee eens moet een verzekering komen*"), en zij die dat wel doen. Zo zijn er zelfstandigen die aangeven dat "*zolang er een opt-out is voor wie zich zelfstandig wil verzekeren, … dit een prima voorstel is*", of "*nu ik 55 ben, is de AOV in de private sector onbetaalbaar, daarom vind ik het goed dat er een verplichte AOV er komt*". Er zijn ook zelfstandigen die het voornemen tot een verplichte verzekering begrijpen of steunen, indien aan bepaalde voorwaarden worden voldaan. Bijvoorbeeld als de wachttijd wordt verlengd naar twee jaar (of 104 weken).

Het Verbond van Verzekeraars geeft aan positief tegenover het voorstel te staan: *Verzekeraars hebben begrip voor de politieke wens om een verplichte publieke regeling te introduceren als antwoord op bestaande arbeidsmarktvraagstukken en de maatschappelijke gevolgen van onderverzekering. Tegelijkertijd ziet de sector ook dat de verzekeringsbehoefte onder zelfstandigen zeer divers is. Verzekeraars zijn dan ook positief over het uitgangspunt dat zelfstandigen aan de ene kant toegang krijgen tot een verplichte publieke basisverzekering, maar ook kunnen kiezen voor een minimaal gelijkwaardige verzekering via de opt-out.*

19.2 UWV

UWV heeft op 17 september 2024 een uitvoeringstoets vastgesteld. UWV heeft in deze uitvoeringstoets aangegeven dat het voorgelegde conceptwetsvoorstel onuitvoerbaar was, tenzij het voorstel op onderdelen zou worden aangepast. Naar aanleiding van de kritische uitvoeringstoetsen van zowel Belastingdienst als UWV heeft een verkenning plaatsgevonden naar een uitvoerbare verzekering, die tevens betaalbaar en uitlegbaar is.[388] Als gevolg daarvan is het wetsvoorstel op onderdelen aangepast. Het betreft hier met name aanpassingen (voor zover voor UWV ter zake zijnde) zoals het doorvoeren van de franchise, het aanpassen van de wachttijd naar 104 weken, het doorvoeren van een soepeler terugvorderingsregime en het opnemen van een verplichte ziekmelding.

Na het doorvoeren van deze wijzigingen en het verwerken van andere adviezen en toetsen is het aangepaste wetsvoorstel wederom ter herijking van de eerder uitgebrachte uitvoeringstoets aan UWV en de Belastingdienst voorgelegd. UWV heeft op 15 juli 2025 deze herijking vastgesteld. UWV geeft in deze herijking aan dat het wetsvoorstel uitvoerbaar is, mits op het moment van inwerkingtreding sprake is van voldoende capaciteit voor de benodigde beoordelingen in het kader van het wetsvoorstel. Daarbij geeft

[388] Kamerstukken II 2024/25, 31311, nr. 278.

UWV aan dat de wijzigingen die in het wetsvoorstel zijn aangebracht het wetsvoorstel beter uitvoerbaar hebben gemaakt.

In deze paragraaf wordt ingegaan op de aandachtspunten die UWV heeft opgenomen in de herijking van de uitvoeringstoets. Waar de eerdere uitvoeringstoets nog relevant is, bijvoorbeeld omdat UWV daar in de herijking naar verwijst, wordt daar ook in deze paragraaf op ingegaan.

Vóór de uitvoeringstoets heeft UWV een pre-uitvoeringstoets uitgevoerd op twee verschillende varianten voor een arbeidsongeschiktheidscriterium en de daarbij behorende claimbeoordeling. De uitkomsten van de pre-uitvoeringstoets zijn reeds verwerkt, voordat het wetsvoorstel voor de uitvoeringstoets aan UWV is voorgelegd.
Suggesties en opmerkingen uit de juridische en grotendeels wetstechnische bijlagen zijn bezien en zo nodig verwerkt.

Hieronder wordt na het benoemen van het oordeel van UWV, net zoals bij de internetconsultatie, thematisch de opmerkingen van UWV aangehaald en voor zover aan de orde daarop gereageerd.

19.2.1 Algemeen oordeel herijking uitvoeringstoets UWV
Het voorliggende wetsvoorstel wordt door UWV technisch uitvoerbaar geacht (met verschillende aandachtspunten). De daadwerkelijke implementatie is echter alleen dan mogelijk indien er sprake is van voldoende capaciteit noodzakelijk voor de beoordelingen in het kader van het voorstel. Om deze afweging op juiste wijze te maken en vanwege de nog onzekere raming is een herijking van de financiële impact drie jaar voorafgaand aan de beoogde implementatie volgens UWV noodzakelijk. In deze herijking zal ook een definitief oordeel over het capaciteitsvraagstuk worden gegeven.

UWV geeft aan dat de naar aanleiding van de kritische uitvoeringstoets doorgevoerde wijzigingen – met name de verlenging en het geven van nadere invulling aan de wachttijd – positief uitwerken op de beoogde uitvoerbaarheid. De grotere en naar verwachting verder oplopende achterstanden bij de beoordelingen, maakt dat UWV niet over voldoende capaciteit beschikt om de beoordelingen in het kader van het voorstel uit te voeren. Dit maakt dat UWV, met diverse aandachtspunten, positief oordeelt over de systematiek van het wetsvoorstel, maar aangeeft dat uitvoerbaarheid alleen dan mogelijk is als voldoende capaciteit beschikbaar is.

UWV merkt op dat voorliggend voorstel in samenhang moet worden bezien met nog op te stellen lagere regelgeving en aanpassing van andere wetgeving, naast aanpassing van bijlagen van Verordening 883/2004. Hierbij vermeldt UWV in het bijzonder het ontbreken van inzicht in de lagere regelgeving rondom anticumulatie in het geval van samenloop van uitkeringen alsook rondom het arbeidsongeschiktheidscriterium. Hierdoor kan UWV geen volledig oordeel over de uitvoerbaarheid worden gegeven.

19.2.2 Capaciteit voor sociaal-medische beoordelingen
UWV geeft in de uitvoeringstoets aan dat UWV in de realiteit geconfronteerd wordt met grote vraagstukken – waaronder het ontbreken van voldoende capaciteit aan verzekeringsartsen en de toenemende groei van de instroom in de Wet WIA en Wajong – waardoor nu al niet kan worden voldaan aan de correcte uitvoering van de bestaande wetgeving. In eerdere toetsen rondom voorliggend voorstel heeft UWV dan ook aangegeven dat fundamentele aanpassingen in het arbeidsongeschiktheidsstelsel noodzakelijk zijn om ruimte te creëren voor beoordelingen in het kader van voorliggend voorstel. Deze situatie is helaas ongewijzigd. De uiteindelijke implementatie van voorliggend voorstel zal daarom alleen mogelijk zijn als er sprake is van voldoende capaciteit bij UWV.

De regering onderschrijft en betreurt deze realiteit. Eveneens ziet zij daarin geen reden om af te zien van het voortzetten van het wetstraject van het huidige voorstel. Dat komt doordat de uitvoering van dit wetsvoorstel gepaard gaat met meer dan alleen het vinden van capaciteit voor de noodzakelijke

claimbeoordelingen. Zo is het ook nodig dat er een zelfstandigenadministratie wordt gebouwd, wat volgens UWV ten minste 36 maanden gaat duren. Door het wetgevingstraject voort te zetten kan na aanname van het voorstel door het parlement de benodigde voorbereidingen in de uitvoering worden opgestart. Daarom ziet de regering aanleiding om dit wetstraject voort te zetten en tegelijk te blijven inzetten op het verkleinen van de mismatch tussen vraag en aanbod, zodat uiteindelijk voorliggend voorstel voor UWV uitvoerbaar is. Zie hiervoor ook paragraaf 3.8 van deze toelichting.

19.2.3 Vaststellen verzekeringsplicht

UWV merkt op dat de eerder door UWV geconstateerde problematiek rondom onzekerheid over het verzekerd zijn door aanpassingen in het wetsvoorstel voor een groot gedeelte is weggenomen. Wel geldt nog steeds dat de zelfstandigenadministratie op het moment van ziekmelden geen uitsluitsel kan geven over de status van de betrokkene. Dit betekent dat in geval van re-integratie gedurende de wachttijd geen inzicht kan worden gegeven vanuit de zelfstandigenadminisatrie over de verzekerde status en UWV zal moeten terugvallen op informatie van de client, eventuele eerdere informatie over betrokkene in de zelfstandigenadministratie en op de informatie uit het handelsregister.

De regering onderkent dat nog niet altijd gedurende de wachttijd met zekerheid kan worden vastgesteld of de betrokkene onderdeel is van de kring van verzekerden. Daarmee wordt op basis van een voorlopige aanslag of op basis van de door UWV gesignaleerde bronnen re-integratiedienstverlening verstrekt. De regering acht dit te accepteren, aangezien het niet mogelijk is om reeds voor het verstrekken van ondersteuning van te voren definitief vast te stellen of de betrokkene daadwerkelijk tot de kring van verzekerden behoord en omdat het eveneens wenselijk is om reeds gedurende de wachttijd te starten met re-integratieondersteuning.

Ook ziet UWV een mogelijk knelpunt ten aanzien van startende zelfstandigen en ‘overstappers’ rond de jaarwisselingen door de mogelijkheid van verzekeraars om met maximaal dertien weken terugwerkende kracht een opt-out te mogen aanmelden. De Belastingdienst verlangt de gegevens van zelfstandigen die ontheven zijn vóór 1 februari van een kalenderjaar te ontvangen. Daarmee kan de premieafdracht in de vooringevulde aangifte worden verwerkt. De gegevensset van UWV richting Belastingdienst kan door deze terugwerkende kracht niet altijd volledig zijn met het gevolg dat de betreffende zelfstandigen geconfronteerd worden met onjuiste gegevens en of een onjuiste premie voor de zelfstandigen.

De regering onderkent dat de gegevensdeling die op dit moment tussen UWV en Belastingdienst wordt voorzien, niet compleet sluitend is. Het gaat hier om een specifieke situatie. Het gaat immers om 1) een startende zelfstandige, 2) aan het einde van een kalenderjaar, 3) die wenst te opt-outen en 4) waarvan het traject van melding door verzekeraar een behoorlijke tijd duurt. Naar de inschatting van de regering zal dit maar beperkt voor komen. Ook zijn de gevolgen beperkt. Hoewel het wenselijk is de zelfstandige zoveel mogelijk te ontzorgen door bij de vooringevulde aangifte al gegevens rondom de opt-out te betrekken, is er nog afdoende mogelijkheid om nadien de informatie te corrigeren. De regering vindt daarmee dit knelpunt te accepteren.

19.2.4 Gekozen arbeidsongeschiktheidscriterium

UWV maakt een aantal opmerkingen die verband houden met het gekozen arbeidsongeschiktheidscriterium en de wijze waarop daar uitvoering wordt gegeven.

Ten eerste merkt UWV op dat door UWV in de eerdere uitvoeringstoets is gesignaleerd dat een beoordeling aan de hand van slechts één (basis)functie mogelijk onvoldoende realiteitswaarde heeft. In de aangepaste en daaropvolgend ter herijking voorgelegde toelichting is in reactie hierop vermeldt dat de regering beoordeling aan de hand van één functie voldoende acht, omdat het voorstel een meer absoluut criterium kent en om de verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige beoordeling beperkt te houden.

Gelet op de aandacht van de CRvB voor voldoende realiteitswaarde van de huidige arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen, acht UWV het gewenst dat in de toelichting explicieter dan nu het geval is wordt toegelicht in hoeverre de regering voldoende realiteitswaarde van de beoordeling van belang acht. Hiermee kunnen mogelijke uitspraken van de CRvB en daarmee herstelacties zoals in het verleden bij de WAO worden voorkomen. Daarbij is mede van belang dat uit de toelichting blijkt hoe het belang van UWV is gewogen ten opzichte van het eventuele belang van zelfstandige.

De regering merkt op dat anders dan bij de Wet WIA er in onderhavig wetsvoorstel sprake is van een absoluut arbeidsongeschiktheidscriterium. Dat houdt in dat er sprake is van arbeidsongeschikt indien de verzekerde niet meer in staat is om met algemeen geaccepteerde arbeid het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. Voor de publieke verzekering wordt dit getoetst aan basisfuncties met een minimale belasting. Bij de beoordeling wordt gekeken naar de minst belastende basisfunctie. Indien de verzekerde deze niet kan uitvoeren dan is er sprake van arbeidsongeschiktheid en ontstaat er recht op een uitkering. De regering is van mening dat een beoordeling op één functie voor dit wetsvoorstel voldoende realiteitswaarde oplevert. Daarbij weegt mee, zoals in paragraaf 7.2 al is toegelicht, dat aan die basisfunctie ook nog de voorwaarde van een minimum aantal arbeidsplaatsen wordt verbonden. Het aanvullend toetsen of de verzekerde naast de minst belastende basisfunctie evenmin in staat is nog andere basisfuncties te verrichten heeft geen meerwaarde. Als wordt beoordeeld dat de verzekerde de minst belastende basisfunctie niet kan uitvoeren dan zal het oordeel niet anders zijn als wordt gekeken naar basisfuncties die meer belastend van aard zijn. Dat zou ook betekenen dat de uitvoering wat betreft de beoordeling van arbeidsongeschiktheid onnodig extra wordt belast, iets wat de regering expliciet niet beoogd. Bovenstaande is in paragraaf 7.2 nader geëxpliciteerd.

Ten tweede merkt UWV op dat volgens vaste jurisprudentie bij de huidige arbeidsongeschiktheidswetten geldt dat geschiktheid voor het eigen werk veronderstelt dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid. In de memorie van toelichting is daar een extra voorwaarde aan verbonden, namelijk dat diegene daarmee “ten minste het wettelijk minimumloon per maand verdiende”. Dit is een uitbreiding ten opzichte van de beoordeling van geschiktheid voor het eigen werk in de huidige arbeidsongeschiktheidswetten. Is dit bedoeld en zo ja, kan dit worden toegelicht, vraagt UWV?

De regering merkt in dit verband op dat op grond van het arbeidsongeschiktheidscriterium in dit wetsvoorstel wordt beoordeeld of de verzekerde nog in staat is om met algemeen geaccepteerde arbeid het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. In de andere arbeidsongeschiktheidswetten wordt de arbeidsongeschiktheid bepaald door een procentueel inkomensverlies uit de arbeid waaruit de verzekerde is uitgevallen. Voor die wetten geldt dat geschiktheid voor eigen arbeid betekent dat er geen sprake meer van inkomensverlies en dat niet aan het arbeidsongeschiktheidscriterium in die wetten wordt voldaan. Voor dit wetsvoorstel doet zich deze situatie enkel voor wanneer de verzekerde eerder met eigen arbeid het wettelijk minimumloon per maand verdiende. Was dat niet het geval, maar is de verzekerde wel weer geschikt voor eigen arbeid, dan staat daarmee dus nog niet vast dat niet (langer) aan het arbeidsongeschiktheidscriterium wordt voldaan. In die situatie zal dan alsnog (aan de hand van een basisfunctie) moeten worden beoordeeld of de verzekerde daadwerkelijk het wettelijk minimumloon kan verdienen. Naar aanleiding van de opmerking van UWV is dit laatste nader toegelicht in paragraaf 7.2.

Ten derde merkt UWV op dat voorgestelde arbeidsongeschiktheidscriterium als voorwaarde voor het recht op uitkering stelt dat in arbeid “met een minimale belasting” niet het wettelijk minimumloon kan worden verdiend. Gevolg is dat alle arbeid met een meer dan minimale belasting buiten beschouwing moet blijven, waardoor degene die in arbeid met een minimale belasting niet, maar in arbeid met een méér dan minimale belasting wél het wettelijk minimumloon kan verdienen, toch recht heeft uitkering. Dit gevolg lijkt niet bedoeld. Het lijkt zinvol om te bezien of de toevoeging “met een minimale belasting” in het derde lid van artikel 6 noodzakelijk en wenselijk is.

De regering merkt in dit verband op dat UWV aan de hand van basisfuncties, die op of rond het wettelijk minimumloon liggen, toetst of de verzekerde in staat is minimaal het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. Als de verzekerde niet in staat is om met arbeid met minimale belasting het wettelijk minimumloon per maand te verdienen dan wordt diegene als arbeidsongeschikt beschouwd. Als de verzekerde de functie met minimale belasting niet kan uitvoeren dan ligt het niet in de rede dat de verzekerde wel een functie met een meer dan minimale belasting kan uitvoeren.

19.2.5 Franchise en beoordeling indien er zowel recht is op een WIA-uitkering als uitkering op grond van voorliggend voorstel

UWV constateert dat de introductie van de franchise complexiteitsverhogend werkt, nu daarmee een extra inkomenscomponent – en daarmee een groter risico op fouten – onderdeel wordt van de berekening van de uitkeringsgrondslag. UWV ziet ook voordelen aan een franchise voor een deel van de zelfstandigen, en constateert dat het hanteren van een franchise (complexe) samenloop van uitkeringen ten dele terugdringt.

UWV spreekt de verwachting uit dat voor de uitvoering– door toenemende automatisering van de verrekenprocessen in de nabije toekomst – de complexiteit van de franchise kan worden ondervangen en daardoor ten tijde van de implementatie van het wetsvoorstel minder bezwaarlijk zal zijn. Gelet op de verwachte ontwikkelingen in de automatisering adviseert UWV om de wetgeving inclusief franchise verder te brengen.

De regering heeft mede op basis van dit oordeel aanleiding gezien om de franchise onderdeel te laten zijn van voorliggend voorstel.

Naast het bovenstaande, geeft UWV aan dat de Wet WIA en voorliggend voorstel twee op zichzelf staande beoordelingen en methodieken kennen. Het is dan ook niet mogelijk om bij samenloop beide beoordelingen samen te voegen. De toelichting stelt dat het bij samenloop aangewezen is om de bevindingen uit het WIA-onderzoek zoveel mogelijk te betrekken bij de in het kader van dit voorstel te beantwoorden belastbaarheidsvraag. Op onderdelen en bij sommige ziektebeelden zal dit volgens UWV inderdaad mogelijk zijn, maar in algemene zin kan gesteld worden dat de functionele mogelijkhedenlijst zoals die door de verzekeringsarts voor de Wet WIA opgesteld wordt niet voldoende zal zijn om antwoord te kunnen geven op de gerichte vraag die voor de beoordeling van voorliggend voorstel gesteld wordt. De terminologie en het interpretatiekader wat onder beide methodieken ligt is daarvoor te verschillend. Dit betekent volgens UWV dat in een samenloopsituatie dan ook praktisch gezien moet worden uitgegaan van de capaciteitsinzet voor twee beoordelingen.

De regering erkent dat het voorliggende voorstel een op zichzelf staande beoordeling en methodiek kent en dat deze afwijkt van de Wet WIA. In geval van samenloopsituaties is niet beoogd dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van de Wet WIA de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van het voorliggende voorstel vervangt of andersom. Echter, om onnodige dubbele werkzaamheden te voorkomen, acht de regering het wel aangewezen om daar waar mogelijk (gedeeltes van) de bevindingen uit het WIA-onderzoek zoveel mogelijk te betrekken bij de in het kader van onderhavig wetsvoorstel te beantwoorden belastbaarheidsvraag.

Medische gegevens die zijn verzameld voor het uitvoeren van de wettelijke taak van UWV op grond van de Wet SUWI mogen – zonder toestemming van de client – worden hergebruikt voor beoordelingen van in het kader van een andere wettelijke taak op grond van de Wet SUWI. Voor een efficiënte beoordeling in

samenloopsituaties is het daarom noodzakelijk dat dit voorstel wordt toegevoegd aan artikel 30, eerste lid, Wet SUWI. Dit is nog niet opgenomen in het huidige wetsvoorstel.

De regering is het met UWV eens dat het wenselijk is dat (medische) gegevens die zijn verzameld voor het uitvoeren van een wettelijke taak van UWV, kunnen worden hergebruikt voor een andere beoordeling. De regering merkt hierbij evenwel op dat het niet noodzakelijk is om voorliggend wetsvoorstel bij naam te noemen in artikel 30, eerste lid, Wet SUWI. De publieke verzekering op grond van voorliggend voorstel valt onder de term “wettelijke arbeidsongeschiktheidsverzekeringen”. Deze term staat reeds in genoemd artikellid. Daarmee biedt dit voorstel, conform voorstel van UWV, al de gewenste ruimte voor een efficiënte beoordeling. Dit is ook geëxpliciteerd in de artikelsgewijze toelichting bij de wijzing van artikel 30 Wet SUWI.

19.2.6 Later ontstaan en herleven van een uitkering

UWV wijst op de mogelijkheid van het alsnog later ontstaan van een uitkering en herleving van een uitkering en de voorwaarden die daaraan zijn verbonden. Wordt na de wachttijd geen uitkering toegekend of wordt een toegekende uitkering ingetrokken, dan kan alsnog zonder nieuwe wachttijd recht op uitkering ontstaan bij (toegenomen) ongeschiktheid. De toets aan één van de voorwaarden in het aan UWV voorgelegde voorstel, namelijk dat de hernieuwde ongeschiktheid voortkomt uit “dezelfde oorzaak” kan volgens UWV niet worden verricht omdat dit niet aansluit bij het arbeidsongeschiktheidscriterium in het voorstel, waarvoor niet alle beperkingen in beeld hoeven te worden gebracht. Naar de mening van UWV kan in het kader van het later ontstaan van een recht op uitkering of herleving daarvan worden volstaan met het beoordelen van het kunnen verrichten van een basisfunctie.

De regering wijst er voor de volledigheid op dat, vanwege het absolute arbeidsongeschiktheidscriterium, bij de beoordeling van de vraag of het recht op uitkering later ontstaat of herleeft niet wordt getoetst of sprake is van toegenomen arbeidsongeschiktheid waarbij de eerder vastgestelde belastbaarheid dient te worden betrokken. In deze gevallen dient enkel opnieuw te worden beoordeeld of sprake is van arbeidsongeschiktheid. Daarbij is wel van belang of het alsnog arbeidsongeschikt worden of het opnieuw arbeidsongeschikt worden voortkomt uit dezelfde oorzaak als die op grond waarvan de verzekerde eerder de wachttijd heeft doorgemaakt of recht op uitkering had. Het beoordelen daarvan kan in bepaalde casussen mogelijk leiden tot extra inspanningen van UWV en de zelfstandige om vast te stellen en/of aan te tonen dat aan deze voorwaarde wordt voldaan. Deze voorwaarde acht de regering desalniettemin van belang. Het zou niet uitlegbaar en niet wenselijk zijn om de voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid uit dezelfde oorzaak moet voortkomen, los te laten. Dat zou immers betekenen dat voor de duur van vijf jaar ruimte bestaat voor herleving en het later ontstaan van uitkering, ongeacht de oorzaak van het alsnog arbeidsongeschikt worden of het opnieuw arbeidsongeschikt worden. Een dusdanig ruim beleid zal ongewenste effecten hebben zoals het, zonder het eerst doorlopen van de wachttijd, ontstaan van recht op uitkering bij het (zeer) tijdelijk niet kunnen verrichten van een basisfunctie en de daaruit voortkomende druk voor de uitvoering. Ook zou het loslaten van die voorwaarde een, wat de regering betreft ongewenst onderscheid creëren, tussen groepen zelfstandigen die beiden voor de eerste keer uitvallen als gevolg van een specifieke ziekteoorzaak. Verder zal het afzien van de voorwaarde een ongewenst potentieel opdrijvend effect hebben op de door zelfstandigen te dragen premielasten en is er op dit vlak wat de regering betreft sprake van onvoldoende onderbouwing voor afwijking van de vigerende arbeidsongeschiktheidswetgeving. Tot slot is het inkorten van de termijn voor, of het verwijderen van de mogelijkheid van het alsnog ontstaan van recht op uitkering en het recht op herleving, gezien de daarmee beoogde doelen, wat de regering betreft geen passend of redelijk alternatief.

19.2.7 Opt-out en stabiliteitsbijdrage

UWV geeft aan dat de out-out technisch uitvoerbaar is, mits de termijn voor het aanleveren van de aanmelding rond het einde van het jaar wordt aangescherpt (zie paragraaf 19.2.3) en de omgang met de opt-out begin- en einddata gedurende het jaar wordt aangescherpt en verduidelijkt. Daarbij geeft UWV

aan dat vooralsnog niet uitvoerbaar is om een boete aan een verzekeraar bij het regelmatig niet tijdig doorgeven van de einddatum van een opt-out op te leggen. Het wetsvoorstel geeft volgens UWV onvoldoende houvast op grond van welke bevoegdheden UWV deze bestuurlijke boete kan opleggen aan een private onderneming. UWV wil graag betrokken worden bij de totstandkoming van de relevante lagere regeling en zal op basis daarvan pas een oordeel over de uitvoerbaarheid uitspreken.

Onderhavige wet biedt UWV de mogelijkheid om een boete op te leggen in het geval de verzekeraar het nalaat om het einde van de opt-out tijdig te melden. Deze kan-bepaling dient als stok achter de deur dat verzekeraars het proces van tijdige melding zorgvuldig inrichten, waarbij de regering verwacht dat enkel de opname van de kan-bepaling in de wet ervoor zorgt dat UWV deze in weinig gevallen zal hoeven toepassen. De regering acht dat het voorgestelde artikel 13, derde lid, die deze bevoegdheid voor UWV regelt, UWV voldoende houvast geeft om een boete op te leggen mocht de verzekeraar de beëindiging van de opt-out niet tijdig melden. Doordat het geen verplichting is voor UWV maar een bevoegdheid geeft dit volgens de regering UWV voldoende ruimte om hiervoor een passend proces voor in te richten. Aangezien deze bevoegdheid al is geregeld in artikel 13, derde lid, wordt dit in lagere regelgeving niet verder uitgewerkt.

De maatregel om bij het uitblijven van de betaling van de stabiliteitsbijdrage de opt-out van de bij betreffende verzekeraar particulier verzekerden te beëindigen, is naar verwachting van UWV niet effectief. Door de voorgeschreven betaaltermijnen is heeft UWV de verwachting dat ook welwillende verzekeraars in de problemen zullen komen, doordat betaaltermijnen niet worden gehaald of doordat er vragen zijn over de juistheid of samenstelling van de factuur. Het is verder maar zeer de vraag of kwaadwillende verzekeraars zich door deze maatregel laten weerhouden om het stelsel te betreden. Dit nog los van het feit dat de sanctiemaatregel vooral de verzekerden treft.

In onderhavig wetsvoorstel is geregeld dat UWV in de situatie dat de stabiliteitsbijdrage niet wordt betaald uiteindelijk over gaat tot het beëindigen van de opt-out. In paragraaf 10.6.1 is toegelicht dat als de factuur binnen zes weken niet is betaald UWV eerst een aanmaning richting de verzekeraar stuurt en als uitbetaling daarna nog steeds uitblijft een kennisgeving stuurt aan de betrokkene verzekerden. UWV gaat pas over tot het beëindigen van de opt-out als de verzekeraar vier weken na de kennisgeving aan de zelfstandigen nog steeds niet heeft betaald. UWV eindigt de opt-out in dat geval per twee maanden na de beschikking dat de opt-out wordt beëindigd. Doordat er enige tijd tussen zit tussen het moment dat UWV de factuur stuurt en het moment dat de opt-out daadwerkelijk door UWV wordt beëindigd acht de regering de kans klein dat welwillende verzekeraars hierdoor in de problemen zullen komen. 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. Daarnaast merkt de regering op dat de bevoegdheid voor UWV om de opt-out te beëindigen als de stabiliteitsbijdrage niet wordt betaald ook in het 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 geeft aan dat de wijzigingen in de opt-out waardoor de opt-out in principe geldt voor een jaar een positief effect heeft op de uitvoerbaarheid. UWV heeft hierbij nog een tweetal kanttekeningen:

- de in de wetgeving ingebouwde mutaties met terugwerkende kracht maken de berekening van de stabiliteitsbijdrage ten behoeve van het factureringsproces erg complex.
- Indien zelfstandigen door het uitblijven van de betaling van de stabiliteitsbijdrage door de verzekeraar, terugvallen op de publieke verzekering, komt UWV in een lastige en totaal ongewenste

rol terecht.

De regering heeft bewust gekozen om bij de start van de opt-out de mogelijkheid te bieden om een aanvraagtermijn van dertien weken te bieden na de datum waarop de opt-out moet aanvangen. Dit om te voorkomen dat de zelfstandige onbedoeld voor het gehele kalenderjaar publiek verzekerd moet worden als de aanvraag van de opt-out om wat voor reden dan ook niet tijdig en volledig wordt gedaan, waarbij de zelfstandige dan dubbel verzekerd raakt. Dit zou ook voor de publieke uitvoerders tot onnodige werklast leiden die voorkomen kan worden door de gebonden aanvraagtermijn. Gedurende de voorgestelde periode van dertien weken kunnen partijen eventuele fouten rondom de aanvraag van de opt-out eenvoudig herstellen zonder dat een zelfstandige onbedoeld en onnodig publiek verzekerd wordt. Hierbij is gekozen om de aanvraagtermijn te begrenzen in de tijd om zo te voorkomen dat voor een lange periode mogelijk premie terugbetaald moet worden aan de verzekerde en er voor een langere periode stabiliteitsbijdrage geïnd moet worden. De regering acht een periode van dertien weken zodoende een goede balans om enerzijds te voorkomen dat zelfstandigen onbedoeld en onnodig een periode dubbel verzekerd worden en anderzijds de uitvoering correcties moet uitvoeren over een te lange periode. In paragraaf 10.4.2 is bovenstaande ook nader beschreven.

De regering erkent dat voorkomen moet worden dat UWV in een lastige rol terecht komt in het geval zelfstandigen alsnog onder de publieke verzekering vallen in het geval de verzekeraar de stabiliteitsbijdrage niet betaalt. De regering acht het noodzakelijk dat de opt-outs bij een private verzekeraar in het uiterste geval worden beëindigd als de verzekeraar niet voldoet aan zijn verplichting tot het betalen van de stabiliteitsbijdrage. Dit wordt toegelicht bij paragraaf 10.6.1. Om de rol van UWV hierin niet lastiger te maken dan strikt noodzakelijk, heeft de regering in de wet vastgelegd in welke situatie en op welk moment UWV overgaat tot beëindiging van een opt-out bij niet betalen van de stabiliteitsbijdrage. Met de gekozen vormgeving verwacht de regering dat het in de praktijk nooit tot beëindiging van een te goeder trouw tot stand gekomen opt-out zal komen, omdat de verzekeraar dit eenvoudig kan voorkomen door de factuur aan UWV te betalen en een lopende discussie of procedure over de hoogte van de factuur daarna te vervolgen. De regering is van mening dat mag worden verwacht dat een verzekeraar hiertoe in staat is. Als dan uiteindelijk wordt geoordeeld dat een factuur niet klopte, kan UWV het teveel betaalde bedrag terugstorten.

19.2.8 Gegevensbescherming

UWV raadt aan om in de gegevensdelingsparagraaf meer aandacht te besteden aan zowel uitwisseling van gegevens binnen de keten Werk en Inkomen (naar gemeenten en Inlichtingenbureau in het kader van samenloopsignalen) als ook aan de mogelijkheden voor proactieve dienstverlening tussen gemeenten en UWV, bijvoorbeeld wanneer het gaat om voortzetting van re-integratiedienstverlening. BKWI zal daar, met name ten aanzien van inkijkfuncties binnen Suwinet, naar verwachting een sterkere rol in gaan spelen dan nu is voorzien.

Naar aanleiding van deze opmerking heeft de regering in paragraaf 13.2.1 opgenomen dat er gegevens kunnen worden uitgewisseld via Suwinet.

19.2.9 Handhaving

UWV geeft aan dat voorafgaand aan de implementatie van het wetsvoorstel risicosessies noodzakelijk zijn. Daarbij wordt dringend geadviseerd om een integrale frauderisico analyse uit te voeren.

Op basis van hetgeen is geïnventariseerd voorziet UWV grotere risico's op misbruik en oneigenlijk gebruik. Vanwege de complexe beheersbaarheid van de risico's op misbruik en oneigenlijk gebruik binnen de Wet WIA, ZW en NOW, wordt voor voorliggend voorstel geen afwijkende verwachting gehanteerd. UWV verwijst hierbij naar de integrale frauderisico analyse in het kader van de Wet WIA, omdat veel van de

risico's uit de Wet WIA overeenkomsten vertonen met voorliggend voorstel. De belangrijkste factor betreft de inschatting van gezondheidsaspecten.

De regering ziet met UWV dat er risico's zijn op misbruik en oneigenlijk gebruik. Die risico's zijn veelal gelijk aan de risico's die spelen bij de andere arbeidsongeschiktheidswetten. De regering zal in aanloop naar de implementatie van dit voorstel, indien het voorstel tot wet worden verheven, verdere analyses uitvoeren op de mogelijkheden voor misbruik en oneigenlijk gebruik. Zo nodig en wenselijk worden daar beheersmaatregelen aan gekoppeld.

19.2.10 Implementatietermijn, uitvoeringskosten en verzoek om herijking van uitvoeringskosten
UWV geeft aan dat voor het merendeel van de benodigde aanpassingen om voorliggend voorstel uitvoerbaar te maken een implementatietermijn van maximaal twee jaar volstaat. De nieuwbouw van de zelfstandigenadministratie vergt echter een langere voorbereidingstijd. Dit omdat voor deze nieuwbouw een aanbesteding noodzakelijk is. Dit maakt dat UWV uitgaat van een minimale implementatietermijn van 36 maanden, met de voorwaarde dat de beleidsvoorbereiding volledig is afgerond en procesafspraken, bijvoorbeeld met de verzekeraars en de Belastingdienst, op dat moment duidelijk zijn.

Hierbij wijst UWV op de claimbeoordelingen die horen bij de uitvoering van voorliggend voorstel. Dit maakt dat volgens UWV ook rekening moet worden gehouden met de implementatietermijn van wetgeving die ruimte moet creëren voor de uitvoering van voorliggend voorstel.

UWV constateert dat in het voorgelegde wetsvoorstel geen beoogde implementatiedatum is meegeven. UWV heeft getoetst op een deels "fictief" vastgesteld ijkpunt: 1 januari 2030. De implementatie verloopt gradueel vanwege de wachttijd van 104 weken. De raming en financiële begroting kan vanwege dit tijdpad niet anders dan globaal zijn en maakt een financiële herijking voorafgaand aan implementatie noodzakelijk. Vanwege de verschillende onzekerheden geldt dat een herijking van de nu geraamde incidentele en structurele kosten noodzakelijk is voorafgaand circa drie jaar voorafgaand aan implementatiedatum. Deze termijn is volgens UWV ook nodig vanwege de noodzakelijke aanbestedingsprocedure voor de zelfstandigenadministratie.

Met het bovenstaande in acht genomen, schat UWV thans incidentele uitvoeringskosten in ter hoogte van € 52,8 miljoen, en structurele kosten die in 2034 oplopen naar € 42 miljoen per jaar. Hierbij verwacht UWV programmakosten op jaarlijks € 3 tot 4 miljoen.

19.2.11 Overig
In deze subparagraaf wordt er ingegaan op de overige opmerkingen en vragen van UWV.

WAZ
UWV geeft aan er rond 2030 nog circa 2.500 mensen recht hebben op een WAZ-uitkering. De introductie van voorliggende verzekering zou volgens UWV een goede gelegenheid zijn om de resterende groep om te zetten naar deze verzekering. Omdat deze verzekering geen verhoging van de uitkering bij hulpbehoevendheid kent en ook geen recht geeft op de Toeslagenwet is het, naar idee van UWV, wel van belang alle WAZ-ers om te zetten naar de gemaximeerde grondslag voor dit voorstel, zodat zij er in geen geval financieel op achteruit gaan en hooguit op vooruit gaan.

De regering stelt vast dat deze oproep van UWV een zorgvuldige afweging vergt. In paragraaf 3.6 van deze toelichting is reeds uiteengezet dat per 1 augustus 2004 de toegang tot de WAZ is gesloten en er geen nieuwe instroom in de WAZ meer mogelijk is.[389] Thans is er nog een beperkte groep zelfstandigen die onder de WAZ valt.[390] De introductie van dit wetsvoorstel en de daarmee beoogde verplichte

[389] Behoudens een mogelijke zeer beperkte instroom op grond van bilaterale verdragen.

[390] Ramingen wijzen op ongeveer 1.600 verwachte verzekerden in 2031.

basisverzekering vereist ook een nieuwe weging van de positie van de WAZ, met name ten aanzien van de vraag of het aangewezen is de WAZ-verzekerde populatie onder te brengen in dit voorstel.

Bij invoeringswet zullen nadere regels gesteld worden over het (eventueel) uitsluiten of beperken van samenloop van uitkering krachtens de WAZ en deze verzekering. Daarbij geldt het uitgangspunt dat de reeds bestaande rechten uit hoofde van de WAZ zo veel mogelijk gewaarborgd dienen te blijven.

De WAZ verschilt op elementaire punten van dit voorstel zoals de kring van verzekerden, het arbeidsongeschiktheidscriterium en de arbeidsongeschiktheidsstaffels (bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid). Het is gezien deze elementaire verschillen tussen de WAZ en dit voorstel aannemelijk dat een aanzienlijke groep van WAZ-verzekerden, die een uitkering op grond van de WAZ heeft (of mogelijk krijgt), die uitkering onder toepassing van de voorwaarden van de dit voorstel niet zou krijgen. De regering ziet dan ook een groot belang en een wens in het eerbiedigen van reeds bestaande rechten voor die mensen die thans uit hoofde van de WAZ verzekerd zijn.

Door de WAZ als afzonderlijke regeling te laten bestaan, tot er een gehele uitstroom van verzekerden heeft plaatsgevonden, kan aan de wens om bestaande rechten te eerbiedigen tegemoet worden gekomen. Ook bij het onderbrengen van de WAZ-verzekerde populatie als afzonderlijke groep in dit voorstel zou aan de wens om bestaande rechten te eerbiedigen tegemoet kunnen worden gekomen, maar dit zou ten koste gaan van de wens om complexiteit in dit voorstel te voorkomen. Het zou er toe leiden dat dit voorstel verschillende regimes moet kennen, met per regime een andere verzekerde populatie. De regering ziet daar nadelen ten opzichte van de wens onnodige complexiteit te vermijden en de wens dit voorstel doelmatig vorm te geven. Daarbij komt dat de WAZ een reeds afgesloten verzekering is met een snel afnemende populatie. Hiertegenover staat dat overgangsrecht ervoor zorgt dat mensen in een vergelijkbare levenssituatie onder verschillende regelingen vallen, in dit geval de WAZ en voorliggend voorstel. Tevens geldt als nadeel van dit overgangsrecht dat UWV twee regelingen voor zelfstandigen “in de lucht dient te houden”, wat ook complex is en de uitvoering onder druk zet.[391] Deze afwegingen zullen onderdeel zijn bij de, per invoeringswet, nader te stellen regels waar het gaat om het (eventueel) uitsluiten of beperken van samenloop van uitkering krachtens de WAZ en dit voorstel.

Afwijking van formeelwettelijke bepalingen bij lagere regelgeving
UWV constateert dat dit voorstel op meerdere onderdelen (aanpassing van) lagere regelgeving vereist. Op diverse plekken wordt in de conceptwettekst ten aanzien van de lagere regelgeving gesproken over ‘nadere of *afwijkende* regels’. Sinds het aannemen van de zogenaamde motie Jurgens is afwijking van de formele wet in lagere regelgeving niet meer toegestaan. UWV gaat ervan uit dat deze lijn wordt gevolgd bij de uitwerking van de nog op te stellen lagere regelgeving.

De regering is het met UWV eens dat een dergelijke constructie, hoewel strikt genomen geoorloofd, voorkomen dient te worden. Wat betreft de delegatiebepalingen in de werknemersverzekeringen, heeft de wetgever in het verleden al eens onderzocht en gemotiveerd waarom een uitzondering voor die gevallen noodzakelijk is.[392] De regering wenst op gelijke voet deze uitzonderingen te hanteren in voorliggend voorstel. Indien de regering dit niet zou doen, zou dit leiden tot onoverzichtelijke regelgeving waarbij bijvoorbeeld voor de werknemersverzekeringen wel regels op het niveau van een algemene maatregel van bestuur worden gesteld, terwijl deze in het kader van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen in dit voorstel zou worden opgenomen. Dat acht de regering onwenselijk.

[391] Vgl. Kamerstukken II 2024/25, 26448, nr. 849. In de Hervormingsagenda inkomensondersteuning wordt een verkenning aangekondigd naar een andere omgang met overgangsrecht binnen de sociale zekerheid.
[392] Kamerstukken II 2011/12, 33133, nr. 3, p. 3.

Beleids- en verantwoordingsinformatie
UWV constateert dat in het verzoek tot uitvoeringstoets zijn geen specifieke eisen ten aanzien van verantwoordings- en beleidsinformatie is opgenomen. Het wel is de verwachting dat deze er zullen komen, waarvan een groot deel min of meer in lijn zullen zijn met andere wetten. Voorgaande heeft wel tot gevolg dat een groot aantal aanpassingen noodzakelijk is aan het DataWareHouse om gewenste rapportages te kunnen realiseren. Het is de wens van UWV om in een vroeg stadium in gesprek te gaan met SZW over de eisen en wensen die er zijn met betrekking tot verantwoordings- en beleidsinformatie.

Net als bij andere socialezekerheidswetgeving, is ook het behoeve van dit voorstel beleids- en verantwoordingsinformatie noodzakelijk. Het Ministerie van SZW zal tijdig hierover met UWV in gesprek gaan.

Kritische effecten
UWV noemt – in willekeurige volgorde – enkele kritische effecten van het wetsvoorstel. Voor zover deze niet eerder in deze paragraaf zijn benoemd, betreft dit:

- de complexiteit die een afzonderlijke wet voor zelfstandigen met zich meebrengt. De regering motiveert de keuze om te kiezen voor een afzonderlijke wet in hoofdstuk 3 van deze toelichting.
- De mogelijke complexe keuze die een zelfstandige dient te maken tussen private en publieke verzekering. De regering onderkent dat dit een lastige keuze kan zijn, maar doordat de betrokkene in beginsel publiek verzekerd is, en door het opgehaalde in gesprekken met zelfstandigen (zie paragraaf 15.9), is er afdoende vertrouwen inzake het doenvermogen van zelfstandigen.
- Het verwijzen naar een gemeente indien de zelfstandige onder het sociaal minimum komt. De regering begrijpt dat UWV ook nadelen benoemt, maar heeft in paragraaf 6.4.1 uiteengezet waarom evenzeer voor deze vormgeving is gekozen.
- Minder goede positie voor vrijwillig verzekerde IB-ondernemers. De regering onderkent dat voor zelfstandigen die zonder verzekeringsplicht een vrijwillige verzekering bij UWV hadden willen kiezen, een keuze wordt ontnomen. De regering acht dit, gezien paragraaf 15.2, echter gewenst.

19.3 Belastingdienst
De Belastingdienst heeft op 8 oktober 2024 een uitvoeringstoets vastgesteld. De Belastingdienst heeft in deze uitvoeringstoets aangegeven dat het voorgelegde conceptwetsvoorstel in praktische zin onuitvoerbaar was. Naar aanleiding van de kritische uitvoeringstoetsen van zowel Belastingdienst als UWV heeft een verkenning plaatsgevonden naar een uitvoerbare verzekering, die tevens betaalbaar en uitlegbaar is.[393] Als gevolg daarvan is het wetsvoorstel op onderdelen aangepast. Het betreft hier met name aanpassingen (voor zover voor de Belastingdienst ter zake zijnde) ten behoeve van het uitvoerbaar maken van de opt-out en het overgangsrecht en – in breder verband – het wetsvoorstel inpasbaar te maken in het bestaande inkomensheffingenproces van de Belastingdienst en het aanpassen van de wachttijd naar 104 weken.

Na het doorvoeren van deze wijzigingen en het verwerken van andere adviezen en toetsen is het aangepaste wetsvoorstel wederom ter herijking van de eerder uitgebrachte uitvoeringstoets aan UWV en de Belastingdienst voorgelegd. De Belastingdienst heeft deze herijking op 22 juli 2025 vastgesteld.

De Belastingdienst komt in deze herijking tot het oordeel dat het wetsvoorstel uitvoerbaar is per 1 januari 2030. Daaraan stelt de Belastingdienst een aantal randvoorwaarden, zijnde:

- de Belastingdienst voldoende deskundige mensen kan werven om de Baz uit te voeren. De Belastingdienst verwacht incidenteel 198 fte en structureel 163 fte nodig te hebben voor de

[393] Kamerstukken II 2024/25, 31311, nr. 278.

uitvoering;
- de kaders voor opt-out en de Baz-franchise zoals in het voorgelegde voorstel opgenomen niet wijzigen;
- politieke keuzes de jaren na uitbrengen uitvoeringstoets niet tot een herprioritering leiden binnen het IV-portfolio van de IH keten. Herprioritering beïnvloedt de eerst mogelijke invoeringsdatum. Met het wetsvoorstel wordt daarmee de flexibiliteit voor andere beleidsvoorstellen en politieke keuzes ingeperkt in de IH-keten beperkt.

De Belastingdienst signaleert hierbij dat vanwege het nieuwe karakter van het voorstel de onzekerheidsmarge van schattingen rondom de uitvoeringskosten hoger is dan bij andere uitvoeringstoetsen. De uitvoeringskosten kunnen daarmee significant anders uitpakken dan ingeschat (zijnde incidenteel € 30,67 miljoen en structureel € 20,23 miljoen per jaar). Daarnaast geeft de Belastingdienst aan dat het risico op procesverstoringen en het beslag op het portfolio groot is. De Belastingdienst adviseert in dat verband om in Q4 2027 en Q1 2032 de uitvoeringskosten te actualiseren en een IV-inpasbaarheidscontrole uit te voeren, teneinde daar meer zekerheid over te krijgen.

De Belastingdienst gaat in de herijking verder in op de interactie met ondernemers, de maakbaarheid van systemen bij de Belastingdienst, de fraudebestendigheid en de complexiteitsgevolgen van het wetsvoorstel. Daarbij geeft de Belastingdienst aan dat het wetsvoorstel doenbaar is voor de verzekerde omdat wordt aangesloten bij een reeds voor de verzekerde bekend proces. Ook wordt aangegeven dat de waarborgen die in het wetsvoorstel zijn opgenomen leiden tot een in de beleving van de Belastingdienst fraudebestendig proces. Ten slotte voorziet de Belastingdienst een toename van complexiteit in de bestaande uitvoeringsprocessen en -systemen en bij de nieuw te maken processen en systemen die nodig zijn voor de uitvoering van het voorstel. Daarbij verwacht de Belastingdienst complexiteit in het anticiperende gedrag van zelfstandigen die een besloten vennootschap oprichten, en de benodigde gegevensuitwisseling met UWV.

De Belastingdienst heeft in haar eerder uitgebrachte uitvoeringstoets en herijking daarvan enkele meer wetgevingstechnische opmerkingen gemaakt. Die zijn waar nodig doorgevoerd in het wetsvoorstel.

19.4 SVB

Op 31 juli 2024 heeft de Sociale Verzekeringsbank (SVB) een uitvoeringstoets uitgebracht op het onderhavige voorstel. De SVB merkt op dat zij een beperkte rol heeft in de uitvoering van dit voorstel; gemoedsbezwaarde zelfstandigen kunnen ontheffing aanvragen bij de SVB en de SVB beoordeelt deze aanvragen en deelt gegevens hieromtrent met de Belastingdienst en UWV. De gemoedsbezwaardheid voor dit voorstel wordt toegevoegd aan bestaande gegevensstromen aan de Belastingdienst en UWV. De SVB heeft een aantal aandachtspunten gedeeld, met inachtneming waarvan het voorstel voor hen uitvoerbaar is.

Grondslag gegevenslevering UWV aan de BD

De SVB merkt op dat in artikel 33f, tweede lid, van de Wet SUWI een grondslag is opgenomen voor het verstrekken van gegevens door UWV aan de BD die noodzakelijk zijn ten behoeve van het heffen en invorderen van de publieke premie.
De SVB merkt – terecht – op dat deze grondslag niet ziet op het verstrekken van gegevens ten behoeve van het heffen en invorderen van de premievervangende belasting in het geval van gemoedsbezwaardheid voor het onderhavige voorstel. De SVB verstrekt immers al gegevens aan de Belastingdienst (op grond van artikel 64, tweede lid, Wfsv) waardoor de Belastingdienst ook zonder daar gegevens van UWV over te ontvangen, weet heeft dat er een premievervangende bijdrage moet worden geheven en geïnd.

Regeling Wfsv

De SVB merkt op dat het onderhavige voorstel moet worden toegevoegd aan artikel 4.1 van de Regeling

Wfsv, aangezien het de bedoeling is dat de SVB na inwerkingtreding van dit voorstel ook hiervoor ontheffing kan verlenen.
In voornoemd artikel zijn de regelingen opgenomen waarvoor de SVB ontheffing kan verlenen aan gemoedsbezwaarden. Dit artikel zal, gelijktijdig aan andere lagere regelgeving, worden aangepast.

Algemeen inkomensbesluit socialezekerheidswetten
De SVB merkt op dat in artikel 2.4 van het Algemeen inkomensbesluit socialezekerheidswetten een onderdeel moet worden toegevoegd waarin de uitkering op grond van het onderhavige voorstel wordt opgenomen als overig inkomen ten behoeve van de inkomensafhankelijke uitkeringen op grond van de volksverzekeringen.
Dit artikel zal, gelijktijdig aan andere lagere regelgeving, worden aangepast.

Tot slot wijst de SVB nog op artikel 1, eerste lid, van de Wet SUWI, welk lid met het onderhavige voorstel wordt gewijzigd. De SVB wijst op een mogelijke verkeerde nummering in dit gewijzigde lid (onderdeel 't' zou onderdeel 's' moeten zijn).

De nummering in het gewijzigde lid is echter juist, omdat het wetsvoorstel proactieve dienstverlening SZW reeds een onderdeel 's' toevoegt aan dit artikel.

19.5 Raad voor de rechtspraak
Op 11 september 2024 heeft de Raad voor de rechtspraak een advies op het voorgelegde conceptwetsvoorstel uitgebracht. De Raad voor de rechtspraak heeft geen zwaarwegende bezwaren tegen het voorstel, maar geeft ter overweging een aantal aandachtspunten mee om het voorstel op enkele onderdelen te verduidelijken dan wel aan te passen. Die worden hieronder toegelicht en waar nodig van een reactie voorzien.

De grondslag voor de uitkering en het risico van rechtsonzekerheid
De Raad voor de rechtspraak voorziet dat de gekozen uitkeringsgrondslag voor de verzekerde in het voorkomende geval rechtsonzekerheid met zich mee kan brengen, nu hiervoor wordt gekeken naar de gemiddelde winst van het jaar voorafgaand aan dat waarin de verzekerde ziek is geworden en er sprake is van een wachttijd van 52 weken, komt dit volgens de Raad er feitelijk op neer dat voor de beoordeling wordt gekeken naar de gemiddelde winst van de twee voorafgaande jaren. Indien er in het concrete geval echter juridische procedures worden gevoerd tegen de vaststelling van de hoogte van de gemiddelde winst, kan het nog langer duren dan twee jaar voordat deze winst in rechte is komen vast te staan. Dit kan voor een arbeidsongeschikte zelfstandige een zeer kwetsbare positie opleveren. De Raad adviseert om hieraan in de toelichting nader aandacht te besteden.

De Raad wijst er terecht op dat de (gemiddelde) grondslag voor de uitkering niet altijd vaststaat op het moment dat de uitkering door UWV aan de arbeidsongeschikte zelfstandige wordt uitbetaald. Hierdoor kan het zijn dat de zelfstandige te maken krijgt met een terugvordering of nabetaling.
De regering wijst er op dat zij geen alternatieven voorhanden ziet dan uitgaan van door de Belastingdienst vastgestelde winst uit onderneming. Voor situaties waarin er geen sprake is van een problematische schuld bij UWV, doordat de verwachte winst uit onderneming maar beperkt afwijkt van de definitief vastgestelde winst uit onderneming, acht de regering deze werkwijze ook op voorhand niet onwenselijk. Waar er sprake is van forse terugvorderingen omdat de betrokkene zijn winst-inkomen fors te hoog heeft ingeschat, vindt de regering dit ook grotendeels de verantwoordelijkheid van de betrokkene. Het is dan aan UWV om maatwerk te verlenen.

Mede om het aantal situaties te beperken waarin er op grond van nog niet definitief vastgestelde winst uit onderneming een uitkering of voorschot moet worden verstrekt, heeft de regering ervoor gekozen om de wachttijd te verlengen naar 104 weken. Daarnaast heeft de regering – waar zij de potentiele gevolgen dermate vindt ten opzichte van de verantwoordelijkheid die de betrokkene zelf draagt – de

terugvorderingsregels aangepast. Hierdoor wordt afgezien van terugvordering, indien er sprake is geweest van winst uit onderneming, maar er in het van ziekwording sprake is geweest van ROW. Tevens heeft de regering aanleiding gezien om in paragraaf 6.5 enkele voorbeelden op te nemen inzake de uitkering.

De rol van de verzekeringsarts
Ten aanzien van de rolverdeling tussen de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling vraagt de Raad zich af of het uitgangspunt niet altijd zou moeten zijn dat de verzekerde voor een spreekuur bij de verzekeringsarts wordt uitgenodigd. Hiervoor verwijst de Raad ook naar de uitspraak van de CRvB van 18 januari 2023 inzake nummer ECLI:NL:CRVB:2023:99 (r.o. 4.3.5). Geadviseerd wordt om dit in de toelichting te verduidelijken.

Naar aanleiding van het advies is de toelichting aangepast. Zoals in paragraaf 7.2 van deze toelichting is vermeld, zal het proces bij UWV voor het beoordelen van arbeidsongeschiktheid op zo een wijze worden vormgegeven dat de arbeidsdeskundige in beginsel vooropgaat en dat de verzekeringsarts proportioneel wordt ingezet voor het beantwoorden van concrete vragen met betrekking tot de belastbaarheid van de verzekerde, die relevant zijn voor de specifieke basisfunctie die de arbeidsdeskundige onderzoekt. Hierbij is van belang dat het voor deze wet gehanteerde arbeidsongeschiktheidscriterium in veel gevallen een beperktere beoordeling van de belastbaarheid vergt ten opzichte van het criterium dat voor de Wet WIA wordt gehanteerd. Het oordeel van een verzekeringsarts over de belastbaarheid van de verzekerde is evenwel ook in dit wetsvoorstel van belang om vast te stellen of verzekerde een bepaalde basisfunctie kan vervullen. Welke onderzoeksmethoden voor de medische beoordeling worden ingezet, waaronder bijvoorbeeld het houden van een spreekuurcontact, wordt in de arbeidsongeschiktheidswetten overgelaten aan de verzekeringsarts. Een verzekeringsarts hoeft aldus geen spreekuurcontact te houden, indien daarvoor naar zijn oordeel geen aanleiding bestaat. Uit de rechtspraak van de CRvB volgt evenmin dat een spreekuurcontact in de primaire fase van de besluitvorming het uitgangspunt dient te zijn. Het uitgangspunt van een spreekuurcontact geldt volgens die rechtspraak wel voor zorgvuldige besluitvorming in de bezwaarfase, indien in de primaire fase geen sprake is geweest van een spreekuurcontact met een geregistreerde verzekeringsarts en de medische grondslag van het primaire besluit gemotiveerd wordt betwist. Van dat uitgangspunt kan overigens nog worden afgeweken, indien gemotiveerd kan worden dat in het licht van de aard van de klachten en de beschikbare medische informatie, een spreekuurcontact geen toegevoegde waarde heeft. Met dit wetsvoorstel wordt niet beoogd deze bestaande praktijk te wijzigen. In paragraaf 7.2 is in lijn met het voorgaande toegelicht welke keuze de verzekeringsarts heeft ten aanzien van de te gebruiken onderzoeksmethode om de belastbaarheid van de verzekerde vast te stellen.

Extra toelichting op keuze van het arbeidsongeschiktheidscriterium
De Raad geeft aan dat zij in de memorie van toelichting nadere toelichting missen waarom de beoordeling aan de hand van basisfuncties naar verwachting beter uitlegbaar is en op welke manier de zelfstandige meer inzicht krijgt in de beoordeling. Naar aanleiding hiervan is in paragraaf 7.2 nadere toelichting toegevoegd. In deze nadere toelichting wordt ook ingegaan op de opmerking van de Raad dat zij, net zoals met de beoordeling in het kader van de Wet WIA, verwachten dat verzekerden de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van onderhavig wetsvoorstel als theoretisch zullen ervaren.

Zeer ernstige misdragingen
In het voorgelegde artikel 18, tweede lid, aanhef en onder f, van het voorstel staat dat de verzekerde verplicht is zich te onthouden van zeer ernstige misdragingen jegens de met de uitvoering van deze wet belaste personen en instanties tijdens het verrichten van hun werkzaamheden. De Raad vraagt zich af waarom de verzekerde zich alleen behoort te onthouden van zeer ernstige misdragingen en niet ook van “gewone” misdragingen. Verder komt daarbij de vraag op wat wordt verstaan onder “zeer ernstig”. Geadviseerd wordt het voorstel hierop aan te passen en te voorzien van een nadere toelichting.

Sinds 2015 is een soortgelijke bepaling opgenomen in de socialezekerheidswetgeving, waarbij dit voorstel volledig aansluit.[394] De regering acht alle zeer ernstige misdragingen jegens uitvoerende instanties en hun functionarissen tijdens het verrichten van hun werkzaamheden ontoelaatbaar en is van oordeel dat dergelijke misdragingen altijd moeten leiden tot een adequate maatregel.[395] De verplichting zich te onthouden van ernstige misdragingen jegens de met de uitvoering van deze wet belaste personen en instanties geeft via artikel 60 van dit wetsvoorstel de mogelijkheid om aan die ernstige misdragingen consequenties voor het recht op uitkering te verbinden. Die toevoeging dient niet zo uitgelegd te worden als dat de verzekerde vrij is om zich te misdragen zo lang dat niet als “zeer ernstig” aan te merken is. De mogelijkheid om bij zeer ernstige misdragingen maatregelen op te leggen is complementair aan het reguliere strafrecht.

Onder zeer ernstige misdraging dient in elk geval te worden verstaan elke vorm van ongewenst en agressief fysiek contact met een persoon of het ondernemen van pogingen daartoe. Hieronder vallen bijvoorbeeld schoppen, slaan of het (dreigen met) gooien van voorwerpen naar een persoon en het gebruik van steek- en/of slagwapens. Ook het toebrengen van schade aan een gebouw of inventarisonderdeel, alsmede het ondernemen van pogingen daartoe in enige vorm wordt als zeer ernstige misdraging gezien. Handelingen die door hun grote en mogelijk blijvende impact op de desbetreffende persoon of personen grote invloed hebben zoals het opzetten van gerichte lastercampagnes, seksuele intimidatie, het tonen van steek en/of vuurwapens alsmede (pogingen tot) opsluiting in een ruimte zijn eveneens als zeer ernstige misdraging te beschouwen.[396]

Re-integratieplan in beginsel geen besluit
In het voorgelegde artikel 30, derde en vierde lid, van het voorstel staat dat het re-integratieplan in beginsel geen besluit is in de zin van de Awb omdat het niet is opgesteld door een bestuursorgaan. Verderop wordt aangegeven dat er alleen sprake kan zijn van een besluit als het plan wordt bekrachtigd door UWV. De Raad geeft in overweging mee om hieraan toe te voegen dat van een besluit in de zin van de Awb alleen sprake kan zijn indien het plan door UWV wordt bekrachtigd én het plan gericht is op een zelfstandigen rechtsgevolg. In de artikelsgewijze toelichting is deze suggestie verwerkt.

Relatie met het wetsvoorstel “Wet handhaving sociale zekerheid”
De Raad vraagt zich af of het voorgestelde artikel 62, waarin het opleggen van een boete wordt geregeld, is afgestemd met het wetsvoorstel handhaving sociale zekerheid. In dat voorstel wordt voorgesteld de reeds bestaande boetepalingen in de socialezekerheidswetten te wijzigen. Indien dit niet het geval is, adviseert de Raad dit alsnog te doen en inzichtelijk te maken hoe deze wetsvoorstellen zich tot elkaar verhouden.

Het handhavings- en sanctie-instrumentarium in dit wetsvoorstel sluit aan bij het thans geldende instrumentarium in de sociale zekerheid. Indien het wetsvoorstel handhaving sociale zekerheid tot wet wordt verheven, zal het daarin voorgestelde instrumentarium ook in de verplichte verzekering voor zelfstandigen worden opgenomen.

Het risico van gecompliceerde drie-partijengeschillen
De Raad merkt in haar advies op dat de opt-out een nieuw element is dat twee aspecten heeft die aanleiding kunnen geven voor nieuwe rechtspraak. Daarover schrijft de Raad het volgende:

1. *Enerzijds moet UWV beslissen of de particuliere verzekeraars voldoen aan de in het Wetsvoorstel gestelde eisen en voldoende waarborgen dat een minimaal gelijkwaardige uitkering wordt verstrekt. Dat kan leiden tot geschillen tussen verzekeraars en UWV.*

[394] Kamerstukken II 2013/14, 33801, nr. 3, p. 24 e.v.
[395] Kamerstukken II 2013/14, 33801, nr. 3, p. 24 e.v.
[396] Zie Stb. 2014, 550.

2. *Anderzijds moet UWV ook beslissingen geven ten aanzien van zelfstandigen die zich willen verzekeren bij een particuliere verzekeraar. Dat kan gecompliceerde drie-partijengeschillen opleveren.*

De regering schat de kans dat een, uit het hier bovengenoemde eerste punt voortkomende zaak, snel het karakter heeft van een gecompliceerd drie-partijengeschil beperkt in. UWV zal, in tegenstelling tot wat de Raad lijkt te veronderstellen, namelijk geen inhoudelijke toets uitvoeren waar het gaat of een verzekering of een verzekeraar voldoet aan het toetsingskader waaronder het minimale dekking-vereiste. UWV controleert alleen of de benodigde informatie (en verklaring) is aangeleverd om de startdatum van de opt-out te kunnen bepalen. De private verzekeraar dient, voor de totstandkoming van de opt-out, bij de aanvraag van de opt-out te verklaren dat de betreffende zelfstandige bij hem een verzekering heeft afgesloten die voldoet aan de minimale eisen. Is dit niet het geval dan loopt de verzekeraar het risico dat de betreffende zelfstandige daar de verzekeraar vroeg of laat op wijst. Er zal in dat geval sprake zijn van een tweepartijengeschil tussen enerzijds de zelfstandige en anderzijds de verzekeraar. Indien de zelfstandige en de verzekeraar er samen niet uitkomen kan de zelfstandige zich melden bij het Kifid[397] of (bijvoorbeeld bij een voor de zelfstandige ongewenste uitkomst van de procedure bij het Kifid) een civiele gerechtsprocedure starten.

Premieheffing- en inning
De Raad wijst op een passage uit de voorgelegde toelichting, waaruit naar voren komt dat met de geschetste werkwijze van bij voorschot premie heffen en innen, knellende zaken kunnen ontstaan. De Raad wijst er op dat in geval van tijdelijk verminderd doenvermogen bij een premieplichtige de premieschulden aan de overheid razendsnel op lopen. Dit geldt des te meer wanneer het semi-massaal proces van dwanginvordering door de Belastingdienst een volledig geautomatiseerd proces is, zonder handmatige beoordeling van de individuele situatie.

Het klopt dat een zelfstandige die niet tijdig zijn verwachte winst uit onderneming naar beneden vaststelt indien daartoe aanleiding is, een hogere premie wordt geheven en geïnd dan uiteindelijk definitief wordt vastgesteld. De regering acht dit echter – anders dan in sommige situaties bij onzekerheid rondom het recht op en hoogte van de uitkering – niet dermate knellend dat het in de rede ligt om anders om te gaan met de premieheffing. Daarvoor is het totale maximale premiebedrag te laag, zeker indien het gaat om – zoals de Raad zelf aangeeft – tijdelijk verminderd doenvermogen.

Werklast
De Raad voor de rechtspraak heeft een werklastberekening gemaakt, om zo de meerkosten die verwacht worden naar aanleiding van het voorstel te berekenen. De Raad verwacht een substantiële stijging van de werklast bij bestuursrechtelijke zaken, voor civiele en belastingzaken wordt geen substantiële impact op de werklast verwacht. De verwachte kring van verzekerden is met 1,3 miljoen personen groot, hieruit volgt een groot aantal extra bestuursrechtelijke beroepen (circa 400 structureel) en hoger beroepen (circa 120 structureel). Deze extra beroepen zullen wel minder complex zijn dan bijvoorbeeld WIA-zaken, aldus de Raad.

De Raad verwacht dat op structureel niveau meerkosten worden voorzien van € 2,9 miljoen.

19.6 Autoriteit Persoonsgegevens

Op 27 september 2024 heeft de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) advies op het conceptvoorstel uitgebracht. De AP heeft bezwaar tegen een aantal bepalingen in de conceptwettekst die gegevensverwerkingen regelen, omdat die bepalingen dusdanig open zijn geformuleerd dat deze volgens de AP zonder nadere onderbouwing of wijziging van de wettekst niet voldoen aan het rechtzekerheidsbeginsel en onvoldoende inhoudelijke waarborgen bevatten, dan wel geen welbepaalde, nadrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden van gegevensverstrekking bevatten. Zonder

[397] Zie voor de voorwaarden de reglementen van het Kifid, te vinden op de website van het Kifid (http://www.kifid.nl).

aanpassing van deze bepalingen zullen deze wegens strijd met hoger recht mogelijk buiten toepassing moeten worden gelaten. Hieronder wordt specifiek ingegaan op de bepalingen waartegen de AP bezwaar tegen heeft geuit. In den algemene merkt de regering op dat zij wenst aan te sluiten bij de reeds in de Wet SUWI gangbare methode van het regelen van gegevensverwerkingen. Hierbij wordt veelal bij wet, dus in dit voorstel, een bevoegdheid gecreëerd voor de noodzakelijke gegevensverwerkingen. In lagere regelgeving wordt deze bevoegdheid nader ingevuld.

Artikel 33e, vierde lid, Wet SUWI
In dit artikellid werd in het conceptwetsvoorstel een grondslag geregeld voor het verstrekken van gegevens uit de zelfstandigenadministratie door UWV aan de Minister van SZW en de bestuursorganen genoemd in de artikelen 62, 72 en 73, zevende lid, van de Wet SUWI. Gedacht kan worden aan de gegevensuitwisseling van UWV aan de SVB. Bij nader inzien is dit lid niet nodig, omdat voornoemde artikelen al grondslagen bevatten voor gegevensverstrekkingen van UWV aan de bedoelde bestuursorganen. Na inwerkingtreding van deze wet, vallen onder die verstrekkingen ook verstrekkingen die zien op de uitvoering van dit voorstel. Het is daarom niet nodig om hiervoor een aparte grondslag te regelen in artikel 33e van de Wet SUWI. Dit is ook in de artikelsgewijze toelichting nader toegelicht. Dit artikellid is daarom uit het wetsvoorstel gehaald.

Artikel 33f Wet SUWI
Dit artikel regelt welke gegevensverwerkingen voor zelfstandigen zullen plaatsvinden tussen UWV en de Belastingdienst . Ter onderbouwing van welke gegevens op welke wijze worden verwerkt, wordt in het derde lid van dit artikel een delegatieverplichting opgenomen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur hierover nadere regels te stellen voor de gegevensset, de wijze van verkrijgen van gegevens en het elektronische gegevensverkeer. Dit is ook in de artikelsgewijze toelichting nader toegelicht.

Artikel 54, derde lid, onder o, Wet SUWI
Met de toevoeging van private verzekeraars aan dit artikel wordt geregeld dat 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. 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 (zoals het BSN). UWV heeft die gegevens nodig om vast te kunnen stellen welke zelfstandigen publiek verzekerd zijn, en voor wie daarvan een ontheffing is verleend. Hoewel de grondslag in artikel 54 van de Wet SUWI breder is dan alleen voor gegevensverstrekkingen aan UWV, kunnen er op basis van dit artikel enkel gegevensverstrekkingen aan UWV plaatsvinden voor zover die nodig zijn tot uitvoering van de wettelijke taken van UWV. Toevoeging van verzekeraars aan deze (bredere) grondslag is in lijn met de systematiek van artikel 54 van de Wet SUWI. Dit is ook in de artikelsgewijze toelichting nader toegelicht.

Artikel 124 Wfsv
Met toevoeging van de onderhavige wet aan artikel 124 van de Wfsv wordt een grondslag gecreëerd voor de uitwisseling van gegevens van diverse organen, uit eigen beweging en verplicht desgevraagd, aan elkaar en aan het Ministerie van SZW, 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. Hoewel het een brede grondslag betreft, is voorzien dat er op basis van dit artikel enkel gegevensverstrekkingen door de SVB aan de Belastingdienst zullen plaatsvinden. Dit is ook in de artikelsgewijze toelichting nader toegelicht.

Bij nader inzien is de wijziging van artikel 123 van de Wet SUWI vervallen. Deze wijziging maakte het mogelijk om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen omtrent de samenwerking van diverse organen die betrokken zijn bij de uitvoering van dit wetsvoorstel. Het lijkt niet nodig om deze

grondslag te creëren, omdat de regels in het voorstel de gegevensverwerkingen al afdoende regelen, of afdoende de mogelijkheid geven hierover op lager niveau regels te stellen.

Artikel 33e, vijfde lid, Wet SUWI
In het vijfde lid van artikel 33e van de Wet SUWI werd een delegatiebevoegdheid geregeld om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over, onder andere, de gegevensset in de zelfstandigenadministratie en de wijze van verkrijging van deze gegevens. Dit was vormgegeven als een mogelijkheid tot nadere regelgeving, geen dwingendrechtelijke bepaling. Dit is gewijzigd naar een dwingendrechtelijke delegatiegrondslag, zodat de in dat lid genoemde punten in lagere regelgeving zullen worden uitgewerkt. Dit is ook in de artikelsgewijze toelichting nader toegelicht.

Tot slot heeft de AP nog een opmerking gemaakt met betrekking tot het gebruik van het BSN van de zelfstandige door de private verzekeraar, die om aanpassing van de concept wettekst vraagt. De AP merkt namelijk op dat een BSN enkel mag worden gebruikt als dat wettelijk is bepaald. De grondslag voor gebruik van het BSN door verzekeraars is toegevoegd aan het voorgestelde artikel 54, derde lid, onder o, van de Wet SUWI.

19.7 Adviescollege toetsing regeldruk

Op 25 juli 2024 heeft het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) advies uitgebracht. Het ATR geeft aan dat de beschrijving van nut en noodzaak van de nieuwe wet (probleem en oplossing) als geheel en de specifieke onderdelen ervan helder is en dat deze op zich geen aanleiding geeft tot opmerkingen. Tevens geeft het ATR aan dat de toelichting op en weging van de door de regering overwogen alternatieven, net als de gemaakte regeldrukparagraaf, geen aanleiding tot andere opmerkingen.

Het ATR heeft twee adviespunten en adviseert het wetsvoorstel in te dienen, nadat met die adviespunten rekening is gehouden.

Ten eerste heeft het college een opmerking bij het doelbereik van het voorstel. Het doel om tot een gelijker speelveld tussen werknemers en zelfstandigen te komen is te weinig concreet om de effectiviteit van het voorstel in dit opzicht te kunnen monitoren en evalueren. Om dat voldoende geobjectiveerd te kunnen doen is het noodzakelijk om te beschikken over een concrete en toetsbare norm. Een dergelijke norm ontbreekt in wet en toelichting. Het college adviseert het doel om tot een gelijk(er) speelveld tussen zelfstandigen en werknemers te komen van een concrete en toetsbare norm te voorzien zodat ten aanzien van dit aspect de effectiviteit van de wet voldoende objectief is vast te stellen.

De regering begrijpt de wens van het college om hiervoor een concrete en toetsbare norm op te nemen, zodat geëvalueerd kan worden of het wetsvoorstel daadwerkelijk een gelijker speelveld heeft gecreëerd. Hoewel duidelijk is in welke mate zelfstandigen verzekerd raken (namelijk alle zelfstandigen onder de kring van verzekerden) en de premielasten die zij moeten betalen, tezamen met de berekening in welke mate arbeidsongeschikte zelfstandigen niet langer een beroep zullen doen op de collectief gefinancierde bijstand, is op voorhand minder goed te duiden wat het verwachte (kwantitatieve) effect is op het gelijke speelveld. Dit hangt af van onder andere de volgende factoren:

- zoals in paragraaf 17.2 wordt geschetst, worden er meerdere effecten verwacht. Sommige zelfstandigen gaan minder werken, sommige juist meer (al dan niet als werknemer), en sommige zelfstandigen kunnen de premie geheel of gedeeltelijk doorberekenen aan de opdrachtgever. Deze effecten zijn dermate divers en afhankelijk van sector- en individuele omstandigheden, dat deze een concrete te evalueren norm in de weg staan.
- Dit wetsvoorstel staat niet op zichzelf. Zoals in paragrafen 3.7.1 en 3.7.2 van deze toelichting is uiteengezet, is dit voorstel onderdeel van een breder arbeidsmarktpakket, waarbij het overkoepelende doel is om meer zekerheid te geven aan werkenden, en meer wendbaarheid voor

werkgevenden. Deze wetsvoorstellen zullen allen afzonderlijk effect hebben op de arbeidsmarkt van de toekomst, waardoor op voorhand nog niet vast te stellen is welk wetsvoorstel wat voor precieze (kwantitatieve) effect op die arbeidsmarkt zal hebben. Verder hebben sommige wetsvoorstellen invloed op dezelfde doelgroep, waardoor ook interactie-effecten van invloed zijn op de daadwerkelijke effecten. Zo kunnen de voorstellen uit het wetsvoorstel verduidelijking beoordeling arbeidsrelaties en rechtsvermoeden effect hebben op het aantal zelfstandigen die uiteindelijk onder de verzekeringsplicht van dit voorstel vallen. Daarom heeft de regering ook een jaarlijkse overkoepelende monitor (hoofdstuk 18) voorgesteld, en wordt een nulmeting gedaan om op basis van verschillende indicatoren de huidige situatie verder in kaart te brengen zodat het totale effect van de verschillende wetsvoorstellen op de arbeidsmarkt in beeld wordt gebracht. Daarnaast zal elk wetsvoorstel zelf ook worden geëvalueerd waar meer in detail wordt gekeken naar de effecten van de afzonderlijke wetsvoorstellen.

Het streven is om tijdens de eerdergenoemde nulmeting de huidige situatie in kaart te brengen en na inwerkingtreding van het wetsvoorstel periodiek te monitoren in hoeverre het wetsvoorstel heeft geleid tot een gelijker speelveld tussen zelfstandigen onderling en tussen zelfstandigen en werknemers. Als onderdeel van de nulmeting zullen de indicatoren, op basis waarvan de bereikte doelen gemeten kunnen worden, vastgesteld en geoperationaliseerd worden. Aan de hand hiervan kan voor en na inwerkingtreding van het wetsvoorstel gemonitord worden in welke mate de doelen van het wetsvoorstel verwezenlijkt worden. Dit kan zowel kwantitatief als kwalitatief door middel van enquêtes. Dit geeft een beeld of en in hoeverre het wetsvoorstel bijdraagt aan een gelijker speelveld ook zonder een vastgestelde norm. Daarbij geldt dat ook andere factoren van invloed zijn, zoals de conjunctuur en andere beleidsmaatregelen.

Hoewel op voorhand geen concrete kwantitatieve norm mogelijk is, acht de regering een verplichte verzekering voor zelfstandigen een stap in de juiste richting om een gelijker speelveld te creëren, omdat op dit moment uitsluitend zelfstandigen de mogelijkheid hebben om – al dan als onderdeel van de overweging – onverzekerd te werken en daarmee een kostenpost, die andere werkenden wel hebben, te ontlopen waardoor het kan leiden tot oneerlijke concurrentie.

Ten tweede heeft het college op één onderdeel van de wet twijfel ten aanzien van de werkbaarheid en doenbaarheid. Dat betreft (1) de beoordeling of voor een reeds lopende private verzekering gebruik kan worden gemaakt van het overgangsregime, en (2) de beoordeling of een af te sluiten nieuwe private verzekering voldoet aan alle eisen van de wet. De beide beoordelingen zijn door de gestelde eisen complex zo geeft het ATR aan. Het college adviseert dan ook *“inzicht te bieden in de hulpstructuren en hulpmiddelen die zelfstandigen kunnen gebruiken bij de beoordeling van de private verzekering.”*.

De regering is het met het ATR eens dat de mogelijkheid om op grond van het overgangsrecht of via de opt-out ontheven te worden van de verzekeringsplicht een onderdeel van het wetsvoorstel is dat een beroep doet op het doenvermogen van de zelfstandige. De keuze om gebruik te maken van deze mogelijkheden vergt een weloverwogen beslissing van de zelfstandige, waarbij de keuze wordt gemaakt om in zee te gaan met een private verzekeraar. De zelfstandige neemt daarmee de bewuste keuze om, gegeven zijn of haar individuele verzekeringsbehoefte, een civielrechtelijke overeenkomst aan te gaan waarmee deze kan worden ontheven van de (publieke) verzekeringsverplichting. Daarmee komt de persoon niet in aanmerking voor de rechten die voortvloeien uit de publieke verzekering, en eveneens de daaraan gekoppelde verplichtingen.

De regering is van oordeel dat er afdoende hulpstructuren en hulpmiddelen zijn of met dit voorstel worden gecreëerd om deze keuze weloverwogen en doenbaar te maken. Ten eerste komt dat door de aan

zelfstandigen aangereikte informatie. Ten tweede komt dat door de gevolgen die gekoppeld zijn aan het (onverhoopt) niet voldoen aan de gestelde voorwaarden voor de opt-out of het overgangsrecht.

Inzake de informatiepositie voor zelfstandigen geldt:

- de zelfstandige laat veelal zich professioneel adviseren inzake het afsluiten van een verzekering. Onderzoek van de AFM laat zien dat 75% van de zelfstandigen in 2013 een verzekering afsloot via een adviseur.[398] Naar verwachting zal dit percentage bij een verzekeringsplicht weliswaar dalen, maar dat neemt niet weg dat via de inzet van expertise, zelfstandigen in staat worden gesteld een weloverwogen keuze te maken.
- In deze toelichting wordt aangegeven dat de regering, naast de onder meer al bestaande informatie- en zorgplicht van de verzekeraar voor dit soort producten, specifiek voor de private verzekering die in de plaats komt van de publieke verzekering (opt-out), ook een precontractuele aanvullende informatieplicht aan die op het niveau van een algemene maatregel van bestuur zal worden ingevuld. Dit zodat de zelfstandige, wat betreft de belangrijkste elementen van de verzekeringsvoorwaarden, vóór het eventueel afsluiten van een verzekering door de verzekeraar geïnformeerd wordt over de verschillen tussen de publieke verzekering en de beoogde private verzekering die daarvoor in de plaats moet komen. Dit geeft de zelfstandige meer inzicht in de gevolgen van zijn keuze en stelt hem dus in staat een betere afweging te maken. Zie daarvoor ook paragraaf 10.5.2 van deze toelichting.
- In aanloop naar inwerkingtreding van het wetsvoorstel zal een informatiecampagne worden gestart om zelfstandigen te informeren over wat er gaat gebeuren, welke keuzes zij hebben en wat er van hen – als zelfstandig ondernemer – verwacht gaat worden. Daarbij zal ook aandacht zijn voor de mogelijkheid gebruik te maken van het overgangsrecht en de opt-out en wat daarbij onderdeel is van de afweging die zelfstandigen kunnen maken.

Voor de gevolgen van het niet voldoen aan de gestelde voorwaarden voor de opt-out of het overgangsrecht geldt:

- de verzekeraar zal, bij aanvraag van de ontheffing voor de publieke verzekering aan UWV, in het kader van het overgangsrecht of de opt-out moeten verklaren dat de private verzekering voldoet aan de minimumvoorwaarden van respectievelijk het overgangsrecht of de opt-out. Die verklaring en de totstandkoming van de ontheffing geven de zelfstandige jegens de verzekeraar een stevige civielrechtelijke positie indien de verzekeraar zich toch niet houdt aan de minimumvoorwaarden van het overgangsrecht respectievelijk de opt-out.
- In het theoretische geval dat bovenstaande zich voordoet, ondanks de genoemde maatregelen, staat de zelfstandige niet met lege handen. De verzekeraar heeft de afgesloten verzekering dikwijls als “overgangsrechtproduct” of “opt-outverzekering” op de markt gezet en daarmee geïmpliceerd dat aan de minimumvoorwaarden is voldaan. Daarnaast heeft de verzekeraar voorafgaand aan de totstandkoming van de ontheffing van de publieke verzekering verklaard dat de betreffende verzekering voldoet aan de minimumvoorwaarden van de opt-out of het overgangsrecht. Indien de verzekeraar zich niet houdt aan de minimumvereisten van het overgangsrecht of de opt-out ligt het voor de hand dat de zelfstandige, indien diegene er niet met de verzekeraar uitkomt, het Kifid benadert. Daar kunnen ondernemers zich melden voor laagdrempelige geschillenbeslechting.[399] Daarmee zijn er in het geval er onverhoopt een geschil tussen de verzekeraar en zelfstandige zou ontstaan, laagdrempelige stappen die gezet kunnen worden vóór een eventuele rechtsgang in beeld komt.

Samengevat klopt de conclusie van het ATR dat de keuze om gebruik te maken van de opt-out of het

[398] AFM (2015). *Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor zelfstandigen*.

[399] www.kifid.nl.

overgangsrecht ook een beroep vergt van het doenvermogen van de zelfstandige. In het wetsvoorstel zijn verschillende maatregelen genomen om 1) de zelfstandige te helpen bij het maken van een keuze en 2) om de aan die keuze verbonden risico's te matigen. Dat laat echter onverlet dat dat zelfstandigen ook zelf een verantwoordelijkheid hebben om weloverwogen gebruik te maken van het overgangsrecht of de mogelijkheid tot opt-out.

Naast bovenstaande uiteenzetting van de maatregelen en hulpmiddelen zijn er naar aanleiding van het advies van het ATR, in de toelichting van het wetsvoorstel (algemeen deel van de toelichting en de artikelsgewijze toelichting bij artikel 82) verschillende aanpassingen en aanvullingen gedaan.

19.8 AFM

Op 14 augustus 2024 heeft de AFM een uitvoeringstoets op het voorgelegde conceptwetsvoorstel uitgebracht. De AFM onderschrijft het belang van de doelstellingen van het voorstel.

De AFM heeft een zestal aandachtspunten bij het wetsvoorstel. Die worden hieronder toegelicht en waar nodig van een reactie voorzien.

Default beperkt ontwikkeling passende producten

Het eerste aandachtspunt van de AFM ziet op 1) de mogelijke invloed van het wetsvoorstel op het productontwikkelingsproces bij verzekeraars en 2) de mate waarin de AFM ontwikkelaars en distribiteurs kan aanspreken indien het ontwikkelde product mogelijk niet passend is voor de doelgroep. De AFM uit deze zorgen in de uitvoeringstoets specifiek of uitsluitend ten aanzien van de (maximale) duur van de wachttijd van 52 weken die geldt voor de verzekering én die ook onderdeel is van de minimumvoorwaarden van de opt-out. Deze zorgen van AFM hebben zijn geadresseerd met een aantal toevoegingen aan paragraaf 11.6 van deze toelichting.

Rol van de AFM bij beoordelen van de criteria

Als tweede aandachtspunt van de uitvoeringstoets stelt de AFM vast dat haar (gedrags)toezicht relevant kan zijn bij twee delen van het wetsvoorstel: 1) de ontheffing van de verplichte publieke verzekering (opt-out) en 2) het overgangsrecht. De AFM vraagt de regering in (de toelichting van) het wetsvoorstel te verduidelijken wat de beoogde rol van AFM is waar het dit wetsvoorstel betreft. De AFM verzoekt de regering daarbij ook aan te sluiten bij het "risicogestuurde toezicht" op de vergunninghouders: wat inhoudt dat de AFM haar toezicht risicogestuurd zal prioriteren op basis van onder meer signalen en meldingen uit de markt. Naar aanleiding van dit aandachtpunt zijn een aantal toevoegingen aan paragraaf 11.6 van deze toelichting gedaan.

Aandachtspunten bij de ontheffing verplichte verzekering

De AFM merkt op dat indien AFM toezicht houdt op de vraag of private verzekeringen voldoen aan de in artikel 11 genoemde vereisten, het van belang is dat deze eisen zo duidelijk mogelijk zijn geformuleerd. In dat kader deelt AFM enkele observaties waar ze nog wat vragen bij hebben.

Zo vraagt ze zich af wat bij artikel 11, eerste lid, onderdeel a, wordt bedoeld met 'in ieder geval' in de zinsnede "dat onder arbeidsongeschiktheid in ieder geval wordt verstaan (...)". In de artikelsgewijze toelichting licht de regering toe dat hiermee wordt bedoeld dat het ziet op de door de verzekeraar minimaal te hanteren arbeidsongeschiktheidscriterium. Dat houdt in dat in alle gevallen iemand recht heeft op een uitkering als de persoon als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek niet in staat is het wettelijk minimumloon per maand te verdienen. De verzekeraar is hier vrij in de manier waarop dit wordt getoetst en mag ook kiezen voor een breder arbeidsongeschiktheidscriterium. Dit punt behoeft geen andere of uitgebreidere toelichting dit voorstel.

Daarnaast wijst de AFM op de minimale hoogte van de uitkering die de private verzekering moet hebben om te voldoen aan de vereisten voor een ontheffing: de hoogte van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

moet minimaal gelijk zijn aan 70% van de geldende uitkeringsgrondslag. De AFM geeft aan dat deze minimale uitkeringshoogte geformuleerd in artikel 11, eerste lid, onderdeel e, afwijkt van de gangbare voorwaarden van verzekeraars. Voor de huidige praktijk wijst de AFM als voorbeeld op de mogelijkheid van een gedeeltelijk uitkeringspercentage (van bijvoorbeeld 30 % van het verzekerd bedrag) bij een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (van bijvoorbeeld 30%). De regering merkt op dat de minimale uitkeringshoogte van 70% van de uitkeringsgrondslag van alleen van toepassing is indien er sprake is van arbeidsongeschikt geformuleerd in artikel 11, eerste lid, onderdeel a. Dat betekent dat als een persoon 30% arbeidsongeschikt is en nog in staat is om het wettelijk minimumloon per maand te verdienen deze voorwaarde geformuleerd onder het eerste lid onderdeel e niet van toepassing is. In de artikelsgewijze toelichting is voorgaande toegelicht.

Ook vraagt de AFM zich af hoe verzekeraars moeten omgaan met het met terugwerkende of vooruitwerkende kracht verrekenen van verliezen in de winst van onderneming, aangezien de minimale uitkeringshoogte geformuleerd in artikel 11, eerste lid, onderdeel e samenhangt met de uitkeringsgrondslag die is gebaseerd op de winst uit onderneming. Op hoofdlijnen is dit dezelfde uitkeringsgrondslag als in de publieke verzekering wordt gehanteerd, maar de manier van vaststellen en de periode waarover kan voor de private markt afwijken. De regering merkt op dat om die reden in artikel 11, derde lid, wordt geregeld, dat wat voor de opt-out onder de uitkeringsgrondslag als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel e, wordt verstaan, nader zal worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur. Hierbij zal ook rekening worden gehouden met het punt dat AFM hier adresseert.

Verder merkt AFM op dat in tegenstelling tot productkenmerken als de wachttijd en de eindleeftijd de AFM niet uit voorwaarden kan opmaken of de minimale uitkeringshoogte van uitkeringen conform de formule gesteld in artikel 11, eerste lid, onderdeel e worden uitgekeerd. Hetzelfde geldt voor de voorwaarden rondom het vaststellen van de premie zoals opgetekend onderdeel g en het beoordelen of verzekeraars met gekoppelde goederen, zoals (aanvangs)kortingen en cashbacks, een te lage premie aan verzekerden vragen. Dit is voor AFM niet eenduidig uit de voorwaarden van verzekeringen te halen en hiervoor zou ze dossieronderzoek moeten uitvoeren. De regering realiseert zich dat sommige voorwaarden die aan private verzekeringen worden gesteld niet alleen op basis van de voorwaarden van het aangeboden product getoetst kunnen worden en dat dit alleen met een gedetailleerder onderzoek vastgesteld kan worden. Indien er signalen zijn die er op wijzen dat een partij geen gevolg geeft aan de gedragsnormen van de Wet op het financieel toezicht dan zal AFM hierop handelen en dit signaal verder onderzoeken. Hieronder valt dan ook het doen van gericht (vervolg)onderzoek in het geval het mogelijk niet voldoen aan bepaalde verplichtingen. Ten aanzien van het oppakken van de signalen kan AFM rekening houden met de frequentie, de urgentie en het karakter van de ontvangen signalen en daarbij indien nodig (risicogestuurd) prioriteren

Aandachtspunten bij het overgangsrecht
De AFM merkt op dat het wetsvoorstel geen uiterste datum is opgenomen waarvoor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen moeten zijn afgesloten, wil er voor het overgangsrecht in aanmerking worden gekomen. Zij wijst er op dat dit ervoor kan zorgen dat vlak voor die tijd producten kunnen worden afgesloten, met als primaire doel om te voldoen aan de voorwaarden voor het overgangsrecht, in plaats van het afsluiten van een passend product.

De regering neemt deze opmerking van de AFM mee in overwegingen bij het bepalen van de op grond van artikel 73 (na ommekomst van het advies van de opmerking van de AFM is dit thans artikel 74) van het wetsvoorstel vast te stellen peildatum voor het overgangsrecht.

Daarnaast geeft de AFM aan dat de (concept)definitie van het overgangsrecht in artikel 73 tot discussie kan leiden, omdat dan kan worden beargumenteerd dat ook ongevallenverzekeringen die eenmalig uitkeren aan de eisen voor het overgangsrecht kunnen voldoen.

Naar aanleiding van de opmerking van de AFM is in artikel 73 (na ommekomst van het advies van de opmerking van de AFM is dit thans artikel 74) en de daarbij behorende artikelsgewijze toelichting toegevoegd dat uitsluitend een periodieke uitkering aan de voorwaarden voor het overgangsrecht voldoet. Om duidelijk te maken dat deze voorwaarde ook geldt voor de voorwaarden van de opt-out, is dit ook in artikel 11 en de daarbij behorende artikelsgewijze toelichting opgenomen.

Gevolmachtigd agenten
De AFM wijst erop dat een deel van de in Nederland aangeboden arbeidsongeschiktheidsverzekeringen wordt ontwikkeld door gevolmachtigd agenten. De AFM wijst er daarbij ook op dat deze gevolmachtigd agenten vallen onder het gedragstoezicht van de AFM. De AFM acht het wenselijk dat ook de bij gevolmachtigd agenten afgesloten of af te sluiten arbeidsongeschiktheidsverzekeringen onder “de scope” van de opt-out en het overgangsrecht kunnen vallen. De regering is zich ervan bewust dat gevolmachtigd agenten, binnen de kaders van de Wet op het financieel toezicht, voor de rekening van een verzekeraar arbeidsongeschiktheidsverzekeringen kunnen afsluiten. Ook die verzekeringen kunnen vallen onder het minimale dekking-vereiste van de opt-out en het overgangsrecht.

Impact op toezichtscapaciteit
Tot slot geeft de AFM aan nu geen capaciteitsuitbreiding te voorzien als gevolg van dit wetsvoorstel. Kanttekening die de AFM daarbij wel plaatst is dat dit ook afhangt van de exacte rol die de regering hier voor de AFM weggelegd ziet alsmede van de mate waarin risico’s zich zullen materialiseren. De AFM sluit af met de noot dat een substantiële groei van de markt kan leiden tot grotere risico’s die intensiever toezicht vereisen. De AFM zal zich in dat geval tot het Ministerie van SZW wenden ten behoeve van de toezichtscapaciteit.

19.9 Raad voor de rechtsbijstand
De Raad voor de rechtsbijstand heeft een werklastberekening gemaakt, om zo de meerkosten die verwacht worden naar aanleiding van het voorstel te berekenen. De Raad constateert dat zelfstandigen in geschillen inzake dit voorstel in aanmerking voor toevoeging komen, nu het gaat om een zuiver privébelang van de zelfstandige. Toevoeging kan plaatsvinden voor advies of een procedure als er sprake is van voldoende financieel belang en een advocaat noodzakelijk is. Aan toevoeging zijn inkomens- en vermogensvoorwaarden verbonden.

De Raad voor de rechtsbijstand constateert dat dit wetsvoorstel gepaard gaat met meerkosten van € 1,277 miljoen structureel. Hierbij is enige onzekerheid rondom de kosten, nu bij deze berekening is uitgegaan van de kosten van 2025.

II. Artikelsgewijze toelichting

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Paragraaf 1.1 Algemene begrippen

Artikel 1. Begripsbepalingen
In dit artikel wordt een verwijzing gemaakt naar een meer uitgebreide begripsbepaling verderop in dit wetsvoorstel en worden begrippen die in dit voorstel nog vaker terugkomen, omschreven.

Justitiële inrichting
Dit begrip is van belang vanwege de op grond van artikel 33, eerste lid, gestelde nadere regels met betrekking tot vrijheidsstraffen en vrijheidsbenemende maatregelen. Zie in verband daarmee ook artikel

32, onderdeel a.

Re-integratiebedrijf
Sinds 1 januari 2015 is instroom in de Wet sociale werkvoorziening (WSW) niet meer mogelijk. Toeleiding naar arbeid in de WSW vanuit dit wetsvoorstel zal daarom niet plaats kunnen vinden. De zinsnede "*met dien verstande dat onder arbeid niet wordt verstaan arbeid op grond van een dienstbetrekking als bedoeld in hoofdstuk 2 of 3 van de Wet sociale werkvoorziening*" die thans nog in andere arbeidsongeschiktheidswetten wordt gehanteerd, is om die reden hier vervallen.

Resultaat uit overige werkzaamheden (in Nederland)
Voor dit begrip wordt verwezen naar hetgeen daaronder in de Wet IB 2001 wordt verstaan. Het kan hierbij gaan om binnenlandse en buitenlandse belastingplichtigen. Het is in een specifiek geval relevant voor de vraag of aanleiding bestaat om van terugvordering van onverschuldigd betaalde arbeidsongeschiktheidsuitkering, die bij wijze van voorschot is verstrekt, af te zien. Zie in verband hiermee artikel 53.

Startende zelfstandige
Dit begrip is gedefinieerd vanwege de afwijkende regels die gelden voor startende zelfstandigen in het kader van de ontheffing van de verplichte verzekering op grond van dit wetsvoorstel (artikelen 11 tot en met 15). De afwijkende regels voor de ontheffing voor startende zelfstandigen gelden wanneer een zelfstandige per een andere datum dan 1 januari van een kalenderjaar aanvangt met de arbeid als zelfstandige. De datum dat iemand aanvangt met de arbeid als zelfstandige zal doorgaans de datum van inschrijving bij de Kamer van Koophandel betreffen.

Uitreiziger
Dit begrip is opgenomen in verband met de Wijziging van de socialezekerheidswetgeving, de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI), de Wet studiefinanciering 2000, de Wet studiefinanciering BES, de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten en de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen in verband met opname van een grondslag voor beëindiging van uitkeringen, studiefinanciering en tegemoetkoming bij deelname aan een terroristische organisatie, wet van 16 januari 2017, Stb. 2017, 78. Zolang een verzekerde wordt aangemerkt als uitreiziger bestaat er geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Zie in verband hiermee artikel 32.

Om te kunnen worden beschouwd als een uitreiziger gelden cumulatief drie voorwaarden die zijn verwerkt in de begripsomschrijving:

- door de opsporingsdiensten of inlichtingen- en veiligheidsdiensten aan de betreffende uitvoeringsinstantie is gemeld dat;
- het gegronde vermoeden bestaat dat de gerechtigde zich buiten Nederland bevindt met het doel zich aan te sluiten bij; en
- een organisatie die door de minister van Justitie en Veiligheid, in overeenstemming met het gevoelen van de Rijksministerraad, is geplaatst op een lijst van organisaties die deelnemen aan een nationaal of internationaal gewapend conflict en een bedreiging vormen voor de nationale veiligheid.

De feiten waaruit blijkt dat iemand voldoet aan de voorwaarden om te worden beschouwd als een uitreiziger worden door de Algemene Inlichtingen- en Veiligheidsdienst of nationale politie middels een ambtsbericht respectievelijk een proces-verbaal aan de desbetreffende uitvoeringsinstelling (UWV), kenbaar gemaakt.

Met “een lijst van organisaties” in de begripsbepaling wordt gedoeld op de lijst van de door de Minister van Justitie en Veiligheid, in overeenstemming met de Rijksministerraad, aangewezen organisaties die een bedreiging vormen voor de nationale veiligheid. Wat betreft terminologie is aangesloten bij artikel 14, vierde lid, van de Rijkswet op het Nederlanderschap.

UWV
Het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen, genoemd in hoofdstuk 5 van de Wet SUWI, heeft tot taak uitvoering te geven aan de arbeidsongeschiktheidsverzekering op grond van dit wetsvoorstel.

Verzekeraar
Dit begrip is opgenomen in verband met de in paragraaf 1.5 van de wet neergelegde ontheffingsregeling. Ontheffing van de verplichte verzekering is slechts mogelijk indien de verzekeringsovereenkomst is gesloten met een financiële onderneming die op grond van de Wft in Nederland het bedrijf van levensverzekeraar of schadeverzekeraar mag uitoefenen. Onder deze financiële ondernemingen vallen niet alleen ondernemingen die een vergunning ingevolge de Wft hebben, maar ook die ondernemingen die vanuit het buitenland diensten in Nederland verrichten of door middel van een bijkantoor activiteiten in Nederland uitoefenen. Met het begrip “verzekeraar” is verder niet beoogd om de inzet van op grond van de Wft bevoegde derden, zoals (onder)gevolmachtigde agenten of bemiddelaars, te beperken.

Vreemdeling
Voor dit begrip wordt verwezen naar hetgeen daaronder in de Vreemdelingenwet 2000 wordt verstaan. Het is relevant voor de vraag of sprake is van een verzekeringsplicht op grond van artikel 7 en van belang voor de toepassing van artikel 45, waarin de opschorting van de betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering aan de vreemdeling is geregeld.

Vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel
De begrippen vrijheidsstraf en vrijheidsbenemende maatregel zijn van belang omdat personen die in Nederland zijn veroordeeld voor een misdrijf en zich aan de tenuitvoerlegging van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf en/of vrijheidsbenemende maatregel onttrekken, sinds 1 januari 2011 geen socialezekerheidsrechten meer hebben. Zie in verband hiermee ook artikelen 32 en 33.

Artikel 2. Gelijkstelling niet-gehuwden met gehuwden
In dit artikel is ten behoeve van verduidelijking van de reikwijdte van deze wet, evenals in de andere socialezekerheidswetgeving, de gelijkstelling van niet-gehuwden met gehuwden opgenomen. Dit artikel is van belang bij uitbetaling van de overlijdensuitkering op grond van artikel 50.

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 dit wetsvoorstel 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
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 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.

Paragraaf 1.3 Begrip arbeidsongeschiktheid

Artikel 5. Begrip arbeidsongeschiktheid
In dit artikel wordt geregeld wat voor dit wetsvoorstel onder arbeidsongeschiktheid wordt verstaan. Het hier 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, gebrek, zwangerschap of bevalling niet in staat is met arbeid het wettelijk 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 5.4 van het algemene deel van de toelichting. In artikel 6 zijn nadere regels gesteld aan de beoordeling van arbeidsongeschiktheid.

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.

Tweede lid
Op grond van dit lid wordt de vraag of de arbeid, op basis waarvan wordt vastgesteld of de verzekerde het wettelijk 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 bijvoorbeeld de ziekte, 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, gebrek, zwangerschap of bevalling niet in staat is een dergelijke functie (volledig) uit te oefenen (niet passend is bij diens krachten en

bekwaamheden) dan kan worden geconcludeerd dat de verzekerde 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 en zo nodig afwijkende regels te stellen met betrekking tot 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. Op grond van het eerste lid zijn zelfstandigen van rechtswege publiek verzekerd. Wat onder een zelfstandige wordt verstaan, is nader uitgewerkt in artikel 9. Personen die niet (langer) van rechtswege publiek verzekerd wensen te zijn, zoals degenen die op grond van de in paragraaf 1.5 neergelegde regeling van de publieke verzekeringsplicht zijn ontheven, behoren aldus niet (langer) tot de kring van verzekerden op grond van dit voorstel.

In het tweede lid is evenals in 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, zoals in de arbeidsongeschiktheidswetten gewoon is, de mogelijkheid opgenomen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur uitbreiding dan wel beperking te geven aan de kring van verzekerden. In dit verband is op grond van het vierde lid geregeld dat bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat vreemdelingen als bedoeld in het tweede lid onder omstandigheden van rechtswege verzekerd zijn.

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 volgens 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 deze persoon 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 de onderneming wel 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. Door aansluiting bij de fiscale begrippen zal verder bekend zijn vanaf welk moment de persoon de onderneming is gestart en voor de winst uit (Nederlandse) onderneming als belastingplichtige bekend is dan wel op welk moment de onderneming is beëindigd, in de regel op basis van de in- of uitschrijving bij de Kamer van Koophandel. Een persoon die de onderneming heeft beëindigd zal vanaf dat moment aldus niet (langer) verzekerd zijn op grond van dit wetsvoorstel.

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 de onderneming voor eigen rekening wordt gedreven 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 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 – 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 WAZ is het ook voor dit wetsvoorstel strikt genomen niet noodzakelijk om nader te specificeren dat de zelfstandige, waar diegene 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 9 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 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. Deze aanspraak komt niet toe aan degene aan wie een ontheffing is verleend als bedoeld in artikel 11, degene die de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt of degene die op grond van de wetgeving van een andere Mogendheid recht kan hebben op uitkering bij ziekte of arbeidsongeschiktheid. De nawerkingsregeling geldt eveneens voor de persoon van wie de bevalling waarschijnlijk is, of feitelijk plaatsvindt, binnen tien weken na het einde van diens verzekering. Als in de zwangerschapsverklaring staat dat de vermoedelijke bevallingsdatum binnen tien weken na het

einde van de verzekering ligt dan werkt de verzekering ook nog na als de bevalling feitelijk plaatsvindt na die periode van tien weken. Omgekeerd komt nawerking van de verzekering toe aan de persoon van wie de bevalling later werd verwacht, maar feitelijk binnen tien weken na het einde van de verzekering bevalt.

Paragraaf 1.5 Ontheffing van de verplichte verzekering

Artikel 11. Ontheffing verplichte verzekering bij een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering

Artikelen 11 en 12 regelen de mogelijkheid voor een persoon om van de verplichte publieke verzekering te worden ontheven, indien de persoon 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. De persoon aan wie een ontheffing wordt verleend, dient ook de verzekeringsovereenkomst te sluiten, oftewel de verzekeringnemer te zijn. Van belang is verder dat de verzekeringskomst voldoet aan de overigens gestelde voorwaarden (zie ook paragraaf 10.5.1 van het algemene deel van de toelichting). Zo dient de bescherming tegen derving van inkomen als gevolg van arbeidsongeschiktheid te bestaan uit een periodieke uitkering. Verzekeringsovereenkomsten die strekken tot een eenmalig verschuldigd wordende som op het moment dat het verzekerde risico intreedt, zijn daarmee uitgesloten. Daarnaast dient de verzekeringsovereenkomst ten minste te voldoen aan de gestelde voorwaarden voor een minimale dekking (onderdelen a tot en met f) en een minimale premie (onderdelen g tot en met i). Deze voorwaarden vormen gezamenlijk de ondergrens van de verzekeringsoverkomst en dienen aldus in onderling verband en samenhang te worden bezien. 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 ten minste te hanteren arbeidsongeschiktheidscriterium, dat gelijk is aan het in dit wetsvoorstel 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, gebrek, zwangerschap of bevalling niet in staat is het wettelijk 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 de eigen arbeid of arbeidsongeschiktheid op basis van een procentueel verlies aan arbeidsvermogen. Dergelijke criteria bieden in de regel een eerder recht op uitkering dan het uit hoofde van dit artikel ten minste te hanteren arbeidsongeschiktheidscriterium. Indien de mate van arbeidsongeschiktheid echter gelijk te

stellen is aan het niet kunnen verdienen van het wettelijk 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 dit wetsvoorstel bepaalde duur van 104 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 104 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 ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling. 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. Daarnaast regelt onderdeel c dat het recht op uitkering, zo nodig in afwijking van artikel 7:952 van het Burgerlijk Wetboek, niet kan worden uitgesloten indien de arbeidsongeschiktheid door roekeloosheid van de zelfstandige is ontstaan. In dit verband zij opgemerkt dat de arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel ook slechts kan worden geweigerd indien de zelfstandige de arbeidsongeschiktheid opzettelijk heeft veroorzaakt. In de verzekeringsovereenkomst kunnen verder de voor de private markt gebruikelijke uitsluitingsgronden aan de orde zijn. Voor een toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 10.6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen nog uitsluitingsgronden worden opgenomen 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. In geval van spoed bestaat ook ruimte om deze uitsluitingsgronden bij ministeriele regeling aan te wijzen.

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 op grond van artikel 7a, eerste lid, van de AOW geldende pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Met de verwijzing naar artikel 7a, eerste lid, van de AOW wordt dus bereikt dat de verzekeringsovereenkomst die aan de ontheffing ten grondslag ligt, vanaf de dag waarop deze wordt gesloten, wat betreft de dekkingsleeftijd dient mee te bewegen met de pensioengerechtigde leeftijd zoals die op grond van de AOW voor ieder kalenderjaar wordt berekend. Hiermee wordt beoogd te voorkomen dat een zogenoemd AOW-gat kan ontstaan. In het tweede lid is geregeld in welke situatie van onderdeel d wordt afgeweken.

Onderdeel e, onder 1°, onderdeel f, en vierde en vijfde lid
Onderdeel e, onder 1°, regelt de situatie waarin de hoogte van de door de verzekeraar te verstrekken uitkering bij arbeidsongeschiktheid als bedoeld in onderdeel a wordt bepaald op de dag van sluiten van de verzekeringsovereenkomst. In dat geval wordt de hoogte van de uitkering ten minste bepaald op een formule die hetzelfde is als de formule voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit

wetsvoorstel (zie in verband hiermee artikel 42). De uitkeringsgrondslag, op grond waarvan de hoogte van de uitkering wordt berekend, wordt echter op een andere wijze bepaald dan de uitkeringsgrondslag die aan de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel ten grondslag ligt. Wanneer de hoogte van de uitkering wordt bepaald op de dag van sluiten van de verzekeringsovereenkomst dan wordt de uitkeringsgrondslag door een verzekeraar mede bepaald aan de hand van de inkomenssituatie van de persoon in de periode voorafgaand aan de dag waarop de verzekeringsovereenkomst wordt gesloten, in plaats van de inkomenssituatie van de persoon in de periode voorafgaand aan het intreden van ziekte (zie artikel 40). In verband hiermee zal op grond van het vierde lid 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 verzekeraar de minimale hoogte van de uitkering, bedoeld in onderdeel e, onder 1°, eenmaal per drie jaar opnieuw vast te stellen op de in onderdeel e, onder 1°, genoemde wijze. Wanneer de hoogte van de uitkering wordt bepaald op de dag van sluiten van de verzekeringsovereenkomst, zal voor de verzekeraar aldus vanaf het moment van sluiten van de verzekeringsovereenkomst voorzienbaar zijn dat de hoogte van de uitkering dient mee te bewegen met het inkomen van de persoon, tot de hoogte die de arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel zou hebben. Vanwege deze voorzienbaarheid kan deze driejaarlijkse vaststelling van de hoogte van de uitkering voor de verzekeraar op zichzelf geen grond zijn voor tussentijdse opzegging van de verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 940, derde lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. Beëindiging of wijziging vanwege een verzwaring van het gezondheidsrisico is sowieso niet toegestaan op grond van artikel 940, vijfde lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. Het opnieuw vaststellen van de minimale hoogte van de uitkering 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, onder 1°, zal de verzekeraar op die dag uitgaan van een andere uitkeringsgrondslag dan de uitkeringsgrondslag die op grond van dit wetsvoorstel in acht dient te worden genomen. Verder zij nog 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, bedoeld in onderdeel e, onder 1°, 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. Voor de bepaling van de stijging van de consumentenprijsindex dient een vaste referentiemaand gehanteerd te worden. Indien niet eerder geïndexeerd is, wordt gekeken naar de consumentenprijsindex op het moment waarop de hoogte van de uitkering voor het laatst is vastgesteld op grond van onderdeel f, onder 1°, of onderdeel e, onder 1°. Dit onderdeel vereist niet dat indien de consumentenprijsindex lager is geworden, de hoogte van de uitkering wordt verlaagd. Wat onder de consumentenprijsindex wordt verstaan wordt op grond van het vierde lid nader geregeld bij algemene maatregel van bestuur. Wat onder de referentiemaand wordt verstaan, wordt in het vijfde lid geregeld.

Onderdeel e, onder 2°
Onderdeel e, onder 2°, regelt de situatie waarin de hoogte van de door de verzekeraar te verstrekken uitkering bij arbeidsongeschiktheid als bedoeld in onderdeel a niet wordt bepaald op de dag van sluiten van de verzekeringsovereenkomst (onderdeel e, onder 1°), maar wordt bepaald op een hoogte die ten minste gelijk is aan de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering die op grond van artikelen 40 en 42

zou zijn berekend, indien de persoon op grond van dit wetsvoorstel verplicht publiek verzekerd zou zijn. Om te bereiken dat de uitkering ten minste gelijk is aan die hoogte, ligt het voor de hand dat de uitkeringsgrondslag, net als op grond van artikel 40, wordt bepaald aan de hand van de inkomenssituatie van de persoon in de periode voorafgaand aan het intreden van ziekte. Hieruit volgt verder dat toepassing kan worden gegeven aan de in dit wetsvoorstel geregelde franchise voor de uitkeringsgrondslag (artikel 40, negende tot en met twaalfde lid), zolang de uitkeringshoogte niet lager is dan de uitkeringshoogte die zou zijn berekend op grond van artikel 40 en 42 van het wetsvoorstel. Hieruit volgt ook dat de te verstrekken uitkering steeds dient te worden herzien wanneer de hoogte van de uitkering lager is dan op grond van toepassing van artikel 40 en 42 zou gelden. Hierbij dient op grond van artikel 40, vijfde lid, rekening gehouden te worden met de herziening van het bedrag genoemd in artikel 8, eerste lid, onderdeel b, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag.

Onderdeel g, onder 1° en onderdeel h
Onderdeel g, onder 1°, regelt de hoogte van de door de persoon ten minste te betalen premie in de situatie waarin de hoogte van de uitkering op grond van onderdeel e, onder 1°, wordt bepaald. In dat geval wordt ook de hoogte van de premie bepaald op de dag van sluiten van de verzekeringsovereenkomst. De minimale hoogte van de premie wordt in dat geval berekend door het op die dag voor dit wetsvoorstel toepasselijke premiepercentage te vermenigvuldigen met de uitkeringsgrondslag, bedoeld in onderdeel e, onder 1°.

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, bedoeld in onderdeel g, onder 1°, opnieuw te worden bepaald volgens de in onderdeel g, onder 1°, geregelde formule en de op dat moment in acht te nemen uitkeringsgrondslag. Het premiepercentage blijft in dat geval minimaal het voor dit wetsvoorstel toepasselijke percentage dat gold op de dag waarop de verzekeringsovereenkomst werd gesloten. Ten overvloede wordt ook hier opgemerkt dat wijziging van het premiebedrag dat verband houdt met een verzwaring van het gezondheidsrisico op grond van artikel 940, vijfde lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek niet is toegestaan. Evenals bij onderdeel f, onder 1°, is toegelicht, is de verzekeraar verder 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.

Onderdeel g, onder 2°
Onderdeel g, onder 2°, regelt de hoogte van de door de persoon ten minste te betalen premie in de situatie waarin de hoogte van de uitkering op grond van onderdeel e, onder 2°, wordt bepaald. In dat geval is de hoogte van de premie ten minste gelijk aan de hoogte van de premie die op grond van artikelen 56c en 56d van de Wfsv zou zijn berekend, indien de persoon voor deze wet verzekerd zou zijn. Hieruit volgt verder dat toepassing dient te worden gegeven aan de in dit wetsvoorstel geregelde franchise voor de premiegrondslag.

Onderdeel i
Tot slot is op grond van onderdeel i geregeld dat de persoon de premie in ieder geval verschuldigd is tot de dag waarop de persoon in verband met arbeidsongeschiktheid recht heeft op ten minste 25% van de hoogte van de uitkering.

Tweede en zesde lid
Met het eerste lid, onderdeel d, is geregeld tot welke leeftijd het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid minimaal dient te bestaan. Met het tweede lid wordt de minimaal te hanteren

eindleeftijd voor het recht op uitkering beperkt in geval van een toekomstige verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd met meer dan de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd (hierna: de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting). Op die manier is voor verzekeraars op voorhand duidelijk tot welke leeftijd zij, indien de onzekere factor van een wetswijziging waarin een dergelijke stijging mogelijk wordt gemaakt zich voordoet, dekking dienen te bieden.

Het tweede lid regelt in welke gevallen een mogelijke stijging van de pensioengerechtigde leeftijd met meer dan de gemiddelde resterende levensverwachting niet hoeft te worden gevolgd. De eerste voorwaarde hiervoor is dat de private verzekeringsovereenkomst is afgesloten vóór de dag waarop de AOW zodanig wordt gewijzigd dat de pensioengerechtigde leeftijd verder kan stijgen dan de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting. Dit is geregeld in onderdeel a. Dat betekent nog niet dat de pensioengerechtigde leeftijd ook daadwerkelijk verder stijgt dan de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting. Het gaat om wetswijzigingen die mogelijk maken dat de pensioengerechtigde leeftijd hoger kan worden dan deze zou zijn als de pensioengerechtigde leeftijd zou worden verhoogd met de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting. Het kan gaan om een wijziging waarmee de pensioengerechtigde leeftijd wordt verhoogd, maar ook om een wijziging die een hogere koppeling aan de levensverwachting introduceert, waarbij een daadwerkelijke stijging van de levensverwachting pas tot gevolg heeft dat de pensioengerechtigde leeftijd daadwerkelijk hoger wordt. Wat wordt verstaan onder de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd wordt op basis van het zesde lid nader ingevuld bij algemene maatregel van bestuur.

De tweede voorwaarde om de eindleeftijd toe te kunnen passen, in plaats van de pensioengerechtigde leeftijd, is dat de betreffende privaat verzekerde de eindleeftijd, die wordt vastgesteld op basis van het onderhavige artikel, eerder bereikt dan de pensioengerechtigde leeftijd. Dit is geregeld in onderdeel b.

Aan beide voorwaarden uit de onderdelen a en b moet worden voldaan om de eindleeftijd te mogen hanteren. In de fictieve situatie dat de pensioengerechtigde leeftijd weliswaar wordt verhoogd, maar niet verder stijgt dan de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting, is bijvoorbeeld niet voldaan aan onderdeel a, en dienen de private verzekeringen daarom de pensioengerechtigde leeftijd van de op dat moment geldende regelgeving te volgen. Indien pas een verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten met een privaat verzekerde nadat de wetswijziging heeft plaatsgevonden waarmee de pensioengerechtigde leeftijd verder kan stijgen dan de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting, voldoet die verzekerde niet aan de voorwaarden. Voor deze verzekerde is dan namelijk niet voldaan aan onderdeel a. Er dient daarom de dan voor die persoon geldende pensioengerechtigde leeftijd te worden aangehouden. Of indien weliswaar sprake is van een wetswijziging waarmee de pensioengerechtigde leeftijd verder kan stijgen dan de gemiddelde resterende levensverwachting, maar dit voor een verzekerde geen consequenties heeft omdat de daadwerkelijke stijging van de pensioengerechtigde leeftijd pas plaatsvindt nadat deze persoon de pensioengerechtigde leeftijd bereikt, dan blijven verzekeraars voor deze persoon uitgaan van de dan geldende pensioengerechtigde leeftijd. Of wanneer aanvankelijk weliswaar sprake is van een verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd die verder stijgt dan de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting, maar vervolgens – bijvoorbeeld omdat de pensioengerechtigde leeftijd op enig moment werd bevroren – wederom lager is dan de eindleeftijd, hanteren verzekeraars wederom minimaal de daadwerkelijke pensioengerechtigde leeftijd.

Voorbeeld 1. (fictief)

Maurits is in 2035 een privaat verzekerde zelfstandige. Zijn pensioengerechtigde leeftijd bedraagt op basis van de AOW 70 jaar. Hij is op dit moment 68 jaar. Na een wetswijziging dat jaar waarbij de pensioengerechtigde leeftijd verder stijgt dan de levensverwachting, wordt de pensioengerechtigde leeftijd verhoogd tot 72 jaar met ingang van 2041. Maurits bereikt de pensioengerechtigde leeftijd in 2037 op 70-jarige leeftijd. Voor hem is om die reden niet voldaan aan onderdeel b. De

verzekeringsovereenkomst kan op basis van het eerste lid, onderdeel d, eindigen bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd van Maurits (70 jaar).

Voorbeeld 2. (fictief)

Stefan is in 2040 een privaat verzekerde zelfstandige. Zijn pensioengerechtigde leeftijd bedraagt op basis van de AOW 71 jaar en zes maanden. Hij is op dit moment 65 jaar. Na een wetswijziging dat jaar waardoor de pensioengerechtigde leeftijd verder stijgt dan de levensverwachting, wordt de pensioengerechtigde leeftijd verhoogd tot 73 jaar met ingang van 2046. Op basis van een stijging gelijk aan de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting zou Stefan de pensioengerechtigde leeftijd bereikt hebben bij 72 jaar en zes maanden. Stefan bereikt de pensioengerechtigde leeftijd echter pas in 2048 op 73-jarige leeftijd. Voor hem is om die reden voldaan aan onderdeel b. De private verzekering kan eindigen wanneer Stefan 72 jaar en zes maanden is. Zie een nadere toelichting op het kunnen eindigen van de verzekering hieronder.

Derde en zesde lid
Voor personen die aan de voorwaarden in het tweede lid, onderdelen a en b, voldoen geldt, in afwijking van het eerste lid, onderdeel d, als minimaal te hanteren eindleeftijd voor de verzekeringsovereenkomst niet de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de AOW, maar een andere eindleeftijd. Deze eindleeftijd is gebaseerd op de ontwikkeling van de gemiddelde resterende levensverwachting. Hoe de eindleeftijd wordt bepaald, is geregeld in het derde lid. Deze alternatieve eindleeftijd geldt vanaf het eerste jaar – het kalenderjaar Y – waarin de pensioengerechtigde leeftijd meer stijgt dan de gemiddelde resterende levensverwachting.

De eindleeftijd is gelijk aan de pensioengerechtigde leeftijd die geldt in het kalenderjaar voorafgaand aan het kalenderjaar Y. Het kalenderjaar Y staat voor het kalenderjaar waarin de pensioengerechtigde leeftijd verder stijgt dan de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd. De wijze waarop kalenderjaar Y wordt bepaald en wat wordt verstaan onder de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd, wordt op basis van het zesde lid geregeld bij algemene maatregel van bestuur. De eindleeftijd wordt jaarlijks op 1 januari verhoogd, voor het eerst op 1 januari van het kalenderjaar Y, volgens de formule die is opgenomen in het derde lid. De formule verhoogt de eindleeftijd jaarlijks vanaf kalenderjaar Y met de stijging van de geraamde macro gemiddelde resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd. In paragraaf 10.5.1 van het algemeen deel van de toelichting wordt dit nader toegelicht.

Indien de pensioengerechtigde leeftijd wordt verhoogd tot een leeftijd die hoger is dan de eindleeftijd, blijft de voor de verzekeringsovereenkomst minimaal te hanteren eindleeftijd dus beperkt tot de eindleeftijd. De eindleeftijd wordt jaarlijks vanaf kalenderjaar Y per 1 januari volgens de formule verhoogd. Daarnaast is bepaald dat de verhoging van de eindleeftijd dient te worden afgerond op periodes van gehele maanden. Hieruit volgt bijvoorbeeld dat de eindleeftijd met zes maanden wordt verhoogd, indien uit de formule een verhoging van de eindleeftijd van 5,5 maanden komt. Indien de verhoging van de eindleeftijd negatief is, wordt deze gesteld op 0. Op personen die in een bepaald kalenderjaar de eindleeftijd hebben bereikt, is de eindleeftijd in de kalenderjaren daarna niet van toepassing.

Er kan maar één keer een kalenderjaar Y worden vastgesteld voor een verzekeringsovereenkomst. Dit is voor het volgende fictieve voorbeeld van belang. Stel dat voor een betrokkene, ten tijde van het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst, een verwachte pensioengerechtigde leeftijd van 67 jaar geldt. In 2035 treedt een wet in werking die regelt dat de pensioengerechtigde leeftijd in 2040 wordt verhoogd van 67 naar 68 jaar en meteen bevroren. Voor verzekeringsovereenkomsten die zijn afgesloten voor de wetswijziging waarmee de pensioengerechtigde leeftijd op deze manier verhoogd kan worden, in dit voorbeeld dus voor 2035, is 2040 dan kalenderjaar Y zoals bedoeld in het derde lid. De eindleeftijd die de verzekeraar minimaal moet hanteren voor deze persoon is 67 jaar en groeit vanaf 2040 jaarlijks met de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting. Vervolgens groeit de eindleeftijd volgens de formule in 2050 door naar 68 jaar en zes maanden. Deze eindleeftijd wordt niet gehanteerd, want de pensioengerechtigde leeftijd is bevroren op 68 jaar, dus lager dan de eindleeftijd. Vanaf het moment dat

de eindleeftijd hoger is uitgekomen dan de pensioengerechtigde leeftijd hanteert de verzekeraar voor deze betrokkene een minimale eindleeftijd die gelijk is aan de pensioengerechtigde leeftijd, dus 68 jaar. Stel dat in 2050 vervolgens een andere wet in werking treedt waardoor de pensioengerechtigde leeftijd stijgt, ditmaal naar 69 jaar, dan is de (minimaal) te hanteren eindleeftijd voor deze betrokkene 68 jaar en zes maanden in 2050 en stijgt deze jaarlijks met de stijging van de gemiddelde resterende levensverwachting. Het bovenstaande volgt uit het gegeven dat het verhogen van de eindleeftijd conform de formule, als er eenmaal sprake is van kalenderjaar Y, niet eindigt, ook al komt de eindleeftijd in bepaalde jaren boven de pensioengerechtigde leeftijd uit.

Artikel 12. Aanvraag ontheffing

Eerste lid
Met het eerste lid wordt geregeld dat het UWV ontheffing van de verplichte verzekering verleent op aanvraag van de verzekeraar die met de persoon een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 11 heeft gesloten. Voor een toelichting op het begrip verzekeraar wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 1. Zowel de verzekeraar als de persoon is belanghebbende bij de beschikking op deze aanvraag. De beschikking die hieruit volgt heeft immers voor beiden rechtsgevolgen. De persoon wordt als gevolg van de ontheffing niet (langer) 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 Wfsv de verplichting tot betaling van de stabiliteitsbijdrage zal gaan gelden. Dit eerste lid bepaalt tevens dat het UWV de ontheffing slechts verleent met ingang van 1 januari van een kalenderjaar. Het nemen van de beschikking door het UWV betreft geen discretionaire bevoegdheid, maar is dwingendrechtelijk van aard. Na een aanvraag beoordeelt het UWV niet of de door de verzekeraar en de persoon gesloten verzekeringsovereenkomst voldoet aan de in artikel 11 gestelde voorwaarden (zie in verband hiermee de toelichting bij artikel 11), maar geeft het UWV aan de verzekeraar en de persoon de beschikking af indien de aanvraag voldoet aan de voorwaarden die in het tweede lid zijn gesteld. Voor een meer uitgebreide toelichting wordt verwezen naar paragraaf 10.4 van het algemene deel van de toelichting.

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. een verklaring van de verzekeraar met ingang van welke datum de persoon waarvoor de ontheffing wordt aangevraagd ontheffing dient te worden verleend. Deze datum moet, vanwege het in het eerste lid bepaalde dat het UWV alleen een ontheffing verleend per 1 januari van een kalenderjaar, 1 januari van enig kalenderjaar zijn;
b. een verklaring van de verzekeraar dat met die persoon in ieder geval met ingang van de verzochte aanvangsdatum van de ontheffing, bedoeld in onderdeel a, een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 11 is gesloten; en
c. een verklaring van die persoon dat deze vanwege de met de verzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst met ingang van de in onderdeel a bedoelde datum van de verplichte verzekering op grond van dit wetsvoorstel 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. De verklaring in onderdeel b garandeert dat deze rechtsgevolgen niet kunnen ontstaan als de verzekeringsovereenkomst nog niet is ingegaan. Immers moet er in ieder geval per de verzochte 1 januari sprake zijn van een verzekeringsovereenkomst. Indien deze bescheiden niet door de verzekeraar worden aangeleverd, kan

het UWV op grond van artikel 4:5, eerste lid, van de Awb besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen.

Derde lid
Het derde lid regelt op welk moment de aanvraag voor de ontheffing uiterlijk ingediend moet worden. Dat is namelijk dertien weken na de verzochte 1 januari. Indien de aanvraag pas later wordt ingediend dan dertien weken na die datum, vindt de ontheffing plaats met ingang van 1 januari van het kalenderjaar na de datum van indiening van die aanvraag.

Vierde lid
Het vierde lid ziet op de situatie dat een persoon al ontheven is, en dat voor deze zelfde persoon een nieuwe aanvraag voor een ontheffing wordt gedaan op grond van een andere verzekeringsovereenkomst. In afwijking van het eerste lid verleent het UWV in zo'n geval een ontheffing met ingang van een andere dag dan 1 januari. Voorwaarde hiervoor is wel dat deze persoon in ieder geval tot die andere dag ontheven was op grond van die andere verzekeringsovereenkomst.

Het tweede en derde lid zijn op deze situatie van overeenkomstige toepassing. Dit betekent dat de aanvraag tot deze ontheffing vergezeld moet gaan van dezelfde verklaringen als bedoeld in het tweede lid. Met dien verstande dat in plaats van de in het eerste lid geregelde datum van 1 januari van een kalenderjaar steeds de gewenste datum van aanvang van de nieuwe ontheffing geldt. In ieder geval met ingang van de gewenste datum moet dus sprake zijn van een nieuwe verzekeringsovereenkomst op basis waarvan een ontheffing kan worden verleend. Daarnaast geldt dat indien de aanvraag voor deze nieuwe ontheffing meer dan dertien weken later wordt gedaan dan die gewenste datum, het UWV de ontheffing doet aanvangen met ingang van 1 januari van het kalenderjaar na de datum van ontvangst van die aanvraag.

Op grond van artikel 14, vierde lid, leidt het tijdig doen van de nieuwe aanvraag voor ontheffing ertoe dat de oude aanvraag wordt beëindigd met ingang van de gewenste dag die afwijkt van 1 januari. Zie hiertoe nader de toelichting bij dat lid.

Vijfde lid
Het vijfde lid ziet op het verlenen van ontheffingen voor startende zelfstandigen. Een startende zelfstandige is in artikel 1 gedefinieerd als iemand die aanvangt met de arbeid als zelfstandige met ingang van een andere datum dan de eerste dag van een kalenderjaar. Voor hen geldt dat het UWV, in afwijking van het eerste lid, een ontheffing verleent met ingang van de dag van aanvang van de arbeid als zelfstandige. Ook voor startende zelfstandigen zijn het tweede en derde lid van overeenkomstige toepassing verklaard.

Dit betekent dat voor startende zelfstandigen geldt dat zij nog niet een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 11 hoeven te hebben op 1 januari van een jaar. Dat ligt immers nog voor de datum waarop hun arbeid als zelfstandige is aangevangen. Wel moeten zij deze verzekeringsovereenkomst hebben met ingang van de datum van aanvang van hun arbeid als zelfstandige. Ook geldt voor hen dat indien de aanvraag voor de ontheffing meer dan dertien weken later wordt gedaan dan de datum van aanvang van de werkzaamheden als zelfstandige, het UWV de ontheffing doet aanvangen met ingang van 1 januari van het kalenderjaar na de datum van ontvangst van die aanvraag.

Artikel 13. Verplichte melding
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, wijzigt (eerste lid, onderdeel a) of eindigt (eerste lid, onderdeel b). Het gaat bij het wijzigen alleen om wijzigingen waardoor de verzekeringsovereenkomst niet langer voldoet aan de voorwaarden uit artikel 11.

De verzekeraars zijn tevens verplicht te melden per welke datum deze situatie (wijziging of eindiging) zich voordoet. De melding dient uiterlijk te worden gedaan op de dag voor die datum, 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 aan de verzekeraar een bestuurlijke boete opleggen. Geïnde boetes komen ten gunste van het met dit wetsvoorstel op te richten Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Zie voor een nadere toelichting hierop de toelichting bij de voorgestelde artikelen 118b en 118c van de Wfsv.

Artikel 14. Beëindiging ontheffing
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 onderhavig wetsvoorstel. 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 niet langer voldoet aan de voorwaarden uit artikel 11 of eindigt, blijkens de melding van een verzekeraar als bedoeld in artikel 13. De verzekeraar vermeldt ook de datum met ingang waarvan dit het geval is (zie nader de toelichting bij artikel 13). Het UWV beëindigt de ontheffing na een melding met ingang van 1 januari van het kalenderjaar na die vermelde datum. Bij verzekeringsovereenkomsten die bijvoorbeeld eindigen op 31 december, zal direct de dag erna niet langer sprake zijn van een ontheffing (indien de melding tijdig wordt gedaan). Bij verzekeringsovereenkomsten die op een andere dag wijzigen of eindigen, bijvoorbeeld 1 juli, geldt dat de persoon gedurende de rest van het kalenderjaar ontheven is, zonder dat daar een verzekeringsovereenkomst conform artikel 11 aan ten grondslag ligt. Dit kan ertoe leiden dat die persoon in een verzekeringsgat terechtkomt. Dat is het geval indien deze persoon in die periode onder de kring van verzekerden valt, maar geen verzekeringsovereenkomst voor arbeidsongeschiktheid heeft. Deze persoon raakt immers pas weer verplicht publiek verzekerd per 1 januari van het kalenderjaar volgend op de melding, wanneer de ontheffing eindigt.

Daarnaast regelt dit eerste lid dat het UWV de ontheffing niet eerder beëindigt dan met ingang van de dag na de datum waarop de melding is gedaan. Indien sprake is van een late melding, dat wil zeggen een melding die pas wordt gedaan nadat de verzekeringsovereenkomst is geëindigd, na 1 januari van een jaar, vindt de ontheffing pas veel later plaats dan de datum van wijziging of eindiging van de verzekeringsovereenkomst. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de verzekeringsovereenkomst eindigt met ingang van 31 december, maar de melding hiertoe pas op 15 januari van het jaar daarna wordt gedaan. Het UWV beëindigt de ontheffing pas met ingang van 1 januari volgend op de datum van de melding.

Ten tweede beëindigt het UWV de ontheffing van een persoon die hiertoe bij het UWV een aanvraag doet. Aan deze aanvraag zijn geen nadere eisen verbonden (behoudens een aanvraag als bedoeld in het vierde lid, zie daarvoor de toelichting daarbij). Het is bijvoorbeeld niet vereist dat de persoon die de beëindiging van de eigen ontheffing aanvraagt ook aantoont dat de verzekeringsovereenkomst is gewijzigd of 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. Het UWV beëindigt de ontheffing met ingang van 1 januari van het kalenderjaar na de datum waarop die aanvraag is ingediend. De beschikking tot beëindiging van de ontheffing wordt steeds aan de verzekeraar en de persoon afgegeven.

Het derde lid regelt twee uitzonderingssituaties. Als hiervan sprake is, beëindigt het UWV de ontheffing met ingang van een andere datum dan 1 januari, namelijk de dag na de datum van eindiging of wijziging (als gecommuniceerd door de verzekeraar op grond van artikel 13, eerste lid). Dit is het geval indien sprake is van faillissement van de verzekeraar, of indien beëindiging conform het eerste of tweede lid zou leiden tot een kennelijke hardheid. Voor deze situaties geldt dat het UWV de ontheffing niet eerder beëindigt dan met ingang van de dag na de datum waarop de melding is gedaan of de aanvraag is ingediend. Bij een late melding kan het moment van eindiging van de ontheffing dus gelegen zijn na de datum van wijziging of eindiging van de verzekeringsovereenkomst (maar vóór 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar).

Indien sprake is van toepassing van het derde lid bij een aanvraag tot beëindiging van de ontheffing, als bedoeld in het tweede lid, kan het voorkomen dat het UWV op basis van de aanvraag niet weet op welk moment de verzekeringsovereenkomst wijzigt of eindigt. Het UWV kan die informatie in dat geval opvragen bij de aanvrager of de verzekeraar. Indien duidelijk is dat de verzekeringsovereenkomst is gewijzigd of geëindigd vóór de datum waarop de aanvraag is ingediend, beëindigt het UWV de ontheffing met ingang van de dag na de datum waarop de aanvraag is ingediend.

Indien de persoon wiens ontheffing op grond van het derde lid wordt beëindigd tot de kring van verzekerden behoort, heeft de ontheffing tot gevolg dat iemand gedurende dat jaar ook publiek verzekerd raakt. Voor die periode hoeft echter geen publieke premie betaald te worden. Zie hiertoe het voorgestelde artikel 56b, vijfde lid, van de Wfsv in dit wetsvoorstel.

Het vierde lid regelt ten slotte een uitzondering op de eerste twee leden. In deze gevallen beëindigt het UWV de ontheffing met ingang van de dag na de datum van wijziging of eindiging van de verzekeringsovereenkomst in geval van een melding, of een vermelde dag in geval van een aanvraag. Dit ziet op de situatie dat het UWV parallel aan deze melding of aanvraag een aanvraag ontvangt voor een nieuwe ontheffing in verband met een nieuwe verzekeringsovereenkomst met een aansluitende verzochte datum van ontheffing, als bedoeld in artikel 12, vierde lid.

Voorwaarde voor deze beëindiging van de ontheffing met ingang van een andere dag dan 1 januari is dat er op die dag een aanvraag voor een nieuwe ontheffing is ingediend volgens de voorwaarden uit artikel 12, eerste, tweede en vierde lid. Ook dient de aanvraag tot beëindiging van de ontheffing, in het geval daar sprake van is, anders dan geregeld in het tweede lid, een gewenste datum van beëindiging van de ontheffing te bevatten. Deze datum hoeft geen verband te houden met de eventuele wijziging of eindiging van de verzekeringsovereenkomst waarop de ontheffing gebaseerd is. Het UWV hoeft bij beëindigingen van ontheffingen op grond van dit lid op basis van een aanvraag niet te weten of, en zo ja op welk moment, de verzekeringsovereenkomst waarop de oude ontheffing gebaseerd is wijzigt of eindigt.

Op grond van artikel 70, eerste lid, van dit wetsvoorstel neemt het UWV de beschikking tot beëindiging van de ontheffing binnen twee weken na de melding, dan wel de aanvraag. Dit zorgt ervoor dat de verzekerde en de verzekeraar snel duidelijkheid hebben over hun verplichtingen op grond van dit wetsvoorstel.

Artikel 15. Beëindiging ontheffing 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 algemene deel van deze 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. Dit is geregeld in het derde lid. Indien de ontheven persoon na beëindiging van de ontheffing nog tot de kring van verzekerden behoort, raakt deze verplicht publiek verzekerd op grond van dit wetsvoorstel. Het voorgestelde artikel 56b, vijfde lid, van de Wfsv regelt dat deze zelfstandige voor het restant van het kalenderjaar waarin deze na een dergelijke beëindiging van de ontheffing publiek verzekerd raakt, geen publieke premies verschuldigd is. Vanaf 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar is de zelfstandige, mits die ondertussen geen ontheffing op grond van een andere verzekeringsovereenkomst heeft geregeld, wel premieplichtig voor de publieke verzekering.

In artikel 70, tweede lid, is geregeld dat het UWV deze beschikking neemt binnen twee weken na afloop van de periode van vier weken, bedoeld in het tweede lid. Hierdoor hebben de verzekerde en de verzekeraar snel duidelijkheid hebben over hun verplichtingen op grond van dit wetsvoorstel.

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 vooruitbetaalde 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
Dit artikel regelt de wachttijd die de verzekerde moet doorlopen, voordat de verzekerde aanspraak kan maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. In het eerste lid is bepaald dat de wachttijd 104 weken bedraagt. Om de wachttijd van 104 weken vol te maken, moet de verzekerde als gebruikelijk een aaneengesloten periode ziek zijn.

Voor het begrip “ziek zijn” wordt aangesloten bij hetgeen daaronder in de ZW wordt verstaan. Van “ziek zijn” is sprake wanneer een verzekerde als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is om arbeid te verrichten (zie ook paragraaf 5.2 van het algemene deel van de toelichting). In de wachttijd gaat het daarbij om ongeschiktheid voor de eigen arbeid.

In het tweede lid is bepaald dat de eerste dag van de wachttijd de eerste werkdag is waarop de verzekerde wegens ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling niet heeft gewerkt of diens werkzaamheden heeft gestaakt. Het bepalen van de eerste werkdag wordt nader uitgewerkt in de Regeling bepaling eerste werkdag. Hierbij kan – als dat voor de verzekerde een gebruikelijke werkdag is – ook een dag in het weekend als eerste werkdag worden gehanteerd. De verzekerde zal de eerste werkdag waarop wegens ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling niet is gewerkt of de werkzaamheden zijn gestaakt, ofwel de eerste ziektedag, tijdig aan het UWV dienen te melden, wil de verzekerde dat de wachttijd tijdig aanvangt. Dit wordt geregeld in artikel 17. Er is al sprake van ongeschiktheid voor de eigen arbeid wanneer de verzekerde wegens ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling een deel van de eigen arbeid niet meer kan uitvoeren.

De perioden waarin de verzekerde wegens ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is geweest voor de eigen arbeid worden op grond van het derde lid in aanmerking genomen bij het bepalen van de wachttijd. Zoals hiervoor is vermeld, moet het gaan om een aaneengesloten periode van ziek zijn. Het kan echter voorkomen dat een verzekerde tussentijds is hersteld, maar op een later moment opnieuw uitvalt voor de eigen arbeid. In dat geval worden voor het bepalen van de wachttijd van 104 weken perioden van ziekte slechts samengeteld, indien die perioden elkaar met een onderbreking van minder dan vier weken opvolgen. Het is daarbij niet van belang of de ziekte in deze perioden voortkomt uit dezelfde oorzaak of verschillende oorzaken. Ook perioden die direct voorafgaan aan en aansluiten op een periode waarin uitkering in verband met zwangerschap of bevalling wordt ontvangen, worden samengeteld, tenzij de ongeschiktheid voorafgaande aan en de ongeschiktheid aansluitende op die periode redelijkerwijs niet geacht kunnen worden voort te vloeien uit dezelfde oorzaak. Bij de samentelling blijven de tussenliggende perioden van ziekte, alsmede de perioden waarin de in het derde lid genoemde uitkeringen op grond van de Wazo worden genoten, buiten beschouwing.

Artikel 17. Verplichte melding ongeschiktheid voor de eigen arbeid

Eerste lid
Het eerste lid van dit artikel regelt een verplichte ziekmelding, waarmee wordt beoogd het UWV tijdig op de hoogte te doen stellen van de eerste dag waarop de verzekerde wegens ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling niet heeft gewerkt of diens werkzaamheden heeft gestaakt, als bedoeld in artikel 16, tweede lid. Door een tijdige ziekmelding en de beoordeling daarvan kan de verzekerde op grond van artikel 24, onderdeel a, reeds gedurende de wachttijd recht op ondersteuning bij arbeidsinschakeling verkrijgen, indien de verzekerde dat wenst (zie voor een verdere toelichting ook paragraaf 5.3 van het algemene deel van toelichting).

Tweede lid

Het tweede lid regelt de consequentie van het niet tijdig doen van de verplichte ziekmelding. In afwijking van artikel 16, tweede lid, kan de eerste ziektedag in beginsel niet eerder zijn gelegen dan dertien weken voor de dag waarop de verzekerde de melding heeft gedaan. Hiermee wordt voorkomen dat de eerste ziektedag en de aanspraken die hieruit voort kunnen komen naar mate de tijd verstrijkt, al dan niet vanwege het ontbreken van medische gegevens, steeds moeilijker te beoordelen wordt. De verzekerde zal het UWV dus tijdig, binnen dertien weken na de eerste ziektedag, op de hoogte dienen te stellen, wil de verzekerde dat de wachttijd ook tijdig aanvangt. De verzekerde kan weliswaar een eerste ziektedag melden die voor de periode van dertien weken voorafgaand aan de melding ligt, maar in dat geval wordt de eerste ziektedag in beginsel geacht ten vroegste dertien weken voorafgaand aan de melding te liggen. Een laattijdige ziekmelding heeft zodoende tot gevolg dat ook de eerste dag waarop het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering, als gevolg van het later volbrengen van de wachttijd, op een later moment kan ontstaan. Verder kan een laattijdige ziekmelding ertoe leiden dat bij het bepalen van de hoogte van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering van een andere uitkeringsgrondslag moet worden uitgegaan (zie in verband hiermee artikelen 40 en 42).

Uit de tweede volzin van het tweede lid volgt dat het UWV bevoegd is om in bijzondere gevallen van de eerste volzin af te wijken. Van een bijzonder geval kan sprake zijn indien het voor de verzekerde redelijkerwijs niet mogelijk was de ziekmelding eerder te doen. In dat geval kan alsnog een eerste ziektedag worden vastgesteld die meer dan dertien weken is gelegen voor de dag waarop de verzekerde de melding heeft gedaan. Te denken valt bijvoorbeeld aan een verzekerde die zich pas na zestien weken ziek kan melden, omdat de verzekerde door medische omstandigheden (zoals een ziekenhuisopname of een verplichte opname in een instelling) niet in staat was zich eerder ziek te melden en het ook niet is gebleken dat een nauw betrokken derde dit had kunnen melden. In dit soort situaties is het niet redelijk om van een verzekerde te verlangen zich tijdig ziek te melden. Wel mag van de verzekerde die stelt dat het redelijkerwijs niet mogelijk was om de melding eerder te doen op zijn minst een begin van bewijs worden verlangd ter ondersteuning van die stelling. In de situatie dat een persoon zich niet tijdig heeft ziekgemeld, omdat ten tijde van de eerste ziektedag geen sprake was van een voorlopige aanslag inkomstenbelasting of uit een voorlopige aanslag weliswaar volgde dat sprake was winst uit onderneming maar die winst uit onderneming ten tijde van de eerste ziektedag nog niet bij definitieve aanslag was vastgesteld, bestaat in beginsel geen aanleiding om een bijzondere geval in de hiervoor bedoelde zin aan te nemen. Van een persoon die winst uit onderneming geniet of verwacht te genieten, mag in beginsel worden verwacht dat die persoon zich tijdig ziekmeldt, ook indien die persoon nog niet over een voorlopige aanslag inkomstenbelasting beschikt. In het geval de persoon nog niet over een voorlopige aanslag inkomstenbelasting beschikt, zal dan wel noodzakelijk zijn dat die voorlopige aanslag alsnog wordt aangevraagd.

Met de melding van ziekte is verder nog geen sprake van een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Op grond van artikel 43 wordt het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op aanvraag vastgesteld. Indien de verzekerde de melding als bedoeld in het eerste lid niet heeft gedaan en zich eerst tot het UWV heeft gewend met een aanvraag om arbeidsongeschiktheidsuitkering dan kan die aanvraag in beginsel worden opgevat als een melding in de hier bedoelde zin. In dat geval zal op grond van het tweede lid in beginsel aanleiding bestaan om uit te gaan van een eerste ziektedag die niet eerder ligt dan dertien weken voor de dag waarop de verzekerde de aanvraag heeft gedaan, tenzij het UWV vanwege een bijzonder geval aanleiding ziet om van dat uitgangspunt af te wijken. Doet dat laatste zich voor dan kan zo nodig worden beoordeeld of aanspraak bestaat op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Derde lid

Het derde lid bepaalt tot slot dat het UWV naar aanleiding van de ontvangen melding een beoordeling verricht. Daarbij wordt beoordeeld of en per wanneer de verzekerde als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is tot het verrichten van de eigen arbeid. Het wel of niet ongeschikt zijn voor de eigen arbeid geeft tevens antwoord op de vraag of en per wanneer de wachttijd is aangevangen. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 5.3.3. De uitkomst wordt neergelegd in een beschikking. Artikel 69 bepaalt in zoverre dat de beschikking op het bestaan en voortbestaan van ongeschiktheid voor de eigen arbeid, 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.

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 dit wetsvoorstel opgenomen verplichtingen, moeten aan het UWV worden verstrekt. Het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan alleen ontstaan voor de verzekerde die ziek wordt en de wachttijd heeft doorlopen. De informatieplicht geldt zodoende 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 en voor degene die de wachttijd doorloopt.

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 48 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 arbeidsongeschiktheidsuitkering 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. Evenals ten aanzien van de in het eerste lid geregelde informatieplicht, geldt de plicht tot medewerking niet slechts voor de verzekerde die een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering

heeft ingediend of die al recht heeft op die uitkering, maar ook voor de verzekerde die zich heeft ziekgemeld en voor degene die de wachttijd doorloopt.

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 diens 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 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. Hiermee wordt de plicht tot medewerking aan controle nader uitgewerkt. Deze plicht houdt op grond van dit artikel mede in dat indien een verzekerde een aanvraag doet voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering, of al recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, zich ter observatie moet doen opnemen of verblijven in een aangewezen inrichting, indien het UWV of een door het UWV aangewezen deskundige dat opdraagt.

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 de verzekerde kan worden verwacht, op straffe van een gehele of gedeeltelijke weigering van de betaling van de uitkering (zie hoofdstuk 7 van deze wet voor de handhavingsbepalingen).

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 mag van de verzekerde gedurende de wachttijd worden verwacht dat de verzekerde een naar algemeen medische maatstaven adequate behandeling ondergaat voor diens ziekte of gebrek. Gezien het cruciale belang van herstelgedrag van de verzekerde, wordt van belang geacht deze verplichting ook

expliciet in dit wetsvoorstel op te nemen. 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.

Het ondergaan van een naar algemeen medische maatstaven adequate behandeling kan door de verzekerde worden geweigerd. De verzekerde kan ook niet tot medewerking worden gedwongen. In zoverre worden grondrechten als het recht op lichamelijke integriteit en eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer in acht genomen. Met het opnemen van deze verplichting wordt duidelijk gemaakt dat het niet of onvoldoende naleven daarvan in de wachttijd onder omstandigheden wel gevolgen kan hebben voor het recht op uitkering (zie hoofdstuk 7 van deze wet voor de handhavingsbepalingen).

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 diens mogelijkheden tot het verrichten van arbeid, voor zover de verzekerde daarover beschikt, te behouden. Daarnaast dient de verzekerde in voldoende mate te proberen mogelijkheden tot het verrichten van arbeid te verkrijgen. Dit betekent ook dat de verzekerde diens mogelijkheden tot medisch herstel moet benutten en diens 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 diens genezing belemmering. In dit verband kan dat handelen de verzekerde 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 de arbeidsinschakeling. De verzekerde dient aldus te proberen deze hulpmiddelen te verkrijgen of een aanpassing van de werkplek te bewerkstelligen. Ook dient de verzekerde diens medewerking te verlenen wanneer de verzekerde 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 van 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 elk aanbod van passende arbeid te worden aanvaard. Zolang de verzekerde geen passende arbeid wordt aangeboden, dient de verzekerde in voldoende mate te proberen passende arbeid te verkrijgen. Daartoe dient de verzekerde bijvoorbeeld te solliciteren en op uitnodiging sollicitatiegesprekken te voeren. Indien de verzekerde zich zodanig gedraagt dat diens gedrag verwijtbaar leidt tot niet verkrijgen van (een voldoende mate van) passende arbeid (bijvoorbeeld door zich tijdens een sollicitatieprocedure onfatsoenlijk te gedragen) handelt de verzekerde 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 de verzekerde 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.

In lijn met de voor de Wet WIA aanvaarde uitgangspunten voor het verkrijgen en aanvaarden van passende arbeid 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 de verzekerde passend is. Als dat het geval is dan wordt van de verzekerde verwacht dat diens inspanningen daarop zijn 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 diens 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 worden verlangd dat de verzekerde zich wat betreft 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, wat bijvoorbeeld nodig kan zijn voor specifieke groepen zelfstandigen.

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, onderdeel 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 de nadere regelgeving op grond van de Wet 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 sociale zekerheidswetten zal mede op dit artikel worden gebaseerd.

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 werkdag wegens ziekte niet is gewerkt of dat werk is gestaakt. Dit is (in beginsel) 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 dit wetsvoorstel. In dat geval bestaat er wel een re-integratieplicht (zie paragraaf 3.1 van dit wetsvoorstel).

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.

Het kan zijn dat een verzekerde tijdens de wachttijd re-integratieondersteuning ontvangt, maar bij de claimbeoordeling geen recht heeft op een uitkering. Zie voor een toelichting op die situatie nader paragraaf 8.2.2 van het algemene deel van deze toelichting.

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 het gevolg is van een ziekte of handicap, 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, in die zin dat het UWV op grond van dit artikel voorzieningen kan verstrekken aan zelfstandigen van wie de structurele functionele beperking is ontstaan na aanvang van de arbeid als zelfstandige. Indien de structurele functionele beperking ontstaat binnen drie jaar na aanvang van de arbeid als zelfstandige, kan het UWV een voorziening verlenen op grond van artikel 34a van de Wet WIA indien bij aanvang van die arbeid reeds een ziekte of handicap aanwezig was, en op grond van dit voorgestelde artikel indien bij aanvang van die arbeid nog geen ziekte of handicap aanwezig was. Dat laatste is geregeld in het tweede lid. Aangezien dit artikel van toepassing is op verzekerden, biedt dit artikel alleen ruimte om voorzieningen te verstrekken aan zelfstandigen die op grond van dit wetsvoorstel publiek verzekerd zijn.

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 algemene maatregel van bestuur 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 de artikelen 7, eerste lid, onderdeel a, of 7a, eerste lid, onderdeel a, of derde lid, 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.

In het vijfde lid is geregeld dat titel 4.2 van de Awb niet van toepassing is op aanspraken op grond van dit artikel. 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.

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. Gedurende de wachttijd geldt voor de verzekerde de re-integratieplicht niet, geregeld in de artikelen 20 en 21. Het UWV stelt gedurende de wachttijd zodoende alleen op aanvraag van en in samenspraak met de verzekerde een werkhervattingsvisie vast. In de werkhervattingsvisie worden de rechten en verplichtingen van de verzekerde in het kader van de re-integratie tijdens de wachttijd vermeld. Een verzekerde kan door het UWV bijvoorbeeld worden verplicht actief deel te nemen aan een re-integratietraject, indien het UWV dat traject voor een verzekerde inkoopt (zie in dit verband ook het vierde lid). De werkhervattingsvisie die in het kader van de wachttijd wordt opgesteld zal aldus op rechtsgevolg zijn gericht en is daarmee een besluit in de zin van de Awb.

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 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 en het plan gericht is op een zelfstandig rechtsgevolg. Wanneer in het re-integratieplan slechts de rechten en plichten uit de werkhervattingsvisie ongewijzigd worden herhaald, is het re-integratieplan niet gericht op een zelfstandig rechtsgevolg, en is dus geen sprake van een besluit.

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.

Artikel 30. Re-integratie-aanpak door het UWV bij recht op de uitkering

Eerste en tweede lid
Gedurende het recht op uitkering geldt voor de verzekerde de re-integratieplicht, geregeld in de artikelen 20 en 21. 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 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 de uitkeringsgerechtigde 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 en het plan gericht is op een zelfstandig rechtsgevolg. Wanneer in het re-integratieplan slechts de rechten en plichten uit de re-integratievisie ongewijzigd worden herhaald, is het re-integratieplan niet gericht op een zelfstandig rechtsgevolg, en is dus geen sprake van een besluit.

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 huiswerkopdrachten niet te vervullen of dat blijkt dat een persoon de 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 artikel 32 zijn de uitsluitingsgronden opgenomen die aan het ontstaan of het voortbestaan van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering in de weg kunnen staan. Nadere bepalingen ten aanzien van de uitsluitingsgronden in artikel 32, onderdelen a, b en c zijn neergelegd in artikelen 33 en 34. 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, onderdelen a en b, en artikel 33 (het rechtens diens vrijheid zijn ontnomen en het zich onttrekken aan de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel)
Indien de verzekerde rechtens de 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 de 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 de 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 de vrijheid wordt ontnomen recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel, 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 de verzekerde 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 de 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 vijf jaar heeft geduurd (artikel 39, derde lid). Wordt de gedetineerde na een langere periode weer in vrijheid gesteld dan kan het recht op een uitkering niet herleven.

Artikel 32, onderdeel c, en artikel 34 (het niet in Nederland wonen)

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.

De toepassing van artikel 32, onderdeel c, heeft voor de zelfstandige, bedoeld in artikel 9, onderdeel b, geen andere betekenis, dan voor de zelfstandige, bedoeld in artikel 9, onderdeel a. Beiden zijn op grond van artikel 9 verplicht verzekerd voor deze wet. Een uitsluitingsgrond kan zich pas voordoen op het moment dat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering bestaat. Voor beiden geldt aldus dat er geen recht op uitkering bestaat indien zij op dat moment niet in Nederland woonachtig zijn, tenzij de exportbeperking op hen niet van toepassing is op grond van artikel 34.

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, onderdeel d (een uitreiziger zijn)
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, onderdeel e (het op grond van artikel 64 van de Wet financiering sociale verzekeringen ontheven zijn van de verplichtingen op grond van deze wet wegens gemoedsbezwaren)
Een uitsluitingsgrond is eveneens van toepassing op de persoon die op grond van artikel 64 van de Wfsv wegens gemoedsbezwaren ontheven is van de verplichtingen op grond van de Wet basisverzekering arbeidsongeschiktheid zelfstandigen.

Artikel 32, onderdeel f (het bereiken of bereikt hebben van de pensioengerechtigde 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.

Artikel 32, onderdeel g (overlijden van de verzekerde)
Het recht op een uitkering ontstaat niet indien de verzekerde overlijdt. Een bestaand recht op uitkering eindigt indien de verzekerde overlijdt.

Artikel 32, onderdeel h (het recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering)

Met artikel 32, onderdeel h, wordt geregeld dat voor een verzekerde steeds maar één recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering kan bestaan. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 5.5.

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 (de verzekerde dient uiteraard aan de voorwaarden voor de uitkering te voldoen) krijgt de verzekerde met terugwerkende kracht tot het moment waarop de arbeidsongeschiktheidsuitkering zou zijn ingegaan als de verzekerde direct aan het medisch onderzoek zou hebben meegewerkt, de arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend. Ten slotte 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. De periode waarin een persoon reeds ziek was voordat die persoon verzekerde werd uit hoofde van dit wetsvoorstel blijft aldus buiten beschouwing. Dat heeft ook gevolgen voor het bepalen van de uitkeringsgrondslag als bedoeld in artikel 40 (zie in verband hiermee ook 5.3.3 van het algemene deel van de toelichting. 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 104 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 104 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 ontstaat. 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 de verzekerde 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 5.8 van het algemene deel 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 is. Indien de verzekerde binnen vijf jaar na deze dag arbeidsongeschikt wordt uit dezelfde oorzaak als op grond waarvan de verzekerde gedurende de wachttijd ongeschikt was tot het verrichten van de eigen arbeid, ontstaat alsnog recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

De tweede situatie (eerste lid, onderdeel b) komt overeen met onderdeel a, met dien verstande dat de arbeidsongeschiktheid is voortgekomen uit een andere oorzaak dan de oorzaak op grond waarvan de verzekerde gedurende de wachttijd ongeschikt was tot het verrichten van de eigen arbeid. In deze situatie ontstaat, mits de 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 diens 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 5.5 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 5.7 van het algemene deel van de toelichting.

Eerste lid
Op grond van onderdeel a eindigt het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering als de verzekerde 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 diens 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 Wfsv 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 de verzekerde met arbeid feitelijk het wettelijk minimumloon verdient. Het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering eindigt in dat geval niet na twee maanden, maar één jaar na de dag waarop de verzekerde niet langer arbeidsongeschikt is. Dit sluit aan bij artikel 56 van de Wet WIA.

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 minimum- en 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 de verzekerde feitelijk heeft genoten in het kalenderjaar voorafgaande aan het intreden van de ongeschiktheid voor de eigen arbeid. Als de gemiddelde winst uit onderneming per dag over de drie kalenderjaren voor het intreden van ongeschiktheid voor de eigen arbeid leidt tot een hoger bedrag wordt dat hogere bedrag als uitkeringsgrondslag gehanteerd. Wat onder winst uit onderneming respectievelijk winst uit Nederlandse onderneming wordt verstaan, is geregeld in artikel 4. Het gaat hierbij om het gezamenlijke bedrag van de belastbare 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.

Derde lid
Op grond van het derde lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur ten eerste ten behoeve van het bepalen van de uitkeringsgrondslag nadere en zo nodig afwijkende regels worden gesteld met betrekking tot uitbreiding dan wel beperking van de winst uit onderneming respectievelijk winst uit Nederlandse onderneming, bedoeld in artikel 4. In dit verband wordt verwezen naar paragraaf 6.1.1 van het algemene deel van de toelichting. Er kan bijvoorbeeld aanleiding bestaan om voor de uitkeringsgrondslag bepaalde bestanddelen van de winst, zoals winst genoten in verband met onteigening of winst behaald met staken van een onderneming, niet tot de winst te rekenen, of bepaalde vormen van aan de zelfstandige verleende bijstand juist wel. Eenzelfde grondslag is opgenomen voor het nader bepalen van het premie-inkomen. Zie hiertoe het voorgestelde artikel 56c, derde lid, van de Wfsv in dit wetsvoorstel, en de toelichting daarbij. Het derde lid regelt voor de uitkeringsgrondslag verder de bevoegdheid om bij algemene maatregel van bestuur nadere en zo nodig afwijkende regels te stellen met betrekking tot periode waarover de winst uit onderneming respectievelijk winst uit Nederlandse onderneming wordt berekend. Die regels kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de startende zelfstandige die in het kalanderjaar voorafgaand aan het jaar waarin de eerste ziektedag ligt nog niet was aangevangen met de werkzaamheden en om die reden in dat voorliggende jaar geen winst uit onderneming genoot.

Vierde lid
In het vierde lid is geregeld dat de uitkeringsgrondslag ten hoogste 142,86% bedraagt van het wettelijk minimumloon per maand, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel b, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag, gedeeld door 21,75. Door het wettelijk 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 wettelijk minimumloon. In dit verband zij ook verwezen naar de toelichting bij artikel 42. Wanneer de winst uit onderneming gelijk of hoger is dan 142,86% van het wettelijk minimumloon, dan betreft het wettelijk minimumloon de uitkeringsgrondslag. Indien de winst uit onderneming lager is dan 142,86% van het wettelijk minimumloon dan betreft de winst uit onderneming de uitkeringsgrondslag.

Vijfde tot en met achtste lid
Het wettelijk minimumloon wordt in de regel tweemaal per jaar, per 1 januari en per 1 juli, geïndexeerd. Door in het vijfde 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 wettelijk minimumloon wordt herzien. Met het vijfde lid wordt ook bereikt dat de uitkeringsgrondslag die niet gelijk of hoger is dan 142,86% van het wettelijk minimumloon, maar die gebaseerd is op de winst uit onderneming, wordt herzien indien het wettelijk 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.

Negende lid
Het negende lid regelt de situatie waarin een persoon gelijktijdig werkzaam is als verzekerde in de zin van dit wetsvoorstel en als verzekerde in de zin van de Wet WIA, op hetzelfde moment uitvalt voor beide werkzaamheden en er een gelijktijdig recht ontstaat op een uitkering op grond van deze wet en WIA-uitkering. Zoals in paragraaf 5.6 van het algemene deel van de toelichting is vermeld, hebben verzekerden, mits de omvang van het totale inkomen verzekerd op grond van de Wet WIA en op grond van dit wetsvoorstel tezamen minimaal 142,86% van het wettelijk minimumloon bedraagt, reeds voorzien in een basisverzekering voor arbeidsongeschiktheid. Aangezien de verzekerde in deze situatie ook verzekerd is op grond van de Wet WIA wordt hiermee rekening gehouden bij het bepalen van de premiegrondslag (zie paragraaf 9.5 van de toelichting) en het bepalen van de uitkeringsgrondslag op grond van dit wetsvoorstel. Voor dergelijke gevallen regelt het negende lid dat de maximale uitkeringsgrondslag, bedoeld in het vierde lid, dient te worden verminderd met een bedrag dat gelijk is aan het dagloon dat aan de uitkering op grond van hoofdstuk 6 of hoofdstuk 7 van de Wet WIA ten grondslag ligt. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 6.1.2 en verder van de algemene toelichting. Voor zover de overeenkomstig het tweede lid voor de uitkeringsgrondslag in acht te nemen winst uit onderneming de verlaagde maximale uitkeringsgrondslag nog overstijgt, valt dat deel buiten die uitkeringsgrondslag.

Enkele voorbeelden ter verduidelijking, waarbij wordt uitgegaan van een maximale uitkeringsgrondslag, bedoeld in het vierde lid, ter hoogte van € 3.200 per maand, ofwel € 38.400 per jaar (de daadwerkelijke uitkeringsgrondslag wordt overigens berekend per dag).

- In de situatie waarin een persoon in het kalenderjaar voorafgaande aan de eerste ziektedag € 38.400 of meer aan inkomsten uit dienstbetrekking en bijvoorbeeld € 12.000 aan winst uit onderneming heeft genoten, heeft over de winst uit onderneming geen premieheffing plaatsgevonden. Bij de franchise (vrijstelling) voor de premieheffing zijn de inkomsten uit dienstbetrekking in mindering gebracht op de maximale premiegrondslag, waardoor laatstgenoemde is bepaald op nihil (€ 0). De overeenkomstig het tweede lid bepaalde uitkeringsgrondslag bedraagt in beginsel € 12.000. Ervan uitgaande dat het loon van die persoon nadien niet is gewijzigd (ook sprake van € 38.400 in de voor de Wet WIA geldende referteperiode), dient de maximale uitkeringsgrondslag, bedoeld in het vierde lid, echter te worden bepaald op nihil (€ 0).
- In de situatie waarin een persoon in het kalenderjaar voorafgaande aan de eerste ziektedag € 20.000 aan inkomsten uit dienstbetrekking en € 10.000 aan winst uit onderneming heeft genoten, heeft over de winst uit onderneming premieheffing plaatsgevonden. Bij de premieheffing zijn de inkomsten uit dienstbetrekking in mindering gebracht op de maximale premiegrondslag, waardoor de maximale premiegrondslag is bepaald op € 18.400. De overeenkomstig het tweede lid bepaalde uitkeringsgrondslag bedraagt € 10.000. Ervan uitgaande dat het loon van die persoon nadien niet is gewijzigd (ook sprake van € 20.000 in de voor de Wet WIA geldende referteperiode), dient de maximale uitkeringsgrondslag, bedoeld in het vierde lid, eveneens te worden bepaald op € 18.400. In dit geval wordt de overeenkomstig het tweede lid bepaalde uitkeringsgrondslag niet beperkt door de (gewijzigde) maximale uitkeringsgrondslag. De uitkeringsgrondslag blijft daarmee € 10.000.
- In de situatie waarin een persoon in het kalenderjaar voorafgaande aan de eerste ziektedag € 25.000 aan inkomsten uit dienstbetrekking en € 15.000 aan winst uit onderneming heeft genoten, heeft over

een deel van de winst uit onderneming premieheffing plaatsgevonden. Bij de premieheffing zijn de inkomsten uit dienstbetrekking in mindering gebracht op de maximale premiegrondslag, waardoor de maximale premiegrondslag is bepaald op € 13.400. Over € 1.600 aan winst uit onderneming heeft aldus geen premieheffing plaatsgevonden. De overeenkomstig het tweede lid bepaalde uitkeringsgrondslag bedraagt in beginsel € 15.000. Ervan uitgaande dat het loon van die persoon nadien niet is gewijzigd (ook sprake van € 25.000 in de voor de Wet WIA geldende referteperiode), dient de maximale uitkeringsgrondslag, bedoeld in het vierde lid, eveneens te worden bepaald op € 13.400. De overeenkomstig het tweede lid bepaalde uitkeringsgrondslag dient aldus te worden bepaald op € 13.400. Hier valt het deel van € 1.600 aan winst uit onderneming aldus buiten de uitkeringsgrondslag (de uitkeringsgrondslag kan immers niet hoger zijn dan de maximale uitkeringsgrondslag).

Tiende lid

Het tiende lid regelt enerzijds de situatie waarin een persoon gelijktijdig werkzaam is als verzekerde in de zin van dit wetsvoorstel en als verzekerde in de zin van de Wet WIA, maar alleen uitvalt voor de werkzaamheden als zelfstandige en (nog) niet voor de werkzaamheden als werknemer. Anderzijds kan de situatie zich voordoen dat de persoon eerst uitvalt voor de werkzaamheden als werknemer en gedurende de wachttijd tevens voor de werkzaamheden als zelfstandige. In deze gevallen ontstaat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering, na een wachttijd van 104 weken, eerder of later dan een eventueel recht op uitkering op grond van de Wet WIA. Dit kan zich overigens ook voordoen wanneer de persoon weliswaar voor beide werkzaamheden gelijktijdig is uitgevallen, maar het recht op WIA-uitkering pas later ontstaat vanwege een aan de werkgever opgelegde loonsanctie. In al deze gevallen zijn de inkomsten uit dienstbetrekking in de premieheffing over de winst uit onderneming betrokken (voor een nadere toelichting en voorbeelden, zie de toelichting bij het negende lid). In de uitkeringssituatie vertaalt zich dat door de maximale uitkeringsgrondslag, bedoeld in het vierde lid, te verminderen met een bedrag dat gelijk is aan het loon dat die persoon voor de werkzaamheden als werknemer ontving op die eerste ziektedag, voor zover dat loon als dagloon aan de toekenning van een uitkering op grond van hoofdstuk 6 of hoofdstuk 7 van de Wet WIA ten grondslag ligt of zou liggen als de persoon tevens arbeidsongeschikt is of zou zijn geworden in de zin van die wet.

Elfde lid

Het elfde lid regelt ten opzichte van het tiende de omgekeerde situatie waarin een zelfstandige op de eerste ziektedag al recht heeft op een uitkering op grond van hoofdstuk 6 of hoofdstuk 7 van de Wet WIA, een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de WAO, ziekengeld op grond van de ZW, uitkering op grond van hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 1, van de Wazo of een uitkering op grond van de WW. In dat geval wordt voor het vaststellen van de uitkeringsgrondslag het bedrag van genoemde uitkering in mindering gebracht op de maximale uitkeringsgrondslag. Het gaat daarbij om het bedrag van de genoemde uitkering dat van toepassing is op de dag voorafgaande aan de dag waarop het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel ontstaat.

Gecombineerde toepassing tiende en elfde lid

Het kan voorkomen dat bij het bepalen van de uitkeringsgrondslag op grond van dit wetsvoorstel blijkt dat een verzekerde zowel op de eerste ziektedag inkomsten uit dienstbetrekking heeft als een uitkering ontvangt op grond van de Wet WIA, de WAO, de ZW, de Wazo of de WW. Alsdan zijn zowel het tiende als het elfde lid van toepassing.

Het volgende voorbeeld dient ter verduidelijking, waarbij wordt uitgegaan van een maximale uitkeringsgrondslag, bedoeld in het vierde lid, ter hoogte van € 3.200 per maand, ofwel € 38.400 per jaar (de daadwerkelijke uitkeringsgrondslag wordt overigens berekend per dag).

- Een persoon heeft wegens gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid een WIA-uitkering van € 12.000 per jaar. Daarnaast werkt de persoon een aantal uren per week in loondienst en verdient daarmee € 8.000 per jaar. Naast die uitkering en dat loon werkt die persoon nog als zelfstandige en behaalt daarmee een winst uit onderneming van € 25.000 per jaar. De persoon valt uit voor laatstgenoemde werkzaamheden en wordt uiteindelijk als arbeidsongeschikt beoordeeld. Alsdan wordt op grond van het tiende lid de maximale uitkeringsgrondslag, bedoeld in het vierde lid, verminderd met € 8.000 (dat bij de beoordeling van het recht op uitkering op grond van hoofdstuk 6 of hoofdstuk 7 van de Wet WIA zou zijn betrokken als die persoon tevens arbeidsongeschikt zou zijn geworden in de zin van die wet). Daarnaast wordt op grond van het elfde lid de maximale uitkeringsgrondslag nog verder verminderd met het bedrag van de WIA-uitkering, zijnde € 12.000. Een maximale uitkeringsgrondslag van € 18.400 op jaarbasis resteert. De overeenkomstig het tweede lid bepaalde uitkeringsgrondslag dient dan aldus te worden bepaald op € 18.400 (de uitkeringsgrondslag kan immers niet hoger zijn dan de maximale uitkeringsgrondslag).

Twaalfde lid
In het twaalfde lid wordt geregeld dat vakantie-uitkeringen worden meegerekend in de berekening op grond van het negende tot en met elfde lid.

Artikel 41. Vaststelling uitkeringsgrondslag bij later ontstaan, herleving of uitsluiting van tweede recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering

Eerste en derde lid
Als er na het einde van de wachttijd geen recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering is ontstaan omdat de verzekerde niet arbeidsongeschikt was dan kan dat recht later alsnog ontstaan. Op grond van artikel 37, eerste lid, heeft de verzekerde recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering indien die verzekerde binnen vijf jaar na het einde van de wachttijd alsnog arbeidsongeschikt wordt en de arbeidsongeschiktheid voortkomt uit dezelfde oorzaak als op grond waarvan die verzekerde gedurende de wachttijd ongeschikt was voor de eigen arbeid dan wel binnen vier weken na het einde van de wachttijd alsnog arbeidsongeschikt wordt en de arbeidsongeschiktheid voortkomt uit een andere oorzaak als op grond waarvan die verzekerde gedurende de wachttijd ongeschikt was voor de eigen arbeid.
Hiernaast kan de voor een verzekerde geëindigd recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering omdat die verzekerde niet langer arbeidsongeschikt is, op grond van artikel 39, eerste lid, herleven, indien die verzekerde binnen vijf jaar respectievelijk vier weken na het geëindigde recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering opnieuw arbeidsongeschikt wordt.

In deze gevallen geldt voor de verzekerde een garantie voor de uitkeringsgrondslag. De uitkeringsgrondslag wordt niet lager vastgesteld dan de uitkeringsgrondslag zoals die per einde wachttijd zou zijn vastgesteld dan wel de uitkeringsgrondslag die voor de berekening van de laatstelijk ontvangen arbeidsongeschiktheidsuitkering in aanmerking werd genomen, geïndexeerd naar de datum waarop het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering (weer) bestaat. Voor andere gevallen waarin het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op een later moment ontstaat of herleeft geldt de garantie voor de uitkeringsgrondslag niet.

De berekening van de uitkeringsgrondslag geschiedt verder overeenkomstig artikel 40, ook indien dat recht later ontstaat of een eerder geëindigd recht herleeft. Op grond van het derde lid wordt voor de toepassing van het eerste lid in artikel 40, tweede lid, onder het kalenderjaar onmiddellijk voorafgaand aan het intreden van de ongeschiktheid voor de eigen arbeid verstaan: het kalenderjaar onmiddellijk voorafgaand aan het intreden van de arbeidsongeschiktheid.

Tweede en vierde lid
Op grond van artikel 32 kan een verzekerde slechts aanspraak maken op één uitkeringsrecht (zie in verband hiermee ook paragraaf 5.5 van het algemene deel van de toelichting). Een verzekerde die al recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, die werkt als zelfstandige of als werknemer en ziek wordt voor deze (nieuwe) arbeid, komt daarom niet in aanmerking voor een tweede arbeidsongeschiktheidsuitkering bij latere arbeidsongeschiktheid. In dat geval wordt echter wel de uitkeringsgrondslag van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering opnieuw vastgesteld, indien dat leidt tot een hogere uitkeringsgrondslag. Op deze wijze kunnen de laatstelijk genoten inkomsten worden meegeteld bij de berekening van de uitkeringsgrondslag van het moment dat het tweede uitkeringsrecht zou ontstaan. Indien op de eerste dag van de wachttijd een eerder geëindigd recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van artikel 39, eerste lid, herleeft dan zal de uitkeringsgrondslag overigens reeds op grond van het eerste en derde lid opnieuw zijn berekend.

De berekening van de uitkeringsgrondslag geschiedt verder overeenkomstig artikel 40. Op grond van het vierde lid wordt voor de toepassing van het tweede lid in artikel 40, tweede lid, onder het kalenderjaar onmiddellijk voorafgaand aan het intreden van de ongeschiktheid voor de eigen arbeid verstaan: het kalenderjaar onmiddellijk voorafgaand aan het kalenderjaar waarin de ziekte, het gebrek, de zwangerschap of de bevalling, die tot het ontstaan van een tweede recht op uitkering zou hebben geleid, is ingetreden.

Artikel 42. 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 dit wetsvoorstel 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 43. Aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering

Eerste en vierde lid

Het UWV stelt op aanvraag vast of recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel 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 een 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.

Tweede lid
Op grond van het tweede lid is het UWV verplicht om een verzekerde uiterlijk 89 weken nadat de wachttijd is aangevangen op de hoogte te brengen van de mogelijkheid tot het doen van een aanvraag.

Derde 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 of d 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.

Vijfde lid
Een laat ingediende aanvraag leidt niet tot verlies van aanspraken van de verzekerde, tenzij de aanvraag meer dan 52 weken na het ontstaan van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering is ingediend. Het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering kan niet met een terugwerkende kracht van meer dan 52 weken voorafgaand aan de dag waarop de aanvraag om uitkering werd ingediend, worden vastgesteld. Het UWV kan hiervan in bijzondere gevallen afwijken. Van een bijzonder geval kan sprake zijn indien de verzekerde wat betreft de late aanvraag redelijkerwijs niet kan worden geacht in verzuim te zijn geweest (voor een toelichting hierop wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 17, tweede lid).

Voor de goede orde zij opgemerkt dat het vijfde lid er eveneens op ziet dat de herleving of het later ontstaan van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering niet vroeger kan ingaan dan 52 weken voorafgaand aan de dag waarop de aanvraag om arbeidsongeschiktheidsuitkering is ingediend.

Omdat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering verder niet alleen op aanvraag kan worden vastgesteld, maar ook ambtshalve, is het lid eveneens van toepassing wanneer geen sprake is van een aanvraag. In dat geval kan het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering niet vroeger ingaan dan 52 weken voorafgaand aan de dag waarop het UWV dat recht heeft vastgesteld.

Paragraaf 6.2 De betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering door het UWV

Artikel 44. 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 diens 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 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.

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 45. 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 de persoon feitelijk buiten Nederland woont of verblijf houdt en aan de overige voorwaarden voor het recht op uitkering voldoet.

Artikel 46. 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 47. 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 schriftelijk bezwaar maakt wordt de uitkering door het UWV aan de wettelijke vertegenwoordiger uitbetaald.

Artikel 48. 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 accommodatie waar de uitkeringsgerechtigde 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 accommodatie 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 49. Betaling in geval van samenloop
In dit artikel is een delegatiebepaling opgenomen met het oog op samenloop tussen een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel en uitkeringen op grond van de sociale wetgeving van Aruba, Curaçao, Sint Maarten, de sociale wetgeving van Nederland ten behoeve van de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba of van een andere Mogendheid.

Artikel 50. 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 83 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 dat de overlijdensuitkering voortijdig eindigt. Dat zou het geval kunnen zijn wanneer een verzekerde op 1 januari overlijdt terwijl de verzekerde 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.

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 51. 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 52. Intrekking en herziening beschikkingen

Dit artikel regelt dat het UWV beschikkingen op grond van dit wetsvoorstel in voorgeschreven gevallen intrekt of herziet (vergelijk artikel 76 van de Wet WIA). 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, onderdeel 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 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 wanneer sprake is van dringende redenen. Dringende redenen kunnen zich afzonderlijk bij terugvordering voordoen, wanneer reeds een intrekkings- of herzieningsbesluit is genomen.

Artikel 53. 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 de uitkering is betaald, ook indien dat door tussenkomst van derden heeft plaatsgevonden. Een terugvordering van willekeurige derden die bijvoorbeeld als gevolg van 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 dit wetsvoorstel. In dat geval zal op de voet van het Burgerlijk Wetboek 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 60). 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 52).

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 (in een bepaalde mate) aan diens betalingsverplichtingen heeft voldaan. 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 52, derde lid.

Zesde lid
Met het zesde lid wordt de eerdergenoemde hoofdregel uit het eerste lid omgedraaid. In het geval een persoon arbeidsongeschikt wordt bevonden kan aanleiding bestaan om de arbeidsongeschiktheidsuitkering eerst bij wijze van voorschot te verstrekken, indien de aanslag inkomstenbelasting, waaruit zal blijken of de persoon in het kalenderjaar waarin de eerste ziektedag is gelegen winst uit onderneming had en dus verzekerde op grond van dit wetsvoorstel was, nog niet definitief maar voorlopig is vastgesteld. Indien bij definitieve aanslag blijkt dat in het betreffende kalenderjaar geen sprake was van verzekerde arbeid omdat de persoon resultaat uit overige werkzaamheden genoot, is de arbeidsongeschiktheidsuitkering, die bij wijze van voorschot is verstrekt, onverschuldigd betaald. In een dergelijk geval wordt afgezien van terugvordering, tenzij:

- de persoon in het kalenderjaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarin de persoon ongeschikt werd voor de eigen arbeid geen winst uit onderneming genoot;
- de persoon wist of behoorde te weten dat over het kalenderjaar waarin de persoon ongeschikt werd voor de eigen arbeid resultaat uit overige werkzaamheden werd genoten; of
- de inspecteur van de Belastingdienst de persoon, in verband met het niet tijdig doen van aangifte van de inkomstenbelasting over het kalenderjaar waarin de persoon ongeschikt werd voor de eigen arbeid, een bestuurlijke (verzuim)boete heeft opgelegd en die boete onherroepelijk is geworden.

Of de persoon in het kalenderjaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarin die persoon ongeschikt werd voor de eigen arbeid winst uit onderneming genoot, zal blijken uit een definitieve aanslag inkomstenbelasting over dat voorliggende jaar. Dat kan worden vastgesteld op het moment dat aan de uitzonderingen van dit lid wordt getoetst. De definitieve aanslag over het voorliggende jaar hoeft aldus

niet reeds te zijn opgelegd in het jaar waarin de verzekerde ongeschikt werd voor de eigen arbeid. Indien bij toetsing aan de uitzonderingen van dit lid (nog) niet bij definitieve aanslag is vastgesteld dat de persoon in het voorliggende jaar daadwerkelijk winst uit onderneming had, valt de persoon onder de eerste uitzondering en kan er dus niet op grond van dit lid worden afgezien van terugvordering. Indien de persoon in het voorliggende jaar winst uit onderneming genoot is het in beginsel ook aannemelijk dat de persoon ervan mocht uitgaan dat in het kalenderjaar waarin in de eerste ziektedag lag winst uit onderneming zou worden genoten. Dat zal echter niet het geval zijn wanneer uit (andere) objectieve gegevens blijkt dat de persoon wist of behoorde te weten dat geen winst uit onderneming werd genoten en daarmee ten onrechte aanspraak maakte op voorschotten op de arbeidsongeschiktheidsuitkering. In een dergelijk geval valt de persoon onder de tweede uitzondering. Met de derde uitzondering wordt tot slot voorkomen dat van terugvordering wordt afgezien terwijl de persoon, blijkens een door de inspecteur van de Belastingdienst opgelegde boete, de periode waarin nog onduidelijkheid bestond over de verzekeringsplicht door diens toedoen onnodig heeft verlengd en daarmee ook de periode waarin voorschotten onverschuldigd zijn betaald. Voor een nadere toelichting wordt tot slot verwezen naar paragraaf 11.3.2.

Zevende lid
Diegene van wie wordt teruggevorderd is verplicht desgevraagd aan het UWV de inlichtingen te verstrekken die voor de terugvordering van belang zijn.

Achtste 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 54. 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 63, dat de invordering van bestuurlijke boetes regelt, van overeenkomstige toepassing is op de invordering van onverschuldigd betaalde uitkering. Het gaat daarbij kort samengevat om verrekening of zogenoemde pseudo-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 worden vastgesteld, indien degene van wie wordt teruggevorderd drie jaar lang een inkomen heeft op het niveau van de beslagvrije voet.

Artikel 55. 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 56. 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 53, 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 57. Preferentie
Met dit artikel wordt geregeld dat aan vorderingen op grond van dit wetsvoorstel 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 58. 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 59. 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 60. Maatregelen
Op grond van dit artikel dient het UWV de betaling van een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van dit wetsvoorstel 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 ziekmeldt, 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 62 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 de verzekerde recht op had of had kunnen hebben indien de verzekerde diens particuliere verzekeringsovereenkomst, bedoeld in artikel 11 en artikel 74, niet voortijdig had beëindigd, en zich vervolgens bij het UWV heeft ziekgemeld en uiteindelijk een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvraagt. In het verlengde hiervan kan van benadeling ook sprake zijn indien de verzekerde onder deze omstandigheden op diens verzoek de ontheffing als bedoeld in artikel 11 beëindigt om (eveneens) een arbeidsongeschiktheidsuitkering via de publieke verzekering te verkrijgen.

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 61.

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, 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.

Artikel 61. 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 62 wordt opgelegd.

Artikel 62. 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 diens 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. Geïnde boetes komen ten gunste van het met dit wetsvoorstel op te richten Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Zie voor een nadere toelichting hierop de toelichting bij de voorgestelde artikelen 118b en 118c van de Wfsv.

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 worden 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 dit wetsvoorstel. De inlichtingenverplichtingen op grond van de werknemersverzekeringswetten en de Wajong 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 die zijn 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 diens 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.

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 62, 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 55.

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 ertoe 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 63. 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 64. In kennis stellen re-integratiebedrijf in geval van een sanctie
In dit artikel wordt (net als in artikel 97a van de Wet WIA, artikel 29i van de WAO en artikel 54b van de WAZ) geregeld dat het UWV, indien het een verzekerde een maatregel of boete heeft opgelegd, het re-integratiebedrijf dat werkzaamheden ten behoeve van die verzekerde verricht, voor zover dat noodzakelijk is, daarvan op de hoogte stelt.

Hoofdstuk 8. Invloed van de verzekering op het burgerlijk recht

Artikel 65. Samenloop aanspraken
Met dit artikel wordt voorkomen dat de uitkeringsgerechtigde, wanneer de arbeidsongeschiktheid is ontstaan door toedoen van een ander, naast diens rechten uit hoofde van dit wetsvoorstel nog een volledige schadevergoeding naar burgerlijk recht zou kunnen verkrijgen. 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 dit wetsvoorstel heeft.

Artikel 66. 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 dit wetsvoorstel heeft (op grond van artikel 65). 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. Dit is te rechtvaardigen omdat re-integratie tot doel heeft de verzekerde zo snel mogelijk weer aan het werk te helpen waardoor de inkomensschade wordt beperkt. Hierbij geldt als uitgangspunt dat de redelijke kosten kunnen worden verhaald van *alle* maatregelen die in het kader van de re-integratie zijn genomen. De woorden “redelijke kosten” zien aldus niet op de vraag of de genomen maatregelen redelijkerwijs verantwoord waren, maar uitsluitend op de hoogte van de met de maatregelen gemoeide kosten (zie in verband hiermee Kamerstukken II 2006/07, 31087, nr. 3).

Hoofdstuk 9. Bepalingen in verband met de Algemene wet bestuursrecht

Paragraaf 9.1 Bijzondere beslistermijnen

Artikel 67. 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 68. 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 69. Bijzondere beslistermijn ongeschiktheid voor de eigen arbeid
Een beschikking over de vraag of de verzekerde wegens ziekte ongeschikt is voor de eigen 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 15.3.2 van het algemene deel van de memorie van 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.

Artikel 70. Bijzondere beslistermijn beëindiging ontheffing
Ingeval van een beschikking tot beëindiging van een ontheffing, bedoeld in artikel 14, beschikt het UWV binnen twee weken na de ontvangst van de melding dan wel de aanvraag, bedoeld in het eerste en tweede lid van dat artikel. Dit zorgt ervoor dat de verzekerde en de verzekeraar snel duidelijkheid hebben over hun verplichtingen op grond van dit wetsvoorstel.

Bij een beschikking tot beëindiging van een ontheffing omdat de verzekeraar verzaakt de stabiliteitsbijdrage te betalen, bedoeld in artikel 15, tweede lid, beschikt het UWV binnen twee weken na afloop van de periode van vier weken, bedoeld in dat lid. Ook hierbij geldt dat dit ervoor zorgt dat de verzekerde en de verzekeraar snel duidelijkheid hebben over hun verplichtingen op grond van dit wetsvoorstel.

Paragraaf 9.2 Beslistermijnen in bezwaar

Artikel 71. 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 72. 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 73. Beroep in cassatie
Met betrekking tot beslissingen in verband met de heffing en inning van premie, het collecterende proces, staat op grond van de Wfsv 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.

Hoofdstuk 10. Overgangsrecht

Artikel 74. Overgangsrecht in verband met de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering
Dit artikel regelt het overgangsrecht voor personen die van de verplichte publieke verzekering wensen te worden ontheven in verband met een particuliere verzekeringsovereenkomst, die reeds voor een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip is gesloten (hierna: de peildatum). Aan deze

verzekeringsovereenkomst worden andere voorwaarden gesteld en dus een andere ondergrens dan aan de verzekeringsovereenkomst die op of na de peildatum is gesloten en waarvoor artikel 11 als grondslag voor het verlenen van de ontheffing dient.

Eerste lid
Het eerste lid regelt de voorwaarden waaraan de verzekeringsovereenkomst op de peildatum dient te voldoen (zie in dit verband ook de toelichting bij het tweede lid).

Allereerst is in de aanhef van het eerste lid, evenals in artikel 11, eerste lid, tot uitdrukking gebracht dat de verzekeringsovereenkomst, die reeds voor de peildatum is gesloten, als doel dient te hebben de persoon een periodieke uitkering te verlenen ter bescherming van derving van inkomen als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Het vereiste doel van de verzekeringsovereenkomst en de aan de verzekeringnemer te bieden bescherming tegen inkomensderving zijn in het kader van het overgangsrecht dus niet anders (voor een nadere toelichting hierop zie de toelichting bij artikel 11, eerste lid). Met de zinsnede “behoudens de toepassing van een uitsluitingsgrond” wordt tot uitdrukking gebracht dat aan de toekenning van de uitkering een uitsluitingsgrond in de weg kan staan. In dit verband kan de verzekeringsovereenkomst op de peildatum voorwaarden bevatten die niet hoeven te voldoen aan de in artikel 11, eerste lid, onderdeel c, gestelde voorwaarde. Dat betekent bijvoorbeeld dat het recht op uitkering kan zijn uitgesloten wanneer de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een uitgesloten ziekte of gebrek, of bijvoorbeeld doordat er sprake is van roekeloosheid in de zin van artikel 7:929 BW. Verder stelt het overgangsrecht voor de betreffende verzekeringsovereenkomst beperktere voorwaarden voor een minimale dekking dan dat op grond van artikel 11 voor de reguliere ontheffing van toepassing is. Deze voorwaarden betreffen het minimaal te hanteren arbeidsongeschiktheidscriterium (onderdeel a), de maximale wachttijd (onderdeel b) en de minimale duur van het recht op uitkering (onderdeel c). Deze voorwaarden vormen gezamenlijk de ondergrens voor de verzekeringsoverkomst op grond waarvan een ontheffing onder overgangsrecht kan worden aangevraagd. Deze voorwaarden dienen, evenals op grond van artikel 11, eerste lid, in onderling verband en samenhang te worden bezien. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar paragraaf 12.2 van het algemene deel van de toelichting.

Onderdeel a
Onderdeel a ziet op het ten minste te hanteren arbeidsongeschiktheidscriterium. Dit onderdeel sluit aan bij de onder artikel 11, eerste lid, onderdeel a, gestelde voorwaarde, met dien verstande dat voor het overgangsrecht bescherming tegen de gevolgen van arbeidsongeschiktheid wegens zwangerschap en bevalling geen vereiste is. Evenals bij artikel 11, eerste lid, is toegelicht, zal in de verzekeringsovereenkomst veelal een ander arbeidsongeschiktheidscriterium worden gehanteerd, bijvoorbeeld ongeschiktheid voor de eigen arbeid of arbeidsongeschiktheid op basis van een procentueel verlies aan arbeidsvermogen. Dergelijke criteria bieden in de regel een eerder recht op uitkering dan het uit hoofde van dit artikel ten minste te hanteren arbeidsongeschiktheidscriterium. Indien de mate van arbeidsongeschiktheid echter gelijk te stellen is aan het niet kunnen verdienen van het wettelijk 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. Dit onderdeel sluit aan bij de in dit wetsvoorstel gehanteerde wachttijd. Dit onderdeel sluit in zoverre ook aan bij de onder artikel 11, eerste lid, onderdeel b, gestelde voorwaarde. In de verzekeringsovereenkomst hoeft geen sprake te zijn van een wachttijd. Ook kan aan de verzekering een wachttijd zijn verbonden die korter is dan de in dit wetsvoorstel bepaalde duur van 104 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 104 weken.

Onderdeel c
Onderdeel c ziet op de minimale duur van het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid als bedoeld in onderdeel a. Het recht op uitkering dient, behoudens een eventuele uitsluitingsgrond, te worden verstrekt tot de dag waarop van arbeidsongeschiktheid niet langer sprake is of ten minste tot de dag waarop de persoon de 55-jarige leeftijd bereikt. Een verzekeringsovereenkomst die geen specifieke eindleeftijd kent maar een maximale uitkeringsduur, kan ook voldoen aan de in dit onderdeel gestelde voorwaarde, mits op de peildatum met de maximale uitkeringsduur de 55-jarige leeftijd wordt bereikt. Anders dan de op grond van artikel 11, eerste lid, onderdeel d, gestelde voorwaarde is dus niet vereist dat de uitkering pas dient te eindigen op de dag waarop de persoon de pensioengerechtigde leeftijd bereikt.

Voor het overige worden aan de verzekeringsovereenkomst die is gesloten voor de peildatum geen voorwaarden gesteld. Naast eerdergenoemde uitsluitingsgronden, is de verzekeringsovereenkomst op de peildatum zodoende ook gevrijwaard van voorwaarden over de minimale hoogte van de uitkering en de minimaal te bepalen premie als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdelen e tot en met i.

Tweede lid
Het tweede lid regelt de voorwaarden waaraan de verzekeringsovereenkomst op het tijdstip van inwerkingtreding van artikel 11, met ingang waarvan de ontheffing onder overgangsrecht wordt verleend, blijvend dient te voldoen (zie in dit verband ook de toelichting bij het vierde lid).

In de aanhef van het tweede lid is ten eerste met de zinsnede “onverminderd het eerste lid” tot uitdrukking gebracht dat de verzekeringsovereenkomst ook op het tijdstip waarop artikel 11 in werking treedt, het tijdstip met ingang waarvan de ontheffing onder overgangsrecht wordt verleend, dient te voldoen aan de voorwaarden die in het eerste lid zijn gesteld. Dat betekent dat in de periode tussen de peildatum tot aan het tijdstip van inwerkingtreding van artikel 11 kan worden afgeweken van de voorwaarden die in het eerste lid zijn gesteld, anders dan dat de verzekeringsovereenkomst in de periode tussen de peildatum en inwerkingtreding moet hebben voortbestaan. In aanvulling hierop dient de verzekeringsovereenkomst op het tijdstip waarop artikel 11 in werking treedt ook aan de in het tweede lid, onderdelen a en b, geregelde voorwaarden te voldoen. Hiermee wordt beoogd te voorkomen dat de verzekeringsovereenkomst op het tijdstip met ingang waarvan de ontheffing wordt verleend, ten opzichte van de verzekeringsovereenkomst op de peildatum, zodanig gewijzigd is dat die minder of in mindere mate dekking biedt dan de voorwaarden in artikel 11, eerste lid, onderdelen c tot en met f.

Onderdeel a
Bij het eerste lid is reeds toegelicht dat de verzekeringsovereenkomst op de peildatum in geval van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, uitsluitingsgronden kan bevatten die niet hoeven te voldoen aan de in artikel 11, eerste lid, onderdeel c, gestelde voorwaarde. Met het tweede lid, onderdeel a, wordt geregeld dat de verzekeringsovereenkomst op het tijdstip met ingang waarvan de ontheffing wordt verleend wel dient te voldoen aan de voorwaarde overeenkomstig artikel 11, eerste lid, onderdeel c, behoudens uitsluitingsgronden die reeds deel uitmaakten van de verzekeringsovereenkomst op de peildatum. Anders gezegd, op het tijdstip met ingang waarvan de ontheffing wordt verleend dient de verzekeringsovereenkomst dus geen nieuwe uitsluitingsgronden te bevatten die niet voldoen aan de in artikel 11, eerste lid, onderdeel c, gestelde voorwaarde.

Onderdeel b

Bij het eerste lid is reeds toegelicht dat de verzekeringsovereenkomst op de peildatum in geval van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, gevrijwaard is van voorwaarden over de minimale hoogte van de uitkering en de minimaal te bepalen premie als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdelen e tot en met i. Ook kan in de verzekeringsovereenkomst op de peildatum een zogenoemde technische eindleeftijd of een maximale uitkeringsduur zijn geregeld die voldoet aan het eerste lid, onderdeel c, en die dus niet als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel d, meebeweegt met de pensioengerechtigde leeftijd zoals die op grond van de AOW voor ieder kalenderjaar wordt berekend. Niettemin kunnen in de verzekeringsovereenkomst op de peildatum voorwaarden zijn neergelegd die reeds voldoen aan één of meer van de in artikel 11, eerste lid, onderdelen d, e of f, gestelde minimale voorwaarden. Is dat het geval dan dient de verzekeringsovereenkomst ook op het tijdstip met ingang waarvan de ontheffing wordt verleend blijvend aan deze minimale voorwaarden te voldoen. Die minimale voorwaarden maken alsdan deel uit van de in dit artikel geregelde ondergrens wat betekent dat er, ook na het besluit tot ontheffing, geen ruimte is voor een lagere dekking dan op grond van die voorwaarden is voorgeschreven. In dit verband zij voor de goede orde nog opgemerkt dat wijziging van de verzekeringsovereenkomst die reeds voldoet aan de voorwaarde, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel e, onder 1, naar de voorwaarde als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel e, onder 2 (bijvoorbeeld vanwege een gewenste franchise), of omgekeerd, wel is toegestaan.
Indien de verzekeringsovereenkomst op de peildatum niet reeds voldeed aan één of meer van de in artikel 11, onderdelen d, e of f geregelde minimale voorwaarden, dan kan op het tijdstip met ingang waarvan de ontheffing wordt verleend evenmin verder zijn afgeweken van de in artikel 11, eerste lid, onderdelen d, e of f, geregelde minimale voorwaarden. Is daarvan wel sprake dan heeft dit tot gevolg dat er geen ontheffing kan worden verleend.

Derde lid
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. Ook in geval van een ontheffing onder overgangsrecht dient de verzekeraar aldus te verklaren dat de betreffende verzekeringsovereenkomst aan het in dit kader geregelde minimale dekkingsvereiste voldoet en daarom als basis kan dienen om van de verplichte publieke verzekering te worden ontheven. De mogelijkheid tot het doen van een aanvraag voor een ontheffing onder overgangsrecht is verder begrensd. Een aanvraag voor een ontheffing onder overgangsrecht dient binnen dertien weken na de inwerkingtreding van artikel 11 te zijn ingediend. Wordt de aanvraag te laat ingediend dan dient voor de ontheffing artikel 11 als grondslag te worden toegepast.

Vierde lid
Het vierde lid regelt de meldplicht voor de verzekeraar indien de verzekeringsovereenkomst, nadat de ontheffing is verleend, eindigt of dusdanig wijzigt dat niet langer aan de voorwaarden van het eerste en tweede lid wordt voldaan. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 13.

Vijfde tot en met tiende lid
Leden vijf tot en met tien regelen voor verschillende situaties de datum waarop een ontheffing wordt beëindigd. Achtereenvolgens betreft het de datum van beëindiging van de ontheffing in geval van:

- een relevante melding van de verzekeraar als bedoeld in het vierde lid (voor een nadere toelichting zie de toelichting bij artikel 14, eerste lid);
- een relevante aanvraag door een persoon als bedoeld in het eerste lid (voor een nadere toelichting zie de toelichting bij artikel 14, tweede lid);

- het bereiken van de in de verzekeringsovereenkomst bepaalde technische eindleeftijd als bedoeld in het eerste lid, onderdeel c (in welk geval de persoon, indien de persoon weer tot de kring van verplicht publiek verzekerden behoort, voor het restant van dat kalenderjaar geen publieke premie hoeft te betalen; voor een nadere toelichting zie de toelichting bij de voorgestelde artikelen 56b, vijfde lid, en 122t, vierde lid, van de Wfsv);
- faillissement van de verzekeraar of een kennelijke hardheid (in welk geval de persoon, indien de persoon weer tot de kring van verplicht publiek verzekerden behoort, voor het restant van dat kalenderjaar geen publieke premie hoeft te betalen; voor een nadere toelichting zie de toelichting bij artikel 14, derde lid, van dit wetsvoorstel, en de voorgestelde artikelen 56b, vijfde lid, en 122t, vierde lid, van de Wfsv);
- overgang naar een andere verzekeraar op basis van een nieuwe verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 11, eerste lid (voor een nadere toelichting zie de toelichting bij artikel 14, vierde lid);
- het door de verzekeraar niet nakomen van de plicht tot betaling van de stabiliteitsbijdrage (in welk geval de persoon, indien de persoon weer tot de kring van verplicht publiek verzekerden behoort, voor het restant van dat kalenderjaar geen publieke premie hoeft te betalen; voor een nadere toelichting zie de toelichting bij artikel 15 van dit wetsvoorstel, en de voorgestelde artikelen 56b, vijfde lid, en 122t, eerste en vierde lid, van de Wfsv).

Artikel 75. 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 80 en 81 is toegelaten tot de vrijwillige verzekeringen van de ZW en/of de Wet WIA. Het in het eerste lid geregelde overgangsrecht sluit aan bij het overgangsrecht voor die bepalingen. Zolang de zelfstandige als vrijwillig verzekerd voor de Wet WIA wordt beschouwd (met inachtneming van nawerking) en/of ongeschikt is voor passende arbeid in het kader van een vrijwillige verzekering voor de ZW, raakt de zelfstandige op grond van het hier geregelde overgangsrecht niet verplicht verzekerd op grond van dit wetsvoorstel. Zie in verband hiermee verder de toelichting bij de betreffende overgangsrechtartikelen. Op grond van het tweede lid is de zelfstandige wiens verzekering als bedoeld in het eerste lid eindigt na 1 januari van een kalenderjaar gedurende dat kalenderjaar, in afwijking van artikel 7, eerste lid, niet verzekerd op grond van dit wetsvoorstel. Hiermee wordt beoogd te voorkomen dat een zelfstandige die winst uit (Nederlandse) onderneming geniet na het eindigen van genoemde vrijwillige verzekering direct aansluitend verzekerd wordt op grond van dit wetsvoorstel. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 12.2.5.

Hoofdstuk 11. Wijziging van andere wetten

Artikel 76. 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 dit wetsvoorstel 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 algemene 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.

Artikel 77. 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.

Onderdeel A (wijziging 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.

Onderdeel B (wijziging artikel 2)
De wijziging van artikel 2 geeft een definitie van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen. Uit deze definitie blijkt 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.

Onderdeel C (wijziging opschrift hoofdstuk 3)
In het opschrift 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.

Onderdeel D (wijziging opschrift hoofdstuk 3, afdeling 4, paragraaf 1)
In hoofdstuk 3 vervalt de rijksbijdrage aan het Arbeidsongeschiktheidsfonds. Zie daarvoor de wijziging in dit wetsvoorstel waarmee hoofdstuk 3, afdeling 4, paragraaf 5, vervalt. Om die reden dient het woord ‘rijksbijdrage’ ook te vervallen uit het opschrift van paragraaf 1 van hoofdstuk 3, afdeling 4.

Onderdelen E (wijziging artikel 33) en F (vervallen hoofdstuk 3, afdeling 4, paragraaf 5)
De rijksbijdrage in artikel 39 van de Wfsv dient met dit wetsvoorstel te vervallen. Deze rijksbijdrage komt ten gunste van het Arbeidsongeschiktheidsfonds ten behoeve van de kosten van de uitkeringen voor zwangere zelfstandigen, beroepsbeoefenaren op arbeidsovereenkomst en partners als bedoeld in de artikelen 3:17 en 3:18, tiende en elfde lid, van de Wazo. De kosten voor deze uitkeringen zullen voortaan ten laste komen van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. De rijksbijdrage in artikel 39 van de Wfsv is daarom niet meer nodig. Het vervallen van deze rijksbijdrage vindt plaats door het vervallen van hoofdstuk 3, afdeling 4, paragraaf 5, van de Wfsv, waarmee ook artikel 39 van de Wfsv vervalt. Ook de verwijzingen naar deze rijksbijdrage in artikel 33 komen te vervallen.

Dit wetsvoorstel introduceert tevens een nieuwe rijksbijdrage ten behoeve van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Deze nieuwe rijksbijdrage is opgenomen in het voorgestelde artikel 56h van de Wfsv. Die rijksbijdrage is wel beperkter dan de huidige rijksbijdrage uit artikel 39, en wordt uitsluitend verstrekt ten behoeve van de genoemde personen bedoeld in artikel 3:17, eerste lid,

onderdeel a en onderdeel b, onder 3° tot en met 6°, van de Wazo, en voor de partners, bedoeld in artikel 3:18, tiende en elfde lid, van die wet. Zie hiervoor nader de toelichting bij het voorgestelde artikel 56h.

Onderdeel G (invoeging 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 twee andere 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 algemene deel van deze toelichting. Deze middelen worden verkregen door het heffen van premie en van een stabiliteitsbijdrage (voor de publieke uitkeringslasten aan de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, het vormen van een rentehobbelvermogen, de uitgaven aan Wazo-uitkeringen bij zwangerschap voor zelfstandigen die onder de kring van verzekerden van dit wetsvoorstel vallen, re-integratiekosten en uitvoeringskosten; zie hiervoor nader de paragrafen 9.6.2, 10.3, 17.1, 17.5 en 17.7 van het algemene deel van deze toelichting), en door middel van rijksbijdragen (voor de lasten ten behoeve van de Wazo-uitkeringen bij zwangerschap voor groepen werkenden die geen werknemer zijn en niet onder de kring van verzekerden van dit wetsvoorstel vallen, en voor de lasten ten behoeve van de WAZ, zie de voorgestelde artikelen 56h en 56i van de Wfsv).

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.

Eerste lid
Aan verzekerden (dus alleen de publiek verzekerde zelfstandigen) wordt in het eerste lid een premieplicht opgelegd. De premieplicht stopt bij recht op uitkering op grond van dit wetsvoorstel.

Tweede lid
Aan private verzekeraars wordt in het tweede lid een plicht tot afdracht van een stabiliteitsbijdrage opgelegd. 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, zo lang die verzekeringsovereenkomst niet is geëindigd. Het is dus voor de plicht tot afdracht van de stabiliteitsbijdrage niet vereist dat de persoon die ontheven is van de verplichte verzekering (blijvend) zelfstandige is als bedoeld in artikel 9 van 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.

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 algemene deel van deze toelichting en de artikelsgewijze toelichting bij de artikelen 11 tot en met 15.

Derde lid
Het derde lid bepaalt dat de plicht tot afdracht van de stabiliteitsbijdrage vervalt met ingang van de dag waarop de verzekeringsovereenkomst zodanig is gewijzigd dat deze niet meer voldoet aan de voorwaarden uit artikel 11 van dit wetsvoorstel, of is geëindigd. Daarbij geldt wel dat de stabiliteitsbijdrage in ieder geval verschuldigd is tot en met de datum waarop de melding is gedaan, bedoeld in artikel 13, eerste lid, van dit wetsvoorstel. Dit betreft de melding van de verzekeraar dat de verzekeringsovereenkomst, waarop een ontheffing gebaseerd is, zodanig wijzigt dat deze niet meer voldoet aan de voorwaarden, of eindigt.

Het is mogelijk dat de verplichting om de stabiliteitsbijdrage af te dragen eerder eindigt dan de ontheffing. Dit is het geval wanneer de datum van eindiging van de verzekeringsovereenkomst eerder is dan de datum waarop de ontheffing eindigt. De verzekeraar hoeft dan al geen stabiliteitsbijdrage meer hoeft af te dragen voordat de ontheffing eindigt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer een zelfstandige gedurende het jaar de verzekeringsovereenkomst beëindigt, bijvoorbeeld met ingang van 1 juli. De verzekeraar meldt dit (tijdig, conform artikel 13, tweede lid, dus uiterlijk op 30 juni) aan het UWV. De plicht tot afdracht van stabiliteitsbijdrage eindigt in die situatie ook per 1 juli. Het UWV beëindigt echter op grond van artikel 14 de ontheffing pas per 1 januari van het kalenderjaar na de datum van eindiging van de verzekeringsovereenkomst. Zie hiertoe nader artikel 14 en de toelichting daarbij.

Indien de verzekeraar deze melding echter te laat doet, bijvoorbeeld in dit voorbeeld per 31 juli, dan is hij de stabiliteitsbijdrage verschuldigd tot en met de dag waarop het UWV de melding ontvangt. In dit voorbeeld dus tot en met 31 juli. Bij een tijdige melding zou de verzekeraar de stabiliteitsbijdrage al niet langer verschuldigd zijn geweest met ingang van 1 juli.

Vierde lid
Het vierde lid bepaalt tot wanneer afdracht van de premie door de publiek verzekerde zelfstandige of de stabiliteitsbijdrage door de private verzekeraar verplicht is. Dat is tot en met 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 vierde 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.

Vijfde lid
Het vijfde lid bepaalt ten slotte dat in afwijking van het eerste lid in bepaalde situaties geen publieke premie verschuldigd is. Dit geldt indien sprake is van de beëindiging van een ontheffing als bedoeld in de artikelen 14, derde lid, en 15, tweede lid, van dit wetsvoorstel. Dit zijn gevallen waarin iemand een gedeelte van het kalenderjaar privaat verzekerd is geweest (en daarom geen publieke premies verschuldigd is), en een gedeelte van het kalenderjaar publiek verzekerd is. De premieplicht ontstaat in dit geval pas later, namelijk per 1 januari van het kalenderjaar volgend op de datum waarop de ontheffing wordt beëindigd op grond van de artikelen 14, derde lid, en 15, tweede lid. Zie hiervoor nader paragraaf 10.6.2 van het algemene deel van deze toelichting. Deze uitzondering geldt ook voor de gevallen, bedoeld in artikel 74, zevende, achtste en tiende lid, van dit wetsvoorstel, wat is geregeld in het voorgestelde artikel 122t, vierde lid, van de Wfsv. Zie daartoe die artikelen en de toelichting daarbij.

Artikel 56c. Maatstaf premieheffing

Eerste en tweede lid
Het voorgestelde artikel 56c regelt in het eerste lid dat de maatstaf voor de heffing van de premie voor dit wetsvoorstel het premie-inkomen van de premieplichtige is. In het tweede lid 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, die een zelfstandige in een bepaald kalenderjaar geniet.

Derde lid
Op grond van het derde lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur ten behoeve van het bepalen van het premie-inkomen nadere en zo nodig afwijkende regels worden gesteld met betrekking tot uitbreiding dan wel beperking van de winst uit onderneming respectievelijk winst uit Nederlandse onderneming. Er kan bijvoorbeeld aanleiding bestaan om voor de uitkeringsgrondslag bepaalde bestanddelen van de winst, zoals winst genoten in verband met onteigening of winst behaald met staken van een onderneming, niet tot de winst te rekenen, of bepaalde vormen van aan de zelfstandige verleende bijstand juist wel. Eenzelfde grondslag is opgenomen voor het nader bepalen van de uitkeringsgrondslag. Zie hiertoe artikel 40, derde lid, van dit wetsvoorstel, en de toelichting daarbij.

Vierde lid
De hoogte van de maatstaf wordt ten minste gesteld op nihil. Tevens wordt de hoogte 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 in het vierde lid uitgeschreven, namelijk door de voor alle maanden van het kalenderjaar geldende bedragen aan wettelijk minimumloon per maand bij elkaar op te tellen. Deze maximale grondslag wordt verminderd met het in dat kalenderjaar genoten loon als bedoeld in artikel 16 van de Wfsv. Deze vermindering is onderdeel van de zogeheten franchise in dit wetsvoorstel (zie daarvoor paragraaf 9.4 van het algemene deel van deze toelichting). Deze regels leiden ertoe dat indien het loon gelijk aan of hoger is dan de in een jaar genoten winst uit onderneming, de maximum premiegrondslag nihil is. Er is dan dus geen publieke premie verschuldigd.

Vijfde lid
Het vijfde lid regelt ten slotte dat de vermindering van het bedrag aan premie-inkomen dat ten hoogste in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de premie, als geregeld in het vierde lid, slechts plaatsvindt voor zover het af te trekken loon betreft dat verkregen is als verzekerde op grond van artikel 7 van de Wet WIA. Er kan namelijk ook sprake zijn van inkomen dat weliswaar gezien wordt als loon volgens de Wet op de loonbelasting 1964, maar waarvoor een persoon niet verzekerd is voor de Wet WIA. Deze bepaling voorkomt dat een premieplichtige voor dit wetsvoorstel een lagere premie verschuldigd is vanwege verdiend loon, zonder dat diegene voor dat loon verzekerd is voor de Wet WIA. Dat sluit aan bij het uitgangspunt van de franchise dat de premie voor dit wetsvoorstel wordt verlaagd met verdiend loon (zoals geregeld in het vierde lid), indien dat loon verkregen is als verzekerde voor de Wet WIA.

Artikel 56d. Premiepercentage
De hoogte van de premie wordt conform het eerste lid van het voorgestelde artikel 56d door het UWV vastgesteld op een percentage van het premie-inkomen. Vanwege de aftopping van de maatstaf van de premie op 142,86% van het wettelijk minimumloon per jaar (zie artikel 56c, vierde lid, onderdeel b) is het daadwerkelijke percentage van de genoten winst dat een zelfstandige aan premies moet voldoen lager dan het vastgestelde premiepercentage, indien de zelfstandige meer dan 142,86% van het wettelijk minimumloon per jaar aan winst geniet.

Het tweede lid regelt op welke hoogte UWV het premiepercentage vaststelt. Geregeld wordt dat het UWV de premie lastendekkend vaststelt, wat betekent dat naar verwachting de opbrengst van de premieheffing, samen met de overige middelen van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, gelijk is aan de uitgaven van dat fonds.. De overige middelen zijn onder meer de stabiliteitsbijdrage en de rijksbijdragen ten behoeve van de Wazo en de WAZ (zie nader het voorgestelde artikel 118c van de Wfsv). De uitgaven zijn onder meer de publieke uitkeringslasten aan de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, de uitgaven aan Wazo-uitkeringen bij zwangerschap voor zelfstandigen die onder de kring van verzekerden van dit wetsvoorstel vallen, re-integratiekosten en uitvoeringskosten (zie nader het voorgestelde artikel 118d van de Wfsv en de paragrafen 9.6.2, 10.3, 17.1, 17.5 en 17.7 van het algemene deel van deze toelichting).

Het UWV verhoogt het premiepercentage met de rentehobbelopslag gedurende de periode dat sprake is van opbouw van een rentehobbelvermogen. Zie hiervoor nader artikel 56e en de toelichting daarbij. De rentehobbelopslag is geen aparte heffing, maar is onderdeel van de premie.

Het derde lid regelt dat het UWV, in afwijking van het tweede lid, ook een hoger of lager premiepercentage kan vaststellen dan volgt uit dat lid. Het UWV kan hier om twee redenen toe overgaan. Ten eerste om te voorkomen dat de hoogte van de premie in grote mate fluctueert ten opzichte van het voorgaande jaar. Ten tweede om negatief fondsvermogen aan te vullen of om in te teren op aanwezig fondsvermogen. Overigens kan op het rentehobbelvermogen niet ingeteerd worden, aangezien het UWV alleen bevoegd is dit vermogen op te bouwen, maar niet om daar uitgaven uit te doen (zie hiertoe ook artikel 118d, tweede lid). Het rentehobbelvermogen is bedoeld om lasten te kunnen dekken op het moment dat de lasten niet meer kunnen worden “omgeslagen”, omdat er geen sprake meer is van premie-inkomsten, doordat het voorgestelde stelsel in dit wetsvoorstel is afgesloten voor nieuwe instroom. Zie hierover nader de paragrafen 9.6.2 en 17.5 van het algemene deel van deze toelichting. Om het stelsel af te sluiten voor nieuwe instroom en het rentehobbelvermogen daar daadwerkelijk voor te benutten, is te zijner tijd een wetswijziging noodzakelijk.

De ruimte voor het UWV om de premie op grond van het derde lid op andere wijze vast te stellen dan volgt uit het tweede lid, wordt begrensd door nadere regels die worden vastgesteld op grond van het vierde lid. Het vierde lid regelt namelijk een grondslag om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over de omstandigheden waarin en de manier waarop het UWV gebruik kan maken van de bevoegdheid om de premie hoger of lager vast te stellen, bedoeld in het vierde lid. Voorzien wordt dat op basis van deze grondslag regels worden gesteld over situaties waarin het UWV van deze bevoegdheid gebruik kan maken, en over de mate waarin en de periode gedurende welke het UWV dat kan, dus hoeveel hoger of lager de premie kan worden vastgesteld en hoelang dat kan duren. Hierbij zal er rekening mee gehouden worden dat de inkomsten van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen in principe alle lasten van dat fonds moeten dekken. Indien het op de korte termijn niet lukt de lasten van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen met de inkomsten volledig te dekken, dan wel op de langere termijn.

Artikel 56e. Rentehobbelopslag

Het eerste lid van dit artikel regelt dat het UWV de publieke premie, zoals vastgesteld als bedoeld in artikel 56d, verhoogt met de rentehobbelopslag. De rentehobbelopslag komt dus bovenop het percentage dat het UWV vaststelt op grond artikel 56d, in beginsel het percentage dat nodig is om de premie lastendekkend te maken (behoudens bijstellingen op grond van artikel 56d, derde lid). Deze verhoging van de premie met de rentehobbelopslag vindt alleen plaats gedurende de jaren dat een rentehobbelopslag

wordt vastgesteld. Zie hierover nader de paragrafen 9.6.2 en 17.5 van het algemene deel van deze toelichting. De rentehobbelopslag is geen aparte heffing, maar is onderdeel van de premie.

Het tweede lid regelt dat de Minister van SZW de rentehobbelopslag bij ministeriële regeling vaststelt op een percentage van het premie-inkomen. Dit percentage van de rentehobbelopslag gebruikt het UWV conform het eerste lid om het premiepercentage in het daaropvolgende kalenderjaar vast te stellen. Het derde lid regelt waar de opbrengst van de rentehobbelopslag aan ten goede komt, namelijk aan het rentehobbelvermogen in het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen.

Het vierde lid regelt een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over de vaststelling van de hoogte van het percentage van de rentehobbelopslag. De regering voorziet bij ministeriële regeling mogelijk slechts voorschriften te zullen stellen van administratieve aard, bijvoorbeeld omtrent het tijdstip in een kalenderjaar waarop de Minister van SZW de rentehobbelopslag (uiterlijk) vaststelt.

Het vijfde lid regelt dat dit artikel, alsmede de zinsnede in het voorgestelde artikel 56a van de Wfsv waarin melding wordt gemaakt van de opbouw van het rentehobbelvermogen, vervallen op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip. Het laten vervallen hiervan heeft tot gevolg dat de periode van opbouw van het rentehobbelvermogen eindigt. Dan zal de rentehobbelopslag geen onderdeel van de premie meer zijn. Het rentehobbelvermogen blijft wel onderdeel van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Het zal alleen niet langer gevuld worden middels inkomsten uit premies en stabiliteitsbijdrage. Zie hierover nader de paragrafen 9.6.2 en 17.5 van het algemene deel van deze toelichting.

Artikel 56f. Hoogte stabiliteitsbijdrage
Het voorgestelde artikel 56f regelt de hoogte van de stabiliteitsbijdrage. Deze wordt bij regeling van de Minister van Werk en Participatie vastgesteld, zodat deze indien nodig op korte termijn kan worden gewijzigd om de benodigde stabiliteit van de duale verzekeringsmarkt 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 verplicht is. Namelijk een vast te stellen percentage van de maximale grondslag voor de premieheffing, bedoeld in artikel 56c, vierde lid, onderdeel b.

De stabiliteitsbijdrage heeft als doel om risicoverevening tussen publiek en privaat verzekerden te bewerkstelligen. Zie hierover nader de paragrafen 10.3 en 17.1.4 van het algemene deel van deze toelichting.

Artikel 56g. Wijziging premie of hoogte stabiliteitsbijdrage anders dan per 1 januari
Dit artikel is gebaseerd op het huidige artikel 22 van de Wfsv, dat ziet op premiewijzigingen voor de werknemersverzekeringen. Evenals geregeld in het tweede lid van dat artikel is bij een premiewijziging voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, die door het UWV wordt vastgesteld op grond van het voorgestelde artikel 56d, en die ingaat op een ander tijdstip dan 1 januari, goedkeuring vereist van de Minister van Werk en Participatie en de Minister van Financiën. Dit is geregeld in het eerste lid. Het UWV stelt de premiehoogte vervolgens vast. Onthouden de Minister van Werk en Participatie en de Minister van Financiën hun goedkeuring, dan stellen zij het percentage zelf vast bij ministeriële regeling. Zij kunnen daarbij regels stellen die aangeven op welke wijze de premie, gerekend over het volledige kalenderjaar, moet worden berekend. Dit is geregeld in het tweede lid. De hoogte van de stabiliteitsbijdrage, die bij regeling van de Minister van Werk en Participatie wordt vastgesteld op grond van het voorgestelde artikel 56f, vindt op grond van het derde lid plaats in overeenstemming met de Minister van Financiën indien deze wijziging ingaat op een ander tijdstip dan 1 januari.

Artikel 56h. Rijksbijdrage Wet arbeid en zorg
Dit artikel regelt de nieuwe rijksbijdrage ten behoeve van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen voor de kosten van de uitkeringen voor zwangere zelfstandigen, beroepsbeoefenaren op arbeidsovereenkomst en partners, als bedoeld in de artikelen 3:17, eerste lid, onderdeel a en onderdeel b, onder 3° tot en met 6°, en 3:18, tiende en elfde lid, van de Wazo. Een dergelijke rijksbijdrage wordt momenteel gedaan aan het Arbeidsongeschiktheidsfonds op grond van artikel 39 van de Wfsv. Aangezien deze uitkeringen en uitvoeringskosten voortaan ten laste komen van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, vervalt met dit wetsvoorstel artikel 39 van de Wfsv en wordt deze nieuwe rijksbijdrage opgericht. Zie ook de wijziging in dit wetsvoorstel waarmee hoofdstuk 3, afdeling 4, paragraaf 5 van de Wfsv vervalt.

Nieuw aan deze rijksbijdrage is dat deze alleen de kosten dekt voor lasten en uitvoeringskosten van uitkeringen van enkele van de groepen uit de artikelen 3:17 en 3:18 van de Wazo. Voorheen werden uit de rijksbijdrage alle kosten voor lasten en uitvoering gedekt van uitkeringen die verstrekt werden op grond van hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 2, en artikel 3:30 van de Wazo (zie hiervoor het huidige artikel 114, onderdeel f, van de Wfsv). De nieuwe rijksbijdrage dekt deze kosten echter alleen voor zover deze uitkering verstrekt wordt aan één van de groepen genoemd in het voorgestelde artikel 118c, onderdeel e, namelijk beroepsbeoefenaren op arbeidsovereenkomst, zelfstandigen als bedoeld in artikel 3:17, eerste lid, onderdeel b, onder 3° tot en met 6°, van de Wazo, en partners als bedoeld in artikel 3:18, tiende en elfde lid, van die wet. De groepen voor wie niet langer rijksbijdrage wordt verstrekt, zijn de zelfstandigen, bedoeld in artikel 3:17, eerste lid, onderdeel b, onder 1° en 2°, van de Wazo. Op deze manier worden de uitkeringen voor de zelfstandigen die op basis van dit wetsvoorstel tot de kring van verzekerden gaan behoren niet langer via een rijksbijdrage gefinancierd. Zelfstandigen die tot de kring van verzekerden gaan behoren gaan de kosten voor deze uitkeringen voortaan zelf dragen, ofwel via premies ofwel via de stabiliteitsbijdrage die verzekeraars afdragen. Zie hiervoor nader paragraaf 17.7 van het algemene deel van de toelichting, en de toelichting bij het voorgestelde artikel 118c, onderdeel e, van de Wfsv. In de financiering van uitkeringen op grond van artikel 3:30 van de Wazo wordt na deze wetswijziging niet meer voorzien. De reden hiervoor is dat artikel 3:30 van de Wazo overgangsrecht bevat dat momenteel geen toepassing meer kent.

Artikel 56i. Rijksbijdrage Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen
Dit artikel regelt de nieuwe rijksbijdrage ten behoeve van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen voor de resterende kosten van de uitkeringen en uitvoering van de WAZ. Zie hiervoor nader paragraaf 17.7 van het algemene deel van deze toelichting.

Onderdeel H (wijziging opschrift 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 het opschrift van hoofdstuk 4.

Onderdeel I (wijziging artikel 57)
De wijziging van artikel 57 regelt dat de Belastingdienst bevoegd is de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen te heffen.

Onderdeel J (invoeging artikel 57a)
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.

Onderdeel K (invoeging artikel 59a)

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.

Onderdeel L (wijziging 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.

Onderdeel M (invoeging artikel 60a)

Artikel 60a. Invordering door het UWV

Het voorgestelde nieuwe artikel 60a regelt in het eerste lid 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 ook de voorgestelde wijziging waarmee deze taak aan artikel 30 van de Wet SUWI wordt toegevoegd. Het UWV kan de stabiliteitsbijdrage op grond van het tweede lid 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. Het derde lid regelt ten slotte dat op de invordering van de stabiliteitsbijdrage artikel 21 van de Invorderingswet 1990 van overeenkomstige toepassing is. Hiermee wordt het voorrecht van het UWV geregeld voor de invordering van de stabiliteitsbijdrage in geval van faillissement van een verzekeraar. Het voorrecht krijgt hiermee dezelfde rangorde als de invordering van de premie voor de volksverzekeringen en de premies voor de werknemersverzekeringen op grond van artikel 60, tweede en derde lid, van de Wfsv. Dit is tevens dezelfde rangorde als geldt voor de invordering van de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, op grond van het in dit wetsvoorstel voorgestelde vierde lid van dat artikel.

Onderdeel N (wijziging 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.

Onderdeel O (wijziging artikel 65)
In artikel 65 wordt een nieuw derde lid ingevoegd. Dit lid regelt dat de Belastingdienst van een gemoedsbezwaarde premievervangende inkomstenbelasting heft 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.

Aan het huidige derde lid, door vernummering vierde lid, wordt toegevoegd dat voor de toepassing van de Wfsv, de Wet IB 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.

Onderdeel P (wijziging 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.

Onderdeel Q (wijziging artikel 81)
De wijziging van artikel 81 creëert een bevoegdheid voor de Minister van Werk en Participatie en de Minister van Financiën om regels over de premie voor de arbeidsongeschiktheidsregeling zelfstandigen en over de stabiliteitsbijdrage vast te stellen bij ministeriële regeling. Dit ziet op de afdracht van de premie en de stabiliteitsbijdrage, de met de premie en de stabiliteitsbijdrage verband houdende bestuurlijke boeten en renten, en de wijze van toerekening van de premie, de stabiliteitsbijdrage, boeten en renten aan het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Dit is conform de werkwijze voor de volksverzekeringen en de werknemersverzekeringen. Voorzien wordt dat hierover regels gesteld zullen worden in de Regeling Wfsv.

Onderdeel R (wijziging artikel 114)
In artikel 114 van de Wfsv, dat de middelen van het Aof regelt, worden drie onderdelen gewijzigd. Ten eerste wordt onderdeel e opnieuw vastgesteld. Hierdoor komen de gelden die het UWV ontvangt door toepassing van de WAZ niet langer ten goede aan het Aof. Deze gelden komen voortaan ten goede aan het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Zie hiervoor het voorgestelde artikel 118c, onderdeel h, en de toelichting daarbij.

Ten tweede vervalt onderdeel f. De inhoud van dit onderdeel komt, enigszins gewijzigd, terug in het voorgestelde artikel 118c, onderdeel e, van de Wfsv. Deze rijksbijdrage in onderdeel f aan het Aof moet komen te vervallen, aangezien deze rijksbijdrage voortaan, voor zover deze wordt voortgezet, ten gunste komt van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Zie hiervoor nader paragraaf 17.7 van het algemene deel van deze toelichting, en de artikelsgewijze toelichting bij de voorgestelde artikelen 56h en 118c, onderdeel e, van de Wfsv.

Ten derde vervalt onderdeel l (dan verletterd tot onderdeel k), en komt hetgeen daarin geregeld in aangepaste vorm terug in het opnieuw vastgestelde onderdeel e van artikel 114. In het Aof moeten namelijk minder gelden terechtkomen dan in de huidige situatie. Nu is het nog zo dat alle gelden die het UWV ontvangt door toepassing van de Wazo in het Aof terechtkomen. Na deze wetswijziging geldt dat niet langer voor de gelden die het UWV ontvangt die betrekking hebben op de uitkeringen, bedoeld in hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 2, en artikel 3:30 van de Wazo. Die gelden zullen voortaan ten goede komen aan het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, op grond van het voorgestelde artikel 118c, onderdeel g, van de Wfsv (behalve de gelden die betrekking hebben op uitkeringen op grond van artikel

3:30 van de Wazo, zie daarvoor de toelichting bij artikel 56h). Het gaat bij deze gelden bijvoorbeeld om terugvorderingen en bestuurlijke boeten die verband houden met deze Wazo-uitkeringen.

Onderdeel S (wijziging artikel 115)
In artikel 115 van de Wfsv, dat de uitgaven van het Aof regelt, worden drie onderdelen gewijzigd. Ten eerste vervalt onderdeel b, waarmee de uitgaven voor WAZ-uitkeringen niet langer ten laste worden gebracht van het Aof. Deze zullen voortaan worden ten laste worden gebracht van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, op grond van het voorgestelde artikel 118d, eerste lid, onderdeel c, van de Wfsv.

Ten tweede wordt onderdeel c opnieuw vastgesteld, zodat de te betalen uitkeringen op grond van hoofdstuk 3, afdeling 2, van de Wazo niet langer ten laste worden gebracht van het Aof. Deze uitkeringen zullen voortaan ten laste worden gebracht van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, op grond van het voorgestelde artikel 118d, eerste lid, onderdeel b, van de Wfsv.

Ten derde wordt onderdeel j gewijzigd. Hierdoor komen de kosten voor re-integratie-instrumenten die het UWV inzet op grond van hoofdstuk 3A van de WAZ niet langer ten laste van het Aof. In plaats daarvan komen deze kosten voortaan ten laste van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, op grond van het voorgestelde artikel 118d, eerste lid, onderdeel d, van de Wfsv.

Onderdeel r hoeft niet te worden gewijzigd. Dit onderdeel regelt het ten laste brengen van de uitvoeringskosten die betrekking hebben op de uitkeringen uit het Aof, waaronder de WAZ-uitkeringen in onderdeel c. Deze kosten kunnen vanwege het opnieuw vaststellen van onderdeel c niet meer ten laste worden gebracht van het Aof. Hiervoor is een wijziging van onderdeel r niet nodig. In plaats daarvan kunnen deze kosten voortaan ten laste worden gebracht van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, op grond van het voorgestelde artikel 118d, eerste lid, onderdeel e, van de Wfsv.

Onderdeel T (wijziging artikel 117b)
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 is verleend op grond van dit wetsvoorstel.

Onderdeel U (invoeging afdeling 3a. Arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen)
De voorgestelde nieuwe afdeling 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, alsmede de middelen benodigd voor het vormen van een rentehobbelvermogen, beheert en administreert. Het fonds maakt deel uit van het UWV, conform de fondsen voor de volksverzekeringen en werknemersverzekeringen. Uit het rentehobbelvermogen kunnen geen uitgaven gedaan worden. Zie daarvoor nader het voorgestelde artikel 118d, tweede lid.

Artikel 118c. Middelen Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen
Het voorgestelde artikel 118c regelt wat de middelen zijn van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Daar zijn acht categorieën voor.

Ten eerste regelt onderdeel a de bedragen die de Belastingdienst heft en int aan premies bij publiek verzekerde zelfstandigen. Ten tweede regelt onderdeel b de bedragen die het UWV heft en int aan

stabiliteitsbijdrage bij private verzekeraars op basis van de opt-out. Overigens komen ook de bedragen die het UWV heft en int aan stabiliteitsbijdrage op basis van het overgangsrecht in artikel 74, of zelf afdraagt naar aanleiding van het overgangsrecht voor vrijwillige WIA-verzekeringen in artikel 75, eerste lid, onderdelen a en c, ten gunste van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Dit gebeurt op grond van het voorgestelde artikel 122t, eerste en tweede lid, van de Wfsv. Zie hiervoor nader dat artikel en de toelichting daarbij. Ten derde regelt onderdeel c de bedragen die het UWV ontvangt aan teruggevorderde bedragen en bestuurlijke boeten op grond van de artikelen 13, 53 en 62 van dit wetsvoorstel. Ten vierde regelt onderdeel d de bedragen die het UWV ontvangt ten gevolge van de uitoefening van het regresrecht op grond van artikel 66 van dit wetsvoorstel.

Ten vijfde regelt onderdeel e een nieuwe rijksbijdrage ter hoogte van de lasten en uitvoeringskosten voor de te betalen uitkeringen op grond van hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 2, en artikel 3:30 van de Wazo van een aantal specifieke groepen. Het gaat hierbij om de beroepsbeoefenaren op arbeidsovereenkomst, bedoeld in artikel 3:17, eerste lid, onderdeel a, van de Wazo; de zelfstandigen, bedoeld in artikel 3:17, eerste lid, onderdeel b, onder 3° tot en met 6°, van de Wazo, en de partners, bedoeld in artikel 3:18, tiende en elfde lid, van de Wazo. De groepen voor wie niet langer rijksbijdrage wordt verstrekt, zijn de zelfstandigen, bedoeld in artikel 3:17, eerste lid, onderdeel b, onder 1° en 2°, van de Wazo. Dit zijn de uitkeringen voor zelfstandigen die op basis van dit wetsvoorstel tot de kring van verzekerden gaan behoren, en daarom ofwel via premies ofwel via de stabiliteitsbijdrage die verzekeraars afdragen zelf de kosten gaan dragen voor hun uitkeringen op grond van hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 2, van de Wazo. Deze rijksbijdrage is opgenomen in het voorgestelde artikel 56h van de Wfsv. Een equivalent van deze rijksbijdrage staat nu in artikel 39 van de Wfsv, en komt ten gunste van het Aof op grond van artikel 114, onderdeel f, van de Wfsv. Deze artikelen komen met dit wetsvoorstel te vervallen.

Ten zesde regelt onderdeel f een nieuwe rijksbijdrage voor de resterende kosten van de uitkeringen en uitvoering van de WAZ. Deze rijksbijdrage is ook opgenomen in het voorgestelde artikel 56i van de Wfsv. Het betreft de resterende kosten voor uitkeringen, re-integratie-instrumenten en uitvoeringskosten ten behoeve van de WAZ. Deze zullen voortaan niet meer ten laste worden gebracht van het Aof, maar van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen.

Ten zevende regelt onderdeel g de gelden die het UWV ontvangt door uitvoering van de uitkeringen, bedoeld in hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 2, van de Wazo. Het gaat bij deze gelden bijvoorbeeld om terugvorderingen en bestuurlijke boeten die verband houden met deze uitkeringen. Aangezien deze uitkeringen voortaan ten laste worden gebracht van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, moeten de gelden die het UWV hiervoor ontvangt juist ten gunste komen van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Deze gelden komen nu nog ten gunste van het Aof op grond van artikel 114, onderdeel l, van de Wfsv, samen met alle andere gelden die het UWV ontvangt door toepassing van de Wazo. Artikel 114, onderdeel l, van de Wfsv komt met dit wetsvoorstel te vervallen (zie de wijziging van artikel 114 in onderdeel R, waarin het huidige onderdeel l (na verlettering onderdeel k) van artikel 114 vervalt). In plaats daarvan komt een deel van die gelden op grond van dit onderdeel g ten gunste aan het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, en blijft een ander deel ten gunste komen aan het Aof op grond van het voorgestelde artikel 114, onderdeel e, van de Wfsv. Zie ook de toelichting bij de voorgestelde wijziging van artikel 114.

Ten achtste en tot slot regelt onderdeel h de gelden die het UWV ontvangt door toepassing van de WAZ. Deze gelden komen nu nog ten gunste aan het Aof op grond van artikel 114, onderdeel e, van de Wfsv. Aangezien de resterende kosten van de uitkeringen en uitvoering van de WAZ voortaan ten laste komen van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen, moeten deze gelden ten gunste komen aan dit fonds, en niet langer aan het Aof. Om die reden wordt met dit wetsvoorstel artikel 114, onderdeel e, van de Wfsv

opnieuw vastgesteld, en komt de inhoud van dat onderdeel nu terug in artikel 118c, onderdeel h. Het gaat bij deze gelden bijvoorbeeld om terugvorderingen en bestuurlijke boeten die verband houden met deze WAZ-uitkeringen.

Artikel 118d. Uitgaven Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen
Het voorgestelde artikel 118d, eerste lid, bevat de uitgaven van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Hier zijn zes categorieën voor.

Ten eerste regelt onderdeel a de door het UWV op grond van dit wetsvoorstel te betalen uitkeringen aan publiek verzekerde zelfstandigen.

Ten tweede regelt onderdeel b de door het UWV op grond van hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 2, van de Wazo te betalen uitkeringen. Deze kosten komen nu nog op grond van artikel 115, eerste lid, onderdeel c, van de Wfsv ten laste van het Aof. Dat onderdeel wordt met dit wetsvoorstel echter zo aangepast dat deze kosten niet langer ten laste van het Aof komen. Met deze wijzigingen worden de kosten voor deze uitkeringen voortaan ten laste gebracht van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen.

Ten derde regelt onderdeel c de kosten die het UWV maakt voor de op grond van de WAZ te betalen uitkeringen. Aangezien de toegang tot de WAZ is afgesloten, zullen deze kosten uiteindelijk eindigen, wanneer er geen WAZ-uitkeringen meer uitgekeerd worden. Deze kosten komen nu nog ten laste van het Aof op grond van artikel 115, eerste lid, onderdeel b, van de Wfsv. Dat onderdeel komt met dit wetsvoorstel te vervallen. Ook de kosten voor deze uitkeringen zullen ten laste worden gebracht van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen.

Ten vierde regelt onderdeel d de kosten die het 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 in het kader van dit wetsvoorstel, 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. Ook de kosten die het UWV maakt voor de inzet van re-integratie-instrumenten op grond van hoofdstuk 3A van de WAZ komen op grond van dit onderdeel voortaan ten laste van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Deze kosten komen nu nog op grond van artikel 115, eerste lid, onderdeel j, ten laste van het Aof. Dit wetsvoorstel bevat een wijziging van artikel 115 waardoor dat niet langer het geval zal zijn.

Ten vijfde regelt onderdeel e de uitvoeringskosten die het UWV maakt voor het uitvoeren van de uitkeringen bedoeld in de onderdelen a, b en c. Dit zijn dus de uitkeringen op grond van dit wetsvoorstel, de uitkeringen op grond van hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 2, van de Wazo, en de WAZ-uitkeringen. Op grond van artikel 115, eerste lid, onderdeel r, van de Wfsv worden deze kosten voor de Wazo- en WAZ-uitkeringen nu nog ten laste gebracht van het Aof. Door de wijzigingen in dit wetsvoorstel van artikel 115, eerste lid, onderdelen b en c, zal dat niet langer het geval zijn.

De zesde en laatste 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, genoemd in onderdeel e, in mindering kan brengen. Op grond van artikel 115, eerste lid, onderdeel f, van de Wfsv worden deze kosten voor de Wazo- en WAZ-uitkeringen nu nog ten laste gebracht van het Aof. Door de wijzigingen in dit wetsvoorstel van artikel 115, eerste lid, onderdelen b en c, zal dat niet langer het geval zijn.

Het tweede lid van artikel 118d regelt dat er geen bedragen ten laste komen van het rentehobbelvermogen in het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen. Hiermee is wettelijk verankerd dat het rentehobbelvermogen niet kan worden uitgegeven. Het rentehobbelvermogen is bedoeld om lasten te kunnen dekken op het moment dat de lasten niet meer kunnen worden “omgeslagen”, omdat er geen sprake meer is van premie-inkomsten, doordat het voorgestelde stelsel in dit wetsvoorstel is afgesloten voor nieuwe instroom. Zie hierover nader de paragrafen 9.6.2 en 17.5 van het algemene deel van deze toelichting. Om het stelsel af te sluiten voor nieuwe instroom en het rentehobbelvermogen daar daadwerkelijk voor te benutten, is te zijner tijd een wetswijziging noodzakelijk.

Onderdeel V (invoeging artikel 122t)

Artikel 122t. Overgangsrecht Wet BAZ voor premieplicht en plicht tot afdracht 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 74, in verband met een verzekering bij die verzekeraar. De plicht tot afdracht van de stabiliteitsbijdrage op grond van dit lid geldt slechts zolang als een persoon onder dit overgangsrecht uit artikel 74 blijft vallen. Verder is de stabiliteitsbijdrage niet langer verschuldigd met ingang van de dag waarop de verzekeringsovereenkomst zodanig is gewijzigd dat deze niet meer voldoet aan de voorwaarden van het overgangsrecht uit artikel 74, eerste en tweede lid, of de verzekeringsovereenkomst is geëindigd (behoudens een late melding als bedoeld in artikel 74, vierde lid). Ook is de stabiliteitsbijdrage niet langer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand waarin de persoon de pensioengerechtigde leeftijd zal bereiken. Deze laatste twee uitgangspunten zijn in lijn met het in dit wetsvoorstel voorgestelde artikel 56b, leden 3 en 4, van de Wfsv. Zie nader de toelichting bij die leden. De geïnde bedragen aan stabiliteitsbijdrage komen ten gunste van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen (evenals de overige geïnde bedragen aan stabiliteitsbijdrage, zie daarvoor het voorgestelde artikel 118c, onderdeel b, van de Wfsv).

Daarnaast regelt het tweede lid dat de stabiliteitsbijdrage ten laste komt van het UWV voor iedere zelfstandige die valt onder het overgangsrecht, bedoeld in artikel 75, eerste lid, onderdelen a en c. Om dit te kunnen bekostigen, regelt dit artikel in het derde lid ook dat de premie voor de vrijwillige WIA-verzekering voor iedereen in deze groep met ingang van het moment van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel wordt verhoogd met het bedrag van de stabiliteitsbijdrage. Dat bedrag wordt bij ministeriële regeling vastgesteld op grond van het voorgestelde artikel 56f 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. Het tweede lid regelt tevens dat de stabiliteitsbijdrage niet langer ten laste van het UWV komt met ingang van de eerste dag van de maand waarin de zelfstandige de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet, zal bereiken. Voor deze zelfstandigen geldt tot slot dat het ten laste komen aan het UWV van de stabiliteitsbijdrage slechts zolang plaatsvindt als deze zelfstandige onder het overgangsrecht uit artikel 75, eerste lid, onderdelen a en c, blijft vallen. De bedragen aan stabiliteitsbijdrage die ten laste van het UWV komen, komen ten gunste van het Arbeidsongeschiktheidsfonds zelfstandigen (evenals de overige bedragen aan stabiliteitsbijdrage, zie daarvoor het voorgestelde artikel 118c, onderdeel b, van de Wfsv).

Tot slot regelt het vierde lid dat het voorgestelde artikel 56b, vijfde lid, van de Wfsv van overeenkomstige toepassing is op artikel 74, zevende, achtste en tiende lid, van dit wetsvoorstel. Dit betekent dat de regel dat geen premie verschuldigd is door de verzekerde gedurende het restant van het eerste kalenderjaar waarin een persoon publiek verzekerde is, ook geldt voor de situaties zoals beschreven in artikel 74, zevende, achtste en tiende lid, van dit wetsvoorstel. Dit zijn allen situaties waarin aan een persoon ontheffing van de publieke verzekeringsplicht is verleend op grond van artikel 74 van dit wetsvoorstel. Dat betekent dat iemand een aanvraag tot ontheffing heeft gedaan, omdat deze persoon al een private verzekeringsovereenkomst heeft afgesloten voor een bepaalde peildatum. Indien die verleende ontheffing wordt beëindigd op grond van artikel 74, zevende, achtste of tiende lid (kort gezegd vanwege het bereiken van een eindleeftijd voor die verzekering, faillissement, een kennelijke hardheid, of het niet betalen van de stabiliteitsbijdrage door de verzekeraar), is de verzekerde, indien deze opnieuw publiek verzekerd raakt, voor het restant van het lopende kalenderjaar waarin de ontheffing wordt beëindigd geen publieke premie verschuldigd. Zie voor de overwegingen hiervoor nader paragraaf 10.6.2 van het algemene deel van deze toelichting.

Onderdeel W (wijziging artikel 124)
Artikel 124 bevat een grondslag voor de uitwisseling van gegevens van diverse organen, uit eigen beweging en verplicht desgevraagd, aan elkaar en aan de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de Minister van Financiën en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van verschillende wetten, voor zover het betreft de financiering van de sociale verzekeringen. De voorgestelde wijziging voegt daar de gegevens aan toe die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van dit wetsvoorstel. In de praktijk zal dit gaan om eventueel benodigde gegevensverstrekkingen van de SVB aan de Belastingdienst die zien op de financiering van dit wetsvoorstel.

Een aantal andere gegevensuitwisselingen tussen organen die in dit artikel worden genoemd, zijn al elders geregeld. Gegevensuitwisselingen tussen het UWV en de SVB zijn mogelijk op grond van artikel 62 van de Wet SUWI. Gegevensuitwisselingen tussen het UWV en de Belastingdienst zijn mogelijk op grond van het voorgestelde artikel 33f, eerste en tweede lid, van de Wet SUWI. Gegevensverstrekking van de Belastingdienst aan de SVB is geregeld in artikel 54, derde lid, onderdeel b, van de Wet SUWI. Gegevensverstrekking van de SVB aan de Belastingdienst over gemoedsbezwaarden is mogelijk op grond van artikel 64, tweede lid, van de Wfsv.

Artikel 78. 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. Uit het wettelijk stelsel in de Wet IB 2001 volgt dat de fiscale aftrekbaarheid van de premies en de belastbaarheid van de uitkeringen op grond van de publieke verzekering in dit wetsvoorstel gelijk zijn aan de aftrekbaarheid van de premies en de belastbaarheid van de uitkeringen in het kader van private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De premies voor de publieke verzekering gelden immers als uitgaven voor inkomensvoorzieningen als bedoeld in artikel 3.124, eerste lid, onderdeel c, van de Wet IB 2001. Aansluiten bij het bestaande systeem, in plaats van aparte regels stellen, bevordert de uitvoerbaarheid en voorkomt extra complexiteit. Ook onder de WAZ, waarvan de toegang per 1 augustus 2004 is gesloten, werd deze systematiek al gehanteerd.

Voor de aftrekbaarheid van de publieke premies is voorzien in het volgende:

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.

Voor de belastbaarheid van de uitkeringen is voorzien in het volgende:

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 79. 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.

Onderdeel A (wijziging 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.

Onderdeel B (wijziging 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 staat 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.

Onderdeel C (wijziging opschrift paragraaf 5.2)
Dit wetsvoorstel voegt artikelen aan paragraaf 5.2 toe die zien op de zelfstandigenadministratie. Daarmee ziet deze paragraaf niet langer alleen op de polisadministratie en gegevensverwerking voor de uitvoering van taken van het UWV, maar ook op de zelfstandigenadministratie. Met deze wijziging wordt het opschrift van paragraaf 5.2 aangepast, zodat daarin ook de zelfstandigenadministratie wordt benoemd.

Onderdeel D (wijziging 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).

Onderdeel E (wijziging 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.

Onderdeel F (wijziging opschrift artikel 33c)
Het opschrift van artikel 33c wordt gewijzigd om te verduidelijken dat dit artikel slechts informatie over verwerkte gegevens betreft van werknemers. Voor zelfstandigen wordt met dit wetsvoorstel aan paragraaf 5.2 van de Wet SUWI een apart artikel ingevoegd voor informatie over verwerkte gegevens, namelijk artikel 33g. Zie nader dat artikel en de toelichting daarbij.

Onderdeel G (invoeging artikelen 33e, 33f en 33g)
Artikel 33e. Zelfstandigenadministratie

Eerste en tweede lid
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.

Derde lid
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.

Vierde lid
Het vierde lid biedt een grondslag waarmee bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de gegevensset, de wijze van verkrijging en het elektronische gegevensverkeer van de gegevens van de zelfstandigenadministratie.

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 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.

Eerste lid
In het eerste lid is voorzien in een grondslag voor de verstrekking van gegevens door de Belastingdienst aan 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.

Tweede lid
Het tweede lid biedt een grondslag voor de verstrekking 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 is 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 SVB ingelicht over ontheffingen vanwege gemoedsbezwaren.

Derde lid
Het derde lid biedt een grondslag waarmee bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de gegevensset, de wijze van verkrijging en het elektronische gegevensverkeer van de gegevens die op grond van dit artikel worden verwerkt.

Overigens bieden de artikelen 62, 72 en 73, zevende lid, van de Wet SUWI aanvullende grondslagen voor gegevensverstrekkingen tussen het UWV, de SVB en de Minister van SZW. Indien noodzakelijk voor de uitvoering van taken die met dit wetsvoorstel voor deze organen worden gecreëerd, kunnen zij deze grondslagen gebruiken om onderling gegevens te verstrekken.

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.

Onderdeel H (wijziging artikel 45)
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.

Onderdeel I (wijziging artikel 54)
De wijziging van artikel 54, derde lid, zorgt ervoor dat private verzekeraars aan het UWV en het Ministerie van SZW op verzoek kosteloos alle gegevens en inlichtingen verstrekken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de taken die het UWV en het Ministerie van SZW op grond van dit wetsvoorstel krijgen (zie voor de taken van het UWV ook 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. Een gegeven dat verzekeraars in ieder geval bevoegd zijn te verstrekken is het burgerservicenummer, aangezien daar in dit artikel een wettelijke grondslag voor is opgenomen. Het UWV heeft die gegevens nodig om vast te kunnen stellen welke zelfstandigen publiek verzekerd zijn, en voor wie daarvan een ontheffing is verleend.

De hiermee gecreëerde grondslag voor gegevensdeling sluit aan op hoe gegevensverstrekkingen aan het UWV en het Ministerie van SZW in de Wet SUWI geregeld zijn. Gegevensverstrekkingen door derde partijen aan het UWV en het Ministerie van SZW staan namelijk bij elkaar in dit artikel 54 van de Wet SUWI. Om die reden dient het de vindbaarheid van bepalingen over gegevensverstrekkingen om ook verzekeraars in dit artikel op te nemen. De grondslag is breder dan alleen voor gegevensverstrekkingen aan het UWV en het Ministerie van SZW. Geregeld wordt dat verzekeraars, voor zover nodig voor de wettelijke taken van deze instanties, ook gegevens mogen verstrekken aan de SVB en de Nederlandse Arbeidsinspectie. De SVB en de Nederlandse Arbeidsinspectie hebben echter geen wettelijke taak ten behoeve waarvan zij behoefte hebben aan gegevens van deze verzekeraars, alleen het UWV en het Ministerie van SZW hebben dat. Om die reden maakt deze wijziging alleen verstrekking van gegevens mogelijk van verzekeraars aan het UWV en aan het Ministerie van SZW. Voor het UWV gaat het om de uitvoering van de hierboven beschreven wettelijke taak om vast te kunnen stellen welke zelfstandigen publiek verzekerd zijn. Voor het Ministerie van SZW gaat het om het vaststellen van de hoogte van de stabiliteitsbijdrage, zoals geregeld in het in dit wetsvoorstel voorgestelde artikel 56f van de Wfsv, en het periodiek evalueren van de werking van dit wetsvoorstel.

Overigens biedt artikel 54, eerste lid, onderdeel a, ook een grondslag waarop zelfstandigen zelf op verzoek kosteloos gegevens aan het UWV moeten verstrekken.

Onderdeel J (wijziging artikel 72a)
Door de wijziging van artikel 72a ontstaat er een grondslag voor het 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.

Onderdeel K (wijziging 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.

Onderdeel L (wijziging 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 80. Wijziging van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

Onderdeel A (wijziging 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.
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, evenmin. Meewerkende echtgenoten van zelfstandigen (met winst uit (Nederlandse) onderneming) worden in dit wetsvoorstel niet tot de kring van verzekerden gerekend. Met de invoeringswet die volgt op dit wetsvoorstel zal worden geregeld op welke wijze voor hen de toegang tot de vrijwillige verzekering behouden blijft.

Onderdeel B (invoeging artikel 124)
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 80 van dit wetsvoorstel 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 75 van dit wetsvoorstel.
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 80 van dit wetsvoorstel 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 80 eveneens van toepassing. Met deze bepaling is geen inhoudelijke wijziging beoogd van beschikkingen die op grond van voornoemde onderdelen zijn genomen.

Artikel 81. Wijziging van de Ziektewet

Onderdeel A (wijziging artikel 29b)
De wijziging van artikel 29b, eerste lid, van de ZW 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 eveneens twee jaar ziekte ook recht krijgen op een no-riskpolis.

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 elf 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. Voor de no-riskpolis na het doorlopen van de wachttijd uit de Wet WIA is dit op soortgelijke wijze geregeld. Een andere aanvullende eis is dat de zelfstandige niet in staat is tot het verrichten van de eigen arbeid. 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.

Onderdeel B (wijziging 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.

Onderdeel C (invoeging artikel 86)
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 81 van dit wetsvoorstel 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 81 van dit voorstel, 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 75 van dit voorstel.

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 81 van dit voorstel wegens ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is voor het verrichten van passende arbeid. Deze zelfstandige blijft verzekerd gedurende de twee zogenoemde wachtdagen, de periode waarin recht op ziekengeld bestaat 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 81 van dit voorstel, 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, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is voor het verrichten van passende arbeid en voor wie gedurende deze periode 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 recht op ziekengeld bestaat 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 deze persoon voor de inwerkingtreding van artikel 81 van dit voorstel is toegelaten tot deze vrijwillige verzekering.

Hoofdstuk 12. Slotbepalingen

Artikel 82. Beëindiging particuliere verzekering
Dit artikel regelt de situatie waarin de persoon verplicht verzekerd wordt op grond van dit wetsvoorstel maar daarvoor al een particuliere verzekering heeft afgesloten tegen de geldelijke gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid. Dat volgt uit de zinsnede “indien die persoon verplicht verzekerd *wordt* op grond van deze wet”. 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.

Ten overvloede: deze bepaling ziet ook op arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die niet voldoen aan de voorwaarden van het overgangsrecht van artikel 74, eerste lid. Indien niet voldaan wordt aan de minimumvoorwaarden van artikel 74, eerste lid, is namelijk ook niet voldaan aan de nauwere voorwaarden van artikel 11. Op deze manier kan vanaf de ingang van de verzekeringsplicht op grond van dit wetsvoorstel een reeds lopende particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering worden opgezegd. Dat voorkomt het risico dat een zelfstandige zowel privaat als publiek verzekerd is tegen zijn behoefte en wens in.

Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die uitsluitend zijn afgesloten met het doel aanvullend op de publieke verzekering dekking te bieden, vallen niet onder de strekking van deze bepaling. Dergelijke verzekeringen worden immers niet voorafgaand aan de ingang van de publieke verzekering afgesloten, maar pas nadat de persoon publiek verzekerd wordt.

Artikel 83. 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 meer dan twaalf weken of meer dan drie maanden of een of meer jaren. Dit artikel voegt daar voor de toepassing van dit wetsvoorstel nog een aantal artikelen aan toe.

Artikel 84. Evaluatiebepaling
De wet bevat de verplichting voor de Minister van Werk en Participatie 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 85. 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 Werk
en Participatie,

A.A. Aartsen