SCHADEREGELINGSOVERLEG WA-LETSELSCHADE EN WA-OVERLIJDENSSCHADE

Onderwerp 8

VOORZIENINGEN VOOR GEHANDICAPTEN; SOCIALE ZEKERHEID

31 oktober 2006

door mr. H. W. C. van Wees

Inhoudsopgave

[Syllabus](#_Toc304875087)

[1. Algemene inleiding](#_Toc304875088)

[2. Sociale zekerheid](#_Toc304875089)

[3. Ziektekosten](#_Toc304875090)

[4. Persoonsgebonden Budget (PGB)](#_Toc304875091)

[5. Thuiszorg](#_Toc304875092)

[6. Indiceren en juridisch toetsen](#_Toc304875093)

[7. Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)](#_Toc304875094)

[8. Wet voorzieningen gehandicapten (WVG)](#_Toc304875095)

[9. Re-integratie](#_Toc304875096)

[10. Tekst van relevante wet- en regelgeving](#_Toc304875097)

[11. Stellingen](#_Toc304875098)

# Syllabus

## 1. Algemene inleiding

Deze syllabus is een gedeeltelijke update van de syllabus “voorzieningen voor gehandicapten; sociale zekerheid”. De volledige update houdt u tegoed.

## 2. Sociale zekerheid

Het stelsel van de sociale zekerheid kent een publiek deel en een privaat deel. Het publieke deel wordt strak door de overheid geregeld. In het private deel is er naast overheidsinvloed ruimte voor particulier initiatief. De scheidslijn tussen publiek en privaat wordt door de politiek bepaald en is daardoor in de tijd aan wijzigingen onderhevig.

Sociale zekerheid heeft betrekking op zorgvoorzieningen en inkomensvervangende uitkeringen.

Tot de zorgvoorzieningen behoren (niet limitatief) medische behandeling, verblijf in een bejaarden- of verpleeghuis, thuiszorg, woningaanpassing en vervoersvoorziening.

Inkomensvervangende uitkeringen kunnen (niet limitatief) worden verkregen bij arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, ouderdom en verlies van een levensgezel.

In de publieke sociale zekerheid bepalen wet- en regelgeving onder meer de omvang van de voorziening of uitkering, de financiering, de uitvoerings- en controle-instanties en wie ervoor in aanmerking komen.

In de private sociale zekerheid laten wet- en regelgeving meer ruimte voor particulier initiatief en marktwerking; bijvoorbeeld bij verzuimverzekering voor de werkgever, bovenwettelijk ouderdomspensioen, bovenwettelijk nabestaandenpensioen, ANW-hiaat en bovenwettelijke ziektekostenverzekering.

De regelingen in de sociale zekerheid worden jaarlijks gewijzigd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de inhoud van de verstrekkingenpakketten in natura respectievelijk in de vorm van een persoonsgebonden budget. Het geldt ook voor hoogte en duur van uitkeringen.

## 3. Ziektekosten

#### 3.1. Zorgverzekering

Op 01-01-2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd.

Vóór die datum was een groot deel van de werknemers en hun gezinsleden voor ziektekosten verzekerd bij ziekenfondsen. Ingevolge de Ziekenfondswet (ZFW) waren zij verplicht verzekerd bij een ziekenfonds. De ZFW kende een basispakket aan verstrekkingen. Voor extra verstrekkingen kon men zich aanvullend verzekeren bij een met het ziekenfonds bevriende particuliere verzekeraar.

Daarnaast bestonden ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

De rest van de bevolking kon zich verzekeren bij een particuliere ziektekostenverzekeraar.

Per 01-01-2006 zijn de ziekenfondsen en de ziektekostenregelingen voor ambtenaren opgeheven. Iedereen is nu verplicht zich te verzekeren bij een zorgverzekeraar. De zorgverzekering is een vorm van particuliere schadeverzekering.

De particuliere schadeverzekering in zijn algemeenheid was tot 01.01.2006 geregeld in het Wetboek van Koophandel (WvK); sindsdien is hij geregeld in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (BW).

De zorgverzekering omvat een basispakket aan verstrekkingen; voor extra verstrekkingen kan men zich aanvullend verzekeren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekering en de aanvullende verzekering worden gefinancierd uit premieheffing.

Daarnaast zijn alle ingezetenen in Nederland verzekerd voor de AWBZ. Het verstrekkingenpakket van de AWBZ is wettelijk geregeld (met name de inhoud van het pakket en de regeling van eigen bijdragen). De AWBZ wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars. De AWBZ wordt enerzijds gefinancierd uit premieheffing, die door de belastingdienst wordt geïnd tegelijk met de loon- en inkomstenbelasting, en anderzijds uit een rijksbijdrage, dus uit de algemene middelen.

#### 3.2. Rekening houden met aanspraken

In de ZFW stond een bepaling die wij in vele sociale wetten tegenkomen, namelijk de bepaling dat de rechter bij de toekenning van schadevergoeding naar burgerlijk recht rekening houdt met de aanspraken van betrokkene krachtens de desbetreffende sociale zekerheidswet (art. 83a ZFW). Aansprakelijkheidsverzekeraars stellen op grond van deze wettelijke bepalingen, dat de benadeelde ter zake van de desbetreffende schadepost geen vordering moet indienen bij de aansprakelijke partij, maar een beroep moet doen op de uitvoerder van de desbetreffende sociale zekerheidswet.

Ook in de AWBZ staat een dergelijke bepaling (art. 65a AWBZ).

In het WvK stond zo’n bepaling niet. Hij komt evenmin voor in de Zvw.

Aansprakelijkheidsverzekeraars mogen de benadeelde voor zorgverstrekkingen dus niet naar zijn zorgverzekeraar verwijzen. Dat werkt met name in het nadeel van de aansprakelijkheidsverzekeraar, als het regresrecht van de zorgverzekeraar niet uitgeoefend kan worden vanwege de Tijdelijke regeling verhaalsrechten (art. 6:197 BW).

Overigens declareren zorgverleners in Nederland meestal rechtstreeks bij de zorgverzekeraar en niet bij de betrokkene. Dan speelt de kwestie van al of niet verwijzen niet.

#### 3.3. Regres

In de ZFW stonden bepalingen over het regresrecht van ziekenfondsen (art. 83b en 83c ZFW).

Ziektekosteninstellingen voor ambtenaren ontleenden een verhaalsrecht aan de VOA.

Particuliere ziektekostenverzekeraars hadden een verhaalsrecht op grond van art. 284 WvK.

In de Zvw komt geen regresbepaling voor. Wel is de regresbepaling van particuliere schadeverzekeringen van toepassing (art. 7:962 BW). Zorgverzekeraars hebben een regresrecht, voor zover de algemene bepaling inzake het regres voor schadeverzekeringsuitkeringen dit mogelijk maakt.

Volgens art. 7:962, lid 3 BW heeft de verzekeraar geen vordering op de volgende (limitatief opgesomde) personen.

De verzekeringnemer.

Een mede-verzekerde.

De niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot of de geregistreerde partner van een verzekerde.

De andere levensgezel van een verzekerde.

De bloedverwanten in de rechte lijn van een verzekerde.

Een werknemer van een verzekerde.

De werkgever van een verzekerde.

* Degene die in dienst staat tot dezelfde werkgever als de verzekerde (collega-werknemer).

De grondslag van de uitsluiting is de combinatie van relationele en economische aspecten.

De laatste zin van art. 7:962, lid 3 BW luidt als volgt. “Deze regel geldt niet voor zover zulk een persoon jegens de verzekerde aansprakelijk is wegens een omstandigheid die afbreuk zou hebben gedaan aan de uitkering, indien die omstandigheid aan de verzekerde zou zijn toe te rekenen.”

Hiermee wordt bedoeld, dat de uitsluiting van verhaal op de hierboven genoemde personen wordt opgeheven, indien hun aansprakelijkheid voortvloeit uit bijzondere omstandigheden. Daarbij is bepalend de vergelijking met de positie van de verzekerde zelf. Als de verzekerde zelf op grond van de wet of overeenkomst zijn recht op uitkering jegens de zorgverzekeraar door zo’n omstandigheid geheel of gedeeltelijk zou hebben verspeeld, dan is verhaal door de zorgverzekeraar in zoverre mogelijk.

Een voorbeeld is de door opzet of roekeloosheid veroorzaakte schade. De verzekerde heeft jegens de zorgverzekeraar geen dekking voor schade die door opzet of roekeloosheid van de verzekerde is veroorzaakt (art. 7:952 BW). Indien een van de in lid 3 genoemde personen de schade door zijn opzet of roekeloosheid heeft veroorzaakt, heeft de zorgverzekeraar op zo’n derde verhaal voor de aan de verzekerde veroorzaakte schade.

Een ander voorbeeld is, indien een van de in lid 3 genoemde personen heeft nagelaten om schadebeperkende maatregelen te treffen, waar deze van hem gevergd konden worden, en deze derde voor de daardoor veroorzaakte extra schade aansprakelijk is, de zorgverzekeraar voor dat gedeelte van de schade wel verhaal kan plegen op die derde.

De regresbepalingen van ZFW, VOA, WvK en BW en de daarop gebaseerde jurisprudentie verschillen onderling van elkaar.

#### 3.4. Tarifering volgens DBC

Vanaf 01-01-2005 zijn de rekeningen van ziekenhuizen veranderd door de invoering van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Een DBC bestaat uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een specialist die voortkomen uit een behandeling van een patiënt. Er wordt bij een patiënt een diagnose gesteld en daaruit volgt een behandeling. Elke combinatie van een diagnose en een behandeling heeft een unieke DBC-code. Er zijn er duizenden. Elke DBC heeft een eigen wettelijk vastgesteld tarief. Als een behandeling, bijvoorbeeld een operatie, plaatsvindt, brengt het ziekenhuis het volgens een DBC vastgestelde tarief in rekening, ongeacht de vraag of alle in de DBC opgenomen behandelingen hebben plaatsgevonden. Als daarentegen in een individueel geval meer opnamedagen of een uitgebreidere behandeling moet plaatsvinden, moet het ziekenhuis eveneens volgens het DBC-tarief declareren. Er is dus sprake van normering.

De DBC-tarieven zijn op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg door het College Tarieven Gezondheidszorg respectievelijk de Zorgautoriteit in oprichting vastgesteld. Het zijn dus officiële tarieven. Dit betekent, dat een patiënt verplicht is overeenkomstig deze tarieven te betalen. Dat lijkt in sommige gevallen niet redelijk. Een voorbeeld: de kosten voor een eenvoudige behandeling op de Spoed Eisende Hulp (SEH) zijn hoog, althans in verhouding tot de ingreep. Bedacht moet echter worden, dat het in stand houden van de afdeling SEH hoge kosten met zich brengt en dat ook deze kosten in het individuele DBC-tarief zijn begrepen.

Een DBC mag niet worden gedeclareerd alvorens de behandeling is beëindigd, maar wordt na 365 dagen wel afgesloten. Is de patiënt inmiddels van zorgverzekeraar gewisseld, dan moet de betaling worden uitgevoerd door de zorgverzekeraar die dekking verleende op het tijdstip van het begin van de behandeling.

Het Verbond van Verzekeraars heeft in zijn circulaire van 03-05-2006 aanbevolen nota’s met DBC-tarifering normaal in behandeling te nemen (circulaire AAA-L 2006/06 MOT-L 2006/15 TRA-L 2006/06; zie PIV-Kennisnet / Zoeken / Vaknieuws / DBC). Declareren volgens DBC-tarief staat op zich niet aan het civiel plafond in de weg.

Uiteraard moet wel vaststaan, dat de gedeclareerde zorgkosten verband houden met het door de aansprakelijke partij veroorzaakte voorval.

Een DBC is opgebouwd uit een aantal codes. Als deze op de aan de aansprakelijke partij gepresenteerde nota zijn ingevuld, kan deze de betekenis van de codes achterhalen op het internet via tarieven op [www.ctg-zaio.nl](http://www.ctg-zaio.nl). Als de codes ontbreken, moet de zorgverzekeraar desgevraagd nadere informatie verstrekken.

#### 3.5. No claimteruggave

Per 01-01-2005 is in de ZFW een no claimregeling ingevoerd. Dezelfde regeling geldt sinds 01-01-2006 in de Zvw.

Als men in een kalenderjaar geen beroep doet op verstrekkingen uit het basispakket (huisartsconsulten, verloskundige hulp en kraamzorg worden niet meegeteld), dan krijgt men na afloop van het kalenderjaar (dus in de loop van het erop volgende kalenderjaar) een deel van de verzekeringspremie terug.

De no claimteruggave over 2005 en 2006 bedraagt maximaal EUR 255 per persoon die nominale premie betaalt, per kalenderjaar. Van het geldende no claimteruggavebedrag trekt de zorgverzekeraar de relevante verstrekkingen die ten behoeve van de verzekerde in het kalenderjaar zijn betaald, af. De teruggave kan hierdoor nihil worden. De regeling is persoonsgebonden.

Nominale premie is verschuldigd door verzekerden vanaf 18 jaar. Wie in de loop van het kalenderjaar 18 jaar oud wordt, gaat met ingang van de maand, volgende op de verjaardag, nominale premie betalen en recht op no claimteruggave opbouwen.

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht medische kosten die zij hebben moeten betalen, maar konden verhalen of nog kunnen verhalen op een aansprakelijke partij, buiten beschouwing te laten bij de berekening van de no claimteruggave. Niettemin tellen sommige zorgverzekeraars verhaalbare kosten niet mee bij de berekening van de no claimteruggave.

Als iemand recht zou hebben gehad op no claimteruggave, indien hem het voorval waarvoor een aansprakelijke partij verantwoordelijk is, niet zou zijn overkomen, kan na afloop van het kalenderjaar blijken, dat hij vanwege de medische kosten van bedoeld voorval geen of minder verzekeringspremie terugkrijgt. Zo iemand kan dan schade claimen wegens gemiste no claimteruggave.

Als hij buiten de medische kosten van het voorval toch al medische verstrekkingen in het desbetreffende jaar zou hebben ontvangen en als gevolg daarvan reeds no claimteruggave zou zijn misgelopen, vormt de gemiste no claimteruggave geen vorderbare schade.

Gemiste no claimteruggave wordt niet spontaan vergoed door de aansprakelijkheidsverzekeraar, maar moet uitdrukkelijk door de benadeelde worden gevorderd. De benadeelde moet daarbij aangeven welke kosten een gevolg zijn van het voorval en welke niet.

Het doel van de no claimregeling is te bevorderen, dat de bevolking bewuster omgaat met zorg en daarop niet lichtzinnig een beroep doet. Het nadeel van de regeling is de bureaucratie die ermee gepaard gaat.

Het is daarom onzeker, of de no claim-teruggaveregeling nog lang zal bestaan.

#### 3.6. Medische kosten en een eigen risico op de zorgverzekering

Het is mogelijk om tegen premiekorting af te spreken met de zorgverzekeraar, dat de verzekeringnemer een eigen risico van maximaal EUR 500 accepteert.

Hoe hoger het eigen risico is, des te lager is de nominale premie.

De verzekeringnemer kan dan in een kalenderjaar nota’s tot het bedrag van zijn eigen risico niet indienen bij de zorgverzekeraar.

Als de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd, moet de verzekeringnemer de nota’s tot aan het bedrag van zijn eigen risico terugbetalen aan de zorgverzekeraar.

Het eigen risico geldt alleen voor de zorg in het basispakket, dus bijvoorbeeld niet voor de kosten van fysiotherapeut en tandarts. Anders dan bij de no claimregeling, kunnen de kosten van huisartsconsulten, verloskundige hulp en kraamzorg wel onder het eigen risico vallen.

Het eigen risico gaat pas in, nadat het bedrag van de no claim-teruggaveregeling is verbruikt. Dit wordt in het volgende voorbeeld toegelicht.

Rekenvoorbeeld: hoe om te gaan met een eigen risico van EUR 400 in combinatie met de no claimregeling

Een zorgverzekerde heeft een eigen risico van € 400 en dient de volgende rekeningen in:

255 no claim

400 eigen risico

Specialistisch onderzoek: 75

Gaat af van no claim

180 (255 – 75)

400

Huisarts: 30

Telt niet mee voor no claim, wel voor eigen risico

180

370 (400 – 30)

1e ziekenhuisopname: 350

Eerst no claim, daarna eigen risico

0 (180 – 180)

200 (370 – 170)

2e ziekenhuisopname: 750

Eigen risico wordt opgemaakt, de rest (550) wordt vergoed

0

0 (200 – 200)

Eindbalans:

Het hele eigen risico (400) zelf betaald en geen teruggave no claim.

Als een benadeelde na een voorval waarvoor een ander aansprakelijk is, vergoeding van medische kosten vraagt, zal de aansprakelijkheidsverzekeraar hem vragen, of de kosten vergoed worden door een zorgverzekeraar. De benadeelde kan antwoorden, dat dit niet het geval is, omdat de kosten onder zijn eigen risico vallen. De aansprakelijkheidsverzekeraar zal dan willen weten, in hoeverre in de verzekeringsperiode het eigen risico wordt opgebruikt voor medische kosten die niets met het voorval te maken hebben. Als namelijk betrokkene zijn eigen risico volledig verbruikt voor medische kosten die niets met het voorval te maken hebben, worden de medische kosten die wel met het voorval te maken hebben, volledig door de zorgverzekeraar vergoed. De benadeelde kan in zo’n geval de medische kosten die een gevolg van het ongeval zijn, niet zelf claimen bij de aansprakelijke partij. Zijn zorgverzekeraar kan ze dan wel vorderen bij de aansprakelijke partij.

Teneinde dubbele betalingen te voorkomen betalen zorgverzekeraars en aansprakelijkheidsverzekeraars alleen naar aanleiding van originele nota’s, niet naar aanleiding van kopieën.

#### 3.7. Vaststellingsovereenkomst en zorgverzekering

Als een benadeelde finale kwijting verleent zonder voorbehoud, wordt de zorgverzekeraar van de benadeelde voor latere claims aan de kwijting gebonden. Dit is een ongewenst gevolg.

Daarom stelt het PIV voor om in dergelijke gevallen het volgende artikel in de vaststellingsovereenkomst op te nemen. “De aansprakelijkheidsverzekeraar verklaart, dat de tussen hem en de benadeelde gesloten overeenkomst onaangetast laat de eventuele verhaalsaanspraken van een zorgverzekeraar waarbij de benadeelde is verzekerd.”

## 4. Persoonsgebonden Budget (PGB)

Verschillende regelingen in de sociale zekerheid kenden of kennen een PGB, zoals de AWBZ, WVG, WMO en REA (01-07-1998 t/m 31-12-2005). Voor de personenschaderegeling zijn vooral het PGB van de WMO (thuiszorg, wonen en vervoer met ingang van 01-01-2007) en het PGB bij re-integratie van belang. Deze regelingen kennen primair verstrekkingen in natura toe. De uitvoerder van de regeling sluit contracten met zorgverleners en betaalt hen rechtstreeks voor hun verrichtingen.

Een PGB is met name bedoeld voor het geval dat de uitvoerder van de regeling geen zorg in natura kan bieden. De uitvoerder stelt dan onder bepaalde voorwaarden een bedrag beschikbaar waarmee de betrokkene zelf de geïndiceerde producten of diensten kan inkopen. Betrokkene betaalt de zorgverlener en declareert de kosten vervolgens bij de uitvoerder van de regeling.

In geval van thuiszorg moet de budgethouder bij ziekte van de hulpverlener zelf een invaller regelen. Bij thuiszorg in natura zorgt de thuiszorgorganisatie voor een invaller.

Ontvangers van een PGB kunnen lid worden van de belangenvereniging van budgethouders Per Saldo (zie [www.pgb.nl](http://www.pgb.nl)). Daar kunnen zij ondersteuning op

maat krijgen, met name op administratief gebied.

Als hij niet in staat is om zelf zijn administratie bij te houden, kan de budgethouder bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) gratis gebruik maken van het SVB Servicecentrum PGB voor ondersteuning (advies of overnemen) bij de PGB-administratie. Als een werknemer-hulpverlener op meer dan twee dagen per week voor de budgethouder werkt, kan de budgethouder de SVB vragen om de salarisadministratie te verzorgen. Dat kan ook als de hulpverlener op minder dan drie (tot 2007 twee) dagen (met een maximum van 6 uur per dag) werkt en door de budgethouder met hem is afgesproken, dat de budgethouder voor de inhouding en afdracht van loonbelasting zorgt.

Daarnaast zijn particuliere advies- en bemiddelingsbureaus actief op deze markt.

Naar de regeling op grond waarvan het PGB wordt verstrekt, moet gekeken worden bij de beantwoording van de vraag, of die regeling een bepaling kent op grond waarvan de rechter rekening houdt met de aanspraak op een PGB. De AWBZ en REA kennen zo’n bepaling wel (art. 65a AWBZ en art. 48 REA), de WVG en WMO niet.

In het verleden kwam het nog wel eens voor, dat de zorgverzekeraar weigerde een PGB toe te kennen, omdat de betrokkene een beroep zou kunnen doen op een aansprakelijke derde. In maart 2003 deelde het CVZ (College van Zorgverzekeraars) desgevraagd mede aan het Verbond van Verzekeraars, dat een dergelijke praktijk onjuist was (zie circulaire Verbond van Verzekeraars MSS 2003/05 van 28.03.2003; PIV-Kennisnet / Zoeken / Vaknieuws / PGB). In de per 01.04.2003 gewijzigde PGB-regeling voor de AWBZ is een artikel opgenomen waarin is bepaald, dat een mogelijke vordering op een aansprakelijke derde geen weigeringsgrond voor een PGB vormt.

PGB’s in het kader van de AWBZ voor thuiszorg werden niet gefinancierd vanuit de AWBZ, maar vanuit de ZFW.

PGB’s in het kader van de WVG of WMO worden vanuit de WVG respectievelijk WMO gefinancierd.

Een enkele rechter hield in de lagere rechtspraak bij de toekenning van schadevergoeding voor huishoudelijke hulp wel rekening met aanspraken die betrokkene aan de AWBZ kon ontlenen, maar geen rekening met aanspraken op een PGB ter zake van huishoudelijke hulp, omdat dit PGB niet werd gefinancierd vanuit de AWBZ maar op grond van een jaarlijkse subsidieregeling vanuit de ZFW; aan deze laatste regeling zouden geen rechten kunnen worden ontleend.

Niettemin stellen aansprakelijkheidsverzekeraars zich op het standpunt, dat de benadeelde zijn aanspraken krachtens de sociale zekerheid zo veel mogelijk geldend moet maken. Belangenbehartigers van benadeelden zijn het hier niet altijd mee eens. Zij menen onder meer, dat de benadeelde niet mag worden belast met de bureaucratie van een PGB.

## 5. Thuiszorg

De mogelijkheid om vanuit de AWBZ gesubsidieerde thuiszorg in natura of een vervangend PGB te ontvangen is in 2004 sterk beperkt. Deze thuiszorg werd uitsluitend nog beschikbaar gesteld aan alleenstaanden die geen beroep konden doen op mantelzorg en die tenminste 4 uren hulp per week nodig hadden. Betrokkene moet een inkomensafhankelijke eigen bijdrage betalen.

Per 01.01.2007 wordt thuiszorg niet langer verstrekt krachtens de AWBZ, maar krachtens de WMO.

## 6. Indiceren en juridisch toetsen

Als iemand een voorziening aanvraagt, wordt de aanvraag doorgaans op twee manieren getoetst.

Allereerst wordt beoordeeld, of de gevraagde voorziening is geïndiceerd. Als iemand bijvoorbeeld tien uren thuiszorg per week aanvraagt, zal beoordeeld worden of er inderdaad voor tien uren hulp nodig is. Deze beoordeling geschiedt door een regionaal indicatie-orgaan (RIO).

De RIO’s zijn de opvolgers van de per 01.04.2003 opgeheven oude indicatie-organen. Per 01-01-2005 zijn de ruim 100 RIO’s samengegaan in het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Aanvragen voor AWBZ-verstrekkingen worden altijd door het CIZ beoordeeld.

Daarnaast konden gemeenten op basis van vrijwilligheid indicatiestellingen voor de WVG uitbesteden aan het CIZ.

De tweede toetsing is een juridische. Beoordeeld wordt, of de aanvrager aan alle gestelde eisen voor toekenning van een voorziening voldoet. De juridische toetsing geschiedt door de uitvoerder van de regeling, zoals een zorgkantoor, UWV of een gemeente.

## 7. Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)

Per 01-01-2007 treedt de WMO in werking. Gemeenten worden dan verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning, zoals de thuiszorg en de ex-WVG-voorzieningen voor wonen en vervoer (art. 1 WMO).

De WMO schrijft gemeenten voor plannen te maken voor invulling van de zorgplicht alsmede een verordening te maken inzake individuele verstrekkingen. Gemeenten moeten contracten sluiten met zorgaanbieders die ieder op hun terrein de maatschappelijke ondersteuning in natura gaan bieden. Daarnaast is er een PGB-regeling.

De hulpaanvrager moet wachten op een indicatiestelling voor de aangevraagde verstrekking en op de naar aanleiding daarvan te nemen beslissing van de gemeente. Als de hulpaanvrager niet wacht, maar reeds overgaat tot realisering van de voorziening, kent de gemeente de voorziening gewoonlijk niet toe.

Het CAK (Centraal Administratiekantoor) gaat de hoogte van de eigen bijdragen vaststellen en de eigen bijdragen innen. Het CAK kan dan meteen rekening houden met de maximale bijdrage in het kader van de AWBZ, in het geval dat de betrokkene ook een AWBZ-verstrekking ontvangt.

De wet bevat de ook van andere regelingen bekende na-u-bepaling (art. 2 WMO). Er bestaat geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning voor zover een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat. In de Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp WMO worden (niet limitatief) de volgende andere wettelijke bepalingen genoemd: AWBZ, ZFW, Wet op de Jeugdzorg en de Wet REA. Niet wordt genoemd de aanspraak op schadevergoeding ter zake van een aansprakelijkheidsverzekering. Daarom kan gesteld worden, dat de gemeente een aanvraag voor een WMO-verstrekking niet mag weigeren op de grond, dat de betrokkene schadevergoeding kan vorderen van een aansprakelijke partij. Krachtens deze voorrangsregeling gaat de WMO dan voor.

Letterlijk staat het volgende in de Memorie van Toelichting: “Zoals hiervoor is weergegeven, is de WMO op een aantal punten aanvullend. Er zijn terreinen waar de overheid ervoor kiest of heeft gekozen om specifieke wettelijke regelingen te treffen. In die situaties gaan die specifieke wettelijke maatregelen voor. Op dit moment valt te denken aan de AWBZ, Ziekenfondswet, de Wet op de Jeugdzorg, de Wet REA en de verschillende wetten die het ‘rugzakje’ (leerlinggebonden financiering) in het onderwijs mogelijk maken. Dat andere wetten voorgaan, komt in dit artikel tot uitdrukking. Er is niet gekozen voor een limitatieve opsomming van die andere wetten, omdat dat van tijd tot tijd kan verschillen.”

De WMO wordt gefinancierd uit een rijksbijdrage, dus uit de algemene middelen.

De WMO kent geen bepaling die eventueel aan de gemeente een regresrecht op de aansprakelijke partij zou toekennen. De gemeente kan dus geen regres uitoefenen.

De WMO kent geen bepaling op grond waarvan de rechter rekening moet houden met de aanspraken van betrokkene krachtens de WMO.

Niettemin stellen aansprakelijkheidsverzekeraars zich op het standpunt, dat de benadeelde zijn aanspraken krachtens de WMO zo veel mogelijk geldend moet maken. Belangenbehartigers van benadeelden zijn het hier niet altijd mee eens. Zij menen onder meer, dat de benadeelde te lang moet wachten op een beslissing van de gemeente.

## 8. Wet voorzieningen gehandicapten (WVG)

De WVG is op 01.01.1994 in werking getreden. Hij is een opvolger van de subsidieregeling van het Ministerie van VROM (Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu): de BGSHG (Beschikking Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten).

Op grond van de WVG had de gemeente jegens haar inwoners een zorgplicht op het gebied van wonen en vervoer. Elke gemeente moest een WVG-verordening opstellen waarin de zorgplicht nader werd uitgewerkt.

Na de inwerkingtreding van de WMO per 01.01.2007 blijft de WVG uitsluitend gehandhaafd voor lopende WVG-voorzieningen.

Een bepaling als de volgende kwam nogal eens voor in een plaatselijke WVG-verordening. “Geen voorziening wordt toegekend voor zover op grond van enige andere wettelijke regeling aanspraak op de voorziening bestaat.”

Met een andere wettelijke regeling pleegt een andere wettelijke regeling in het kader van de sociale zekerheid te worden bedoeld. Daarmee wordt niet bedoeld een aanspraak op schadevergoeding in het kader van het aansprakelijkheidsrecht.

In de wettekst van de WVG zelf komt geen bepaling voor waaruit zou blijken, dat de zorgplicht van de gemeente niet zou gelden, als de gehandicapte een beroep kan doen op schadevergoeding van derden.

In de wettekst van de WVG komt geen na-u-bepaling voor.

De WVG kent geen bepaling die eventueel aan de gemeente een regresrecht op de aansprakelijke partij zou toekennen. De gemeente kan dus geen regres uitoefenen.

De WVG kent geen bepaling op grond waarvan de rechter rekening moet houden met de aanspraken van betrokkene krachtens de WVG.

De WVG werd gefinancierd uit een rijksbijdrage.

## 9. Re-integratie

De werkgever moet aan zieke werknemers gedurende de eerste 104 weken van arbeidsongeschiktheid het loon doorbetalen.

Tot 0—01-2004 bedroeg de verplichting tot loondoorbetaling een periode van 52 weken.

De periode van loondoorbetaling kan sinds 01-04-2002 nog verder verlengd worden, als de werkgever zich onvoldoende heeft ingespannen om de werknemer te re-integreren. Het UWV kan deze sanctie aan de werkgever opleggen voor minimaal vier maanden en maximaal 52 weken. Gedurende de sanctieperiode wordt de wachttijd voor de WAO of WIA verlengd.

Ten aanzien van werknemers die op of na 15-08-2004 arbeidsongeschikt zijn geworden, is de minimum sanctietermijn van vier maanden vervallen. Verder mag de werkgever gedurende de sanctietermijn aantonen, dat hij alsnog aan zijn re-integratieverplichtingen heeft voldaan. UWV kan dan de sanctietermijn na een uitloopperiode van zes weken beëindigen.

Arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld volgens de criteria van art. 6 WIA.

De re-integratieverplichtingen van de werkgever zijn in verschillende wetten neergelegd.

De werkgever moet aan de werknemer passende arbeid aanbieden (art. 7:658a BW).

De werkgever moet de arbeidsplaats, werkmethoden en inrichting van zijn bedrijf aanpassen aan het resterend arbeidsvermogen van de werknemer (art. 3a Arbeidsomstandighedenwet).

De werkgever moet ziekte van zijn werknemers zo veel mogelijk voorkomen of beperken. Verder moet hij werknemers begeleiden die door ziekte niet in staat zijn hun werk te verrichten (art. 4 Arbeidsomstandighedenwet).

De werkgever moet samen met de werknemer een re-integratieverslag opstellen (art. 25 WIA).

De werkgever moet zich bij de verzuimbegeleiding laten bijstaan door een arbodienst of door andere deskundigen (art. 13 en 14 Arbeidsomstandighedenwet).

Ook de re-integratieverplichtingen van de werknemer zijn in verschillende wetten neergelegd.

De werknemer moet aan enkele verplichtingen voldoen, omdat hij anders het recht op loondoorbetaling door zijn werkgever verliest (art. 7:629 BW).

Voor de werknemer gelden plichten ter voorkoming van ontstaan en bestaan van recht op een WIA-uitkering (art. 28 WIA).

Voor de werknemer gelden plichten die gericht zijn op het vergroten van zijn mogelijkheden tot het verrichten van arbeid (art. 29 WIA).

Voor de werknemer gelden plichten die gericht zijn op inschakeling in de arbeid, zoals het verrichten van passende arbeid (art. 30 WIA).

De werknemer is verplicht mee te werken aan de totstandkoming van een re-integratieverslag (art. 25 WIA).

De REA en de WIA geven UWV regres voor de gemaakte kosten van re-integratie.

De werkgever die eigenrisicodrager voor de WIA is, heeft eenzelfde regresrecht als UWV.

De werkgever heeft geen verhaalsrecht voor re-integratiekosten.

Krachtens art. 6:107a BW kan de werkgever slechts het netto doorbetaalde loon verhalen.

Re-integratiekosten kunnen evenmin verhaald worden als verplaatste schade in de zin van art. 6:107 BW; door het betalen van re-integratiekosten voldoet de werkgever namelijk aan een eigen verplichting.

Re-integratiekosten kunnen ook niet verhaald worden als kosten ter beperking van schade in de zin van art. 6:96 BW. Dit artikel ziet op buitengerechtelijke kosten en beredderingskosten. Re-integratiekosten vallen daar niet onder.

Het feit dat de re-integratiekosten en een deel van het doorbetaalde loon voor rekening van de werkgever blijven, moet voor de werkgever een financiële prikkel vormen om zich voor de re-integratie in te spannen, opdat het percentage arbeidsongeschiktheid zo laag mogelijk wordt en de periode van arbeidsongeschiktheid zo kort mogelijk wordt.

# 10. Tekst van relevante wet- en regelgeving

Art. 82 AAW: rekening houden met aanspraken

(tekst van kracht sinds 01.10.1976)

Bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop de verzekerde naar burgerlijk recht aanspraak kan maken ter zake van zijn arbeidsongeschiktheid, houdt de rechter rekening met de aanspraken die hij krachtens deze wet heeft.

Art. 60 ANW: rekening houden met aanspraken

(tekst van kracht sinds 01.07.1996)

Bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop de nabestaande en ouderloos geworden kinderen van de verzekerde naar burgerlijk recht aanspraak kunnen maken ter zake van het overlijden van de verzekerde, houdt de rechter rekening met de aanspraken op uitkeringen die de nabestaande en het ouderloos geworden kind op grond van deze wet hebben.

Art. 3 Arbeidsomstandighedenwet 1998: arbobeleid

(tekst van kracht sinds 29.12.2000)

1. De werkgever voert een zo goed mogelijk arbeidsomstandighedenbeleid en neemt daarbij, gelet op de stand van de wetenschap en professionele dienstverlening, het volgende in acht:

(...)

Art. 3a Arbeidsomstandighedenwet 1998: aanpassing arbeidsplaats

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

1. In aanvulling op art. 3, eerste lid, aanhef en onder c, past de werkgever uit hoofde van de uitoefening van zijn taak, bedoeld in art. 7:658a van het Burgerlijk Wetboek en art. 76e van de Ziektewet,

de inrichting van de arbeidsplaats, de werkmethoden en de bij de arbeid gebruikte arbeidsmiddelen, alsmede de arbeidsinhoud aan zijn werknemer die in verband met ongeschiktheid ten gevolge van ziekte verhinderd is de bedongen arbeid te verrichten, aan, en

de inrichting van het bedrijf aan die werknemer aan, voor zover de behoefte daaraan wordt opgeroepen door de deelneming van die werknemer aan de werkzaamheden of het daarmee samenhangende verblijf in het bedrijf.

2. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder werkgever mede verstaan de eigenrisicodrager, bedoeld in art. 1, eerste lid, onderdeel h, van de Ziektewet, en wordt onder werknemer mede verstaan de persoon, bedoeld in art. 63, eerste lid, van die wet, aan wie de eigenrisicodrager ziekengeld moet betalen.

Art. 4 Arbeidsomstandighedenwet 1998: arbobeleid

(tekst van kracht sinds 01.11.1999)

1. De werkgever voert, binnen het algemene arbeidsomstandighedenbeleid, een beleid met betrekking tot het ziekteverzuim van de werknemers.

Onderdeel van dit beleid is in ieder geval:

het zoveel mogelijk voorkomen of beperken van ziekte van werknemers;

het begeleiden van werknemers die door ziekte niet in staat zijn hun werk te verrichten.

2. De werkgever voert, binnen het algemene arbeidsomstandighedenbekeid, een beleid met betrekking tot het beschermen van werknemers tegen seksuele intimidatie en tegen agressie en geweld.

Art. 11 Arbeidsomstandighedenwet 1998: verplichtingen van de werknemer

(tekst van kracht sinds 01.07.2005)

De werknemer is verplicht om in verband met de arbeid de nodige voorzichtigheid en zorgvuldigheid in acht te nemen en naar vermogen zorg te dragen voor de eigen veiligheid en gezondheid en die van andere personen. Met name is hij verplicht om:

arbeidsmiddelen en gevaarlijke stoffen op de juiste wijze te gebruiken;

de hem ter beschikking gestelde persoonlijke beschermingsmiddelen op de juiste wijze te gebruiken en na gebruik op de daartoe bestemde plaats op te bergen, een en ander voor zover niet krachtens deze wet is bepaald, dat werknemers niet verplicht zijn beschermingsmiddelen als vorenbedoeld te gebruiken;

de op arbeidsmiddelen of anderszins aangebrachte beveiligingen niet te veranderen of buiten noodzaak weg te halen en deze op de juiste wijze te gebruiken;

mede te werken aan het voor hem georganiseerde onderricht, bedoeld in art. 8;

de door hem opgemerkte gevaren voor de veiligheid of de gezondheid terstond ter kennis te brengen aan de werkgever of degene die namens deze ter plaatse met de leiding is belast;

de werkgever en de werknemers en de andere deskundige personen, bedoeld in art. 13, eerste tot en met derde lid, de personen, bedoeld in art. 14, eerste lid, en de arbodienst, indien nodig bij te staan bij de uitvoering van hun verplichtingen en taken op grond van deze wet.

Art. 13 Arbeidsomstandighedenwet 1998: deskundigen

(tekst van kracht sinds 01.07.2005)

1. De werkgever laat zich ten aanzien van de naleving van zijn verplichtingen op grond van deze wet bijstaan door een of meer deskundige werknemers.

(...)

7. Het verlenen van bijstand omvat in ieder geval:

het verlenen van medewerking aan het verrichten en opstellen van een risico-inventarisatie en -evaluatie als bedoeld in art. 5;

het adviseren aan onderscheidenlijk nauw samenwerken met de ondernemingsraad of de personeelsvertegenwoordiging, of, bij het ontbreken daarvan, de belanghebbende werknemers, inzake de genomen en te nemen maatregelen, gericht op een zo goed mogelijk arbeidsomstandighedenbeleid;

de uitvoering van de maatregelen, bedoeld in onderdeel b, dan wel de medewerking daaraan.

(...)

Art. 14 Arbeidsomstandighedenwet 1998: deskundigen

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

1. In aanvulling op art. 13 laat de werkgever zich bij de volgende taken bijstaan door een of meer deskundige personen ten behoeve van wie overeenkomstig art. 20 een certificaat is afgegeven:

het toetsen van de risico-inventarisatie en -evaluatie, bedoeld in art. 5, en daarover adviseren;

de bijstand bij de begeleiding van werknemers die door ziekte niet in staat zijn hun arbeid te verrichten, met inbegrip van de bijstand bij de uitvoering van bij of krachtens art. 25, eerste, tweede, derde, vierde en zevende lid van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, dan wel bij of krachtens art. 71a, eerste, tweede, derde, vierde en zevende lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering gestelde regels;

het uitvoeren van:

1˚ het arbeidsgezondheidskundig onderzoek, bedoeld in art. 18;

2˚ de aanstellingskeuring, indien de werkgever deze laat verrichten;

het houden van een arbeidsomstandighedenspreekuur.

(...)

Art. 65a AWBZ: rekening houden met aanspraken

(tekst van kracht sinds 01.07.1999)

Bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop de verzekerde naar burgerlijk recht aanspraak kan maken ter zake van een feit dat aanleiding geeft tot het verlenen van zorg, bedoeld in art. 6, houdt de rechter rekening met de aanspraken die de verzekerde krachtens deze wet heeft.

Art. 7:629 BW (voorheen art. 7A:1638c BW): arbeidsrecht / loondoorbetaling bij ziekte (tekst van kracht sinds 01.01.2006)

1. Voor zover het loon meer bedraagt dan het bedrag, bedoeld in art. 17, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen, met betrekking tot een loontijdvak van een dag, behoudt de werknemer voor een tijdvak van 104 weken recht op 70% van het naar tijdruimte vastgestelde loon, maar de eerste 52 weken ten minste op het voor hem geldende wettelijke minimumloon, indien hij de bedongen arbeid niet heeft verricht, omdat hij in verband met ongeschiktheid tengevolge van ziekte, zwangerschap of bevalling daartoe verhinderd was.

2. Voor de werknemer die ten behoeve van zijn werkgever uitsluitend of nagenoeg uitsluitend huiselijke of persoonlijke diensten op minder dan drie dagen per week verricht, geldt het in lid 1 bedoelde recht voor een tijdvak van zes weken.

3. De werknemer heeft het in lid 1 bedoelde recht niet:

indien de ziekte door zijn opzet is veroorzaakt of een gevolg is van een gebrek waarover hij in het kader van een aanstellingskeuring valse informatie heeft verstrekt en daardoor de toetsing aan de voor de functie opgestelde belastbaarheidseisen niet juist kon worden uitgevoerd;

voor de tijd gedurende welke door zijn toedoen zijn genezing wordt belemmerd of vertraagd;

voor de tijd gedurende welke hij, hoewel hij daartoe in staat is, zonder deugdelijke grond passende arbeid, als bedoeld in art. 7:658a. lid 4, voor de werkgever of voor een door de werkgever met toestemming van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen, genoemd in hoofdstuk 5 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen, aangewezen derde, waartoe de werkgever hem in de gelegenheid stelt, niet verricht;

voor de tijd gedurende welke hij zonder deugdelijke grond weigert mee te werken aan door de werkgever of door een door hem aangewezen deskundige gegeven redelijke voorschriften of getroffen maatregelen die erop gericht zijn om de werknemer in staat te stellen passende arbeid, als bedoeld in art. 7:658a, lid 4, te verrichten;

voor de tijd gedurende welke hij zonder deugdelijke grond weigert mee te werken aan het opstellen, evalueren en bijstellen van een plan van aanpak, als bedoeld in art. 7:658a, lid 3;

voor de tijd gedurende welke hij zonder deugdelijke grond zijn aanvraag om een uitkering, als bedoeld in art. 64, eerste lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, later indient dan in dat artikel is voorgeschreven.

4. In afwijking van lid 1 heeft de vrouwelijke werknemer het in dat lid bedoelde recht niet gedurende de periode dat zij zwangerschaps- of bevallingsverlof geniet overeenkomstig art. 3:1, tweede en derde lid, van de Wet arbeid en zorg.

5. Het loon wordt verminderd met het bedrag van enige geldelijke uitkering die de werknemer toekomt krachtens enige wettelijke voorgeschreven verzekering of krachtens enige verzekering of uit enig fonds waarin de werknemer niet deelneemt, voor zover deze uitkering betrekking heeft op de bedongen arbeid waaruit het loon wordt genoten.

Het loon wordt voorts verminderd met het bedrag van de inkomsten, door de werknemer in of buiten dienstbetrekking genoten voor werkzaamheden die hij heeft verricht gedurende de tijd dat hij, zo hij daartoe niet verhinderd was geweest, de bedongen arbeid had kunnen verrichten.

6. De werkgever is bevoegd de betaling van het in lid 1 bedoelde loon op te schorten voor de tijd, gedurende welke de werknemer zich niet houdt aan door de werkgever schriftelijk gegeven redelijke voorschriften omtrent het verstrekken van de inlichtingen die de werkgever behoeft om het recht op loon vast te stellen.

7. De werkgever kan geen beroep meer doen op enige grond het loon geheel of gedeeltelijk niet te betalen of de betaling daarvan op te schorten, indien hij de werknemer daarvan geen kennis heeft gegeven onverwijld nadat bij hem het vermoeden van het bestaan daarvan is gerezen of redelijkerwijs had behoren te rijzen.

8. Art. 7:628, lid 3, is van overeenkomstige toepassing.

9. Van dit artikel kan ten nadele van de werknemer slechts in zoverre worden afgeweken, dat bedongen kan worden, dat de werknemer voor de eerste twee dagen van het in lid 1 of lid 2 bedoelde tijdvak geen recht op loon heeft.

10. Voor de toepassing van de leden 1, 2 en 9 worden perioden waarin de werknemer in verband met ongeschiktheid ten gevolge van ziekte, zwangerschap of bevalling verhinderd is geweest zijn arbeid te verrichten, samengeteld indien zij elkaar met een onderbreking van minder dan vier weken opvolgen, of indien zij direct voorafgaan aan en aansluiten op een periode waarin zwangerschaps- of bevallingsverlof wordt genoten als bedoeld in art. 3:1, tweede en derde lid, van de Wet arbeid en zorg, tenzij de ongeschiktheid redelijkerwijs niet geacht kan worden voort te vloeien uit dezelfde oorzaak.

11. Het tijdvak van 104 weken, bedoeld in lid 1, wordt verlengd:

met de duur van de vertraging, indien de werkgever de aangifte, bedoeld in art. 38, eerste lid, van de Ziektewet, later doet dan in dat artikel is voorgeschreven;

met de duur van de vertraging, indien de aanvraag, bedoeld in art. 64, eerste lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, later wordt gedaan dan in of op grond van dat artikel is voorgeschreven;

met de duur van het verlengde tijdvak dat het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen op grond van art. 24, eerste lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen heeft vastgesteld of met de duur van het tijdvak, bedoeld in art. 25, negende lid, eerste zin, van die wet;

met de duur van de verlenging van de wachttijd, bedoeld in art. 19, eerste lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, indien die wachttijd op grond van het zevende lid van dat artikel wordt verlengd; en

met de duur van het tijdvak dat het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen op grond van art. 71a, negende lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft vastgesteld.

12. Indien de werknemer passende arbeid als bedoeld in art. 7:658a, lid 4, verricht, blijft de arbeidsovereenkomst onverkort in stand.

Art. 7:658a BW: arbeidsrecht / verplichtingen van de werkgever

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

1. De werkgever bevordert ten aanzien van de werknemer die in verband met ongeschiktheid ten gevolge van ziekte verhinderd is de bedongen arbeid te verrichten, de inschakeling in de arbeid in zijn bedrijf.

Indien vaststaat, dat de eigen arbeid niet meer kan worden verricht en in het bedrijf van de werkgever geen andere passende arbeid voorhanden is, bevordert de werkgever, gedurende het tijdvak waarin de werknemer jegens hem recht op loon heeft op grond van art. 7:629, art. 71a, negende lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering of art. 25, negende lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, de inschakeling van de werknemer in voor hem passende arbeid in het bedrijf van een andere werkgever.

2. Uit hoofde van de uitoefening van zijn taak, bedoeld in lid 1, is de werkgever verplicht zo tijdig mogelijk zodanige maatregelen te treffen en aanwijzingen te verstrekken als redelijkerwijs mogelijk is, opdat de werknemer die in verband met ongeschiktheid ten gevolge van ziekte verhinderd is de bedongen arbeid te verrichten, in staat wordt gesteld de eigen of andere passende arbeid te verrichten.

3. Uit hoofde van de uitoefening van zijn taak, bedoeld in lid 1, stelt de werkgever in overeenstemming met de werknemer een plan van aanpak op als bedoeld in art. 71a, tweede lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering en art. 25, tweede lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen.

Het plan van aanpak wordt met medewerking van de werknemer regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

4. Onder passende arbeid als bedoeld in lid 1 en 2 wordt verstaan alle arbeid die voor de krachten en bekwaamheden van de werknemer is berekend, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijke, geestelijke of sociale aard niet van hem kan worden gevergd.

5. De werkgever en degene door wie de werkgever zich op grond van art. 14 van de Arbeidsomstandighedenwet 1998 laat bijstaan, verstrekken een re-integratiebedrijf als bedoeld in art. 1 van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen gegevens voor zover deze noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de door de werkgever aan dit bedrijf opgedragen werkzaamheden, alsmede het sociaal-fiscaal nummer van de persoon wiens inschakeling in de arbeid door dat re-integratiebedrijf wordt bevorderd.

Het re-integratiebedrijf verwerkt deze gegevens slechts voor zover dat noodzakelijk is voor deze werkzaamheden en gebruikt slechts met dat doel het sociaal-fiscaal nummer bij die verwerking.

Onder sociaal-fiscaal nummer wordt in dit artikel verstaan het nummer, bedoeld in art. 2, derde lid, onderdeel j, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen.

6. Dit artikel is van overeenkomstige toepassing op de eigenrisicodrager, bedoeld in art. 1, eerste lid, onderdeel h, van de Ziektewet, en de persoon, bedoeld in art. 63, eerste lid, van de Ziektewet, gedurende de periode dat de eigenrisicodrager aan die persoon ziekengeld moet betalen.

Art. 7:660a BW: arbeidsrecht/verplichtingen van de werknemer

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

De werknemer die in verband met ongeschiktheid ten gevolge van ziekte verhinderd is de bedongen arbeid te verrichten, is verplicht:

gevolg te geven aan door de werkgever of een door hem aangewezen deskundige gegeven redelijke voorschriften en mee te werken aan door de werkgever of een door hem aangewezen deskundige getroffen maatregelen als bedoeld in art. 7:658a, lid 2;

zijn medewerking te verlenen aan het opstellen, evalueren en bijstellen van een plan van aanpak als bedoeld in art. 7:658a, lid 3;

passende arbeid als bedoeld in art. 7:658a, lid 4, te verrichten waartoe de werkgever hem in de gelegenheid stelt.

Art. 7:962 BW (ontwerp 7.17.2.25): schadeverzekering / subrogatie

(tekst van kracht sinds 01.01.2006)

1. Indien de verzekerde ter zake van door hem geleden schade anders dan uit verzekering vorderingen tot schadevergoeding op derden heeft, gaan die vorderingen bij wijze van subrogatie op de verzekeraar over, voor zover deze, al dan niet verplicht, die schade vergoedt.

De verzekerde moet zich, nadat het risico zich heeft verwezenlijkt, onthouden van elke gedraging welke aan het recht van de verzekeraar tegen die derden afbreuk doet.

2. De verzekeraar kan de vordering waarin hij is gesubrogeerd, of die hij door overdracht heeft verkregen, niet ten nadele van het recht op schadevergoeding van de verzekerde uitoefenen.

3. De verzekeraar krijgt geen vordering op de verzekeringnemer, een mede-verzekerde, de niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot of de geregistreerde partner van een verzekerde, de andere levensgezel van een verzekerde, noch op de bloedverwanten in de rechte lijn van een verzekerde, op een werknemer of de werkgever van de verzekerde, of op degene die in dienst staat tot dezelfde werkgever als de verzekerde.

Deze regel geldt niet voor zover zulk een persoon jegens de verzekerde aansprakelijk is wegens een omstandigheid die afbreuk zou hebben gedaan aan de uitkering, indien die omstandigheid aan de verzekerde zou zijn toe te rekenen.

Art. 48 REA: rekening houden met aanspraken

(tekst van kracht sinds 31.12.1998)

Bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop de arbeidsgehandicapte, bedoeld in art. 10, naar burgerlijk recht aanspraak kan maken ter zake van zijn arbeidshandicap, houdt de rechter rekening met de aanspraken die de arbeidsgehandicapte op grond van deze wet heeft.

Art. 60 WAJONG: rekening houden met aanspraken

(tekst van kracht sinds 01.01.1998)

Bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop de jonggehandicapte naar burgerlijk recht aanspraak kan maken ter zake van zijn arbeidsongeschiktheid, houdt de rechter rekening met de aanspraken die hij op grond van deze wet heeft.

Art. 89 WAO: rekening houden met aanspraken

(tekst van kracht sinds 01.09.1966)

Bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop de verzekerde naar burgerlijk recht aanspraak kan maken ter zake van zijn arbeidsongeschiktheid, houdt de rechter rekening met de aanspraken die hij krachtens deze wet heeft.

Art. 68 WAZ: rekening houden met aanspraken

(tekst van kracht sinds 01.01.1998)

Bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop de verzekerde naar burgerlijk recht aanspraak kan maken ter zake van zijn arbeidsongeschiktheid, houdt de rechter rekening met de aanspraken die hij op grond van deze wet heeft.

Art. 6 WIA: begrip arbeidsongeschiktheid

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

1. De beoordeling of iemand volledig en duurzaam arbeidsongeschikt of gedeeltelijk arbeidsgeschikt is, wordt gebaseerd op een verzekeringsgeneeskundig en een arbeidskundig onderzoek.

2. Bij het vaststellen van volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid of gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid wordt, zo mogelijk, rekening gehouden met verkregen nieuwe bekwaamheden, maar wordt buiten beschouwing gelaten, of de verzekerde de arbeid feitelijk kan verkrijgen.

3. Onder arbeid als bedoeld in art. 4, eerste lid, en 5 wordt verstaan alle algemeen geaccepteerde arbeid waartoe de verzekerde met zijn krachten en bekwaamheden in staat is.

4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen met betrekking tot het eerste, tweede en derde lid, en de art. 4 en 5 nadere en zo nodig afwijkende regels worden gesteld die voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten en gedeeltelijk arbeidsgeschikten verschillend kunnen zijn.

Hierbij kan tevens onderscheid worden gemaakt tussen de situaties, bedoeld in art. 4, tweede en derde lid.

5. (...)

6. Bij ministeriële regeling wordt een lijst opgesteld die aan de hand van wetenschappelijke gegevens de hersteltermijnen van ziekten bevat.

Bij de beoordeling, bedoeld in het eerste lid, hanteert de verzekeringsarts deze lijst als uitgangspunt.

Art. 25 WIA: re-integratie- en loondoorbetalingsplicht van werkgever (tekst van kracht sinds 29.12.2005)

1. De werkgever jegens wie de verzekerde, bij ongeschiktheid tot het verrichten van arbeid wegens ziekte, recht heeft op loon als bedoeld in art. 7:629 van het Burgerlijk Wetboek dan wel aanspraak heeft op bezoldiging op grond van art. XV, tweede lid, van de Wet terugdringing ziekteverzuim, houdt aantekening van het verloop van de ziekte en de re-integratie van de verzekerde.

2. De werkgever, bedoeld in het eerste lid, stelt binnen een bij ministeriële regeling nader te bepalen termijn, in overeenstemming met de verzekerde een plan van aanpak op.

De afspraken die in het plan van aanpak zijn gemaakt, worden door werkgever en verzekerde nageleefd.

Het plan van aanpak wordt periodiek geëvalueerd.

3. Uiterlijk vijftien weken voor het verstrijken van de wachttijd stelt de werkgever, bedoeld in het eerste lid, in overleg met de verzekerde een re-integratieverslag op en verstrekt hiervan een afschrift aan de verzekerde.

4. Indien art. 24, eerste lid, toepassing heeft gevonden:

stelt de werkgever in overleg met de verzekerde, indien hij nog geen re-integratieverslag heeft opgesteld, in afwijking van het derde lid, het re-integratieverslag uiterlijk vijftien weken voor het verstrijken van het door het UWV vastgestelde verlengde tijdvak, bedoeld in art. 24, eerste lid, op en verstrekt een afschrift daarvan aan de verzekerde;

vult de werkgever in overleg met de verzekerde, indien hij al een re-integratieverslag heeft opgesteld, dit re-integratieverslag uiterlijk vijftien weken voor het verstrijken van het door het UWV vastgestelde verlengde tijdvak, bedoeld in art. 24, eerste lid, aan en verstrekt een afschrift daarvan aan de verzekerde, tenzij de verzekerde verzoekt dit, in verband met het doen van een aanvraag als bedoeld in art. 64, eerder te doen. De werkgever komt binnen twee weken aan dit verzoek tegemoet.

5. Bij de uitvoering van het eerste tot en met het vierde lid laat de werkgever zich bijstaan door een persoon als bedoeld in art. 14, eerste lid, van de Arbeidsomstandighedenwet 1998, die belast is met de bijstand, bedoeld in art. 14, eerste lid, onderdeel b, van die wet of door een arbodienst.

6. De verzekerde verleent zijn medewerking bij het opstellen van het plan van aanpak en bij het opstellen van het re-integratieverslag.

7. Bij ministeriële regeling kunnen regels met betrekking tot het eerste tot en met zesde lid worden gesteld.

8. Indien bij de behandeling van de aanvraag, bedoeld in art. 64, blijkt dat de werkgever zijn verplichting om een re-integratieverslag op te stellen niet of niet volledig is nagekomen, stelt het UWV aan de werkgever een termijn waarbinnen het re-integratieverslag wordt verstrekt of aangevuld.

9. Indien bij de behandeling van de aanvraag, bedoeld in art. 64, en de beoordeling, bedoeld in art. 65, blijkt dat de werkgever zonder deugdelijke grond zijn verplichtingen op grond van het eerste, tweede, derde, vierde of vijfde lid dan wel de krachtens het zevende lid gestelde regels niet of niet volledig nakomt of onvoldoende re-integratie-inspanningen heeft verricht, stelt het UWV een tijdvak vast gedurende welke de verzekerde jegens die werkgever recht op loon heeft op grond van art. 7:629 van het Burgerlijk Wetboek dan wel aanspraak op bezoldiging op grond van art. XV, tweede lid, van de Wet terugdringing ziekteverzuim.

Dit tijdvak is ten hoogste 52 weken en wordt afgestemd op de periode die nodig wordt geacht om alsnog voldoende re-integratie-inspanningen te leveren.

10. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen voor de toepassing van het negende lid nadere regels worden gesteld.

Art. 28 WIA: verplichtingen van de werknemer

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

1. De verzekerde voorkomt het ontstaan van arbeidsongeschiktheid of verminderde arbeidsgeschiktheid en beperkt het bestaan van arbeidsongeschiktheid of verminderde arbeidsgeschiktheid, voor zover dit redelijkerwijs van hem verwacht mag worden.

2. De verzekerde is gedurende de wachttijd alsmede het verlengde tijdvak, bedoeld in art. 24, eerste lid, en het tijdvak, bedoeld in art. 25, negende lid, verplicht:

mee te werken aan door zijn werkgever of door een door die werkgever aangewezen deskundige gegeven redelijke voorschriften of getroffen maatregelen die erop gericht zijn om hem in staat te stellen passende arbeid te verrichten; en

voldoende re-integratie-inspanningen te verrichten.

Voor de toepassing van dit artikel wordt onder werkgever mede verstaan de eigenrisicodrager, bedoeld in art. 1, eerste lid, onderdeel h, van de Ziektewet.

3. Dit artikel is van overeenkomstige toepassing op de persoon die tijdens de wachttijd, met uitzondering van de eerste dag van die wachttijd, geen verzekerde is op grond van deze wet.

Art. 29 WIA: verplichtingen van de werknemer

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

1. De verzekerde die recht heeft op een WGA-uitkering, is verplicht in voldoende mate te trachten mogelijkheden tot het verrichten van passende arbeid te behouden of te verkrijgen.

2. Ter naleving van de plicht, bedoeld in het eerste lid, is de verzekerde die recht heeft op een WGA-uitkering, in elk geval verplicht:

zich geneeskundig te laten behandelen of aanwijzingen van een arts op te volgen, indien het UWV of de eigenrisicodrager of het re-integratiebedrijf in opdracht van het UWV of de eigenrisicodrager daartoe opdracht geeft, en zijn genezing niet te belemmeren;

mee te werken aan activiteiten of werkzaamheden, gericht op zijn inschakeling in de arbeid, die het UWV of de eigenrisicodrager wenselijk acht voor verkrijging van mogelijkheden tot verrichten van passende arbeid;

mee te werken aan aanpassing van de arbeidsplaats en aan persoonsgebonden voorzieningen die het UWV of de eigenrisicodrager verstrekt voor verkrijging van mogelijkheden tot verrichten van passende arbeid en zo nodig trachten die aanpassing en die voorzieningen te verkrijgen;

mee te werken aan het opstellen van de re-integratievisie en het re-integratieplan;

te voldoen aan verplichtingen die zijn opgenomen in de re-integratievisie en het re-integratieplan.

Art. 30 WIA: verplichtingen van de werknemer

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

1. De verzekerde die recht heeft op een WGA-uitkering, is verplicht:

passende arbeid te verrichten, indien hij daartoe in de gelegenheid wordt gesteld;

in voldoende mate te trachten passende arbeid te verkrijgen; en

geen eisen te stellen in verband met door hem te verrichten arbeid die het aanvaarden of verkrijgen van passende arbeid belemmeren.

2. De verzekerde die zijn resterende verdiencapaciteit als bedoeld in paragraaf 7.2 niet volledig benut en die recht heeft op een WGA-uitkering, is verplicht zich als werkzoekende bij de Centrale organisatie werk en inkomen te laten registreren, indien hem daartoe het recht toekomt op grond van art. 25, eerste lid, van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen en het UWV of de eigenrisicodrager hem dit vraagt.

3. De verzekerde die recht heeft op een loongerelateerde uitkering van de WGA-uitkering, is verplicht zich in al zijn gedragingen te richten op het voorkomen van verwijtbaar verlies van passende arbeid.

4. In dit hoofdstuk wordt onder passende arbeid verstaan alle arbeid die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde is berekend, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijke, geestelijke of sociale aard niet van hem kan worden gevergd.

Art. 98 WIA: rekening houden met aanspraken

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

Bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop een persoon die recht heeft op een uitkering op grond van deze wet, naar burgerlijk recht aanspraak kan maken in verband met zijn volledig en duurzame arbeidsongeschiktheid of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, houdt de rechter rekening met de aanspraken die hij op grond van deze wet en de daarop berustende bepalingen heeft.

Art. 99 WIA: regresrecht voor uitkeringen

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

1. Het UWV heeft voor de op grond van deze wet en de daarop berustende bepalingen gemaakte kosten verhaal op de persoon die naar burgerlijk recht verplicht is schade te vergoeden aan de persoon die recht heeft op een uitkering op grond van deze wet, doch ten hoogste tot het bedrag waarvoor deze bij het ontbreken van de aanspraken krachtens deze wet naar burgerlijk recht aansprakelijk zou zijn, verminderd met een bedrag, gelijk aan dat van de schadevergoeding tot betaling waarvan de aansprakelijke persoon jegens de persoon die recht heeft op een uitkering op grond van deze wet, naar burgerlijk recht is gehouden.

2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald, dat het UWV in plaats van het bedrag van de periodieke verstrekkingen de contante waarde daarvan kan vorderen.

3. De eigenrisicodrager treedt voor de toepassing van het eerste en het tweede lid in de plaats van het UWV voor zover hij het risico van de betaling van uitkering op grond van deze wet draagt.

Art. 100 WIA: beperking regresrecht

(tekst van kracht sinds 29.12.2005)

1. Art. 99 geldt ten aanzien van de naar burgerlijk recht tot schadevergoeding verplichte werkgever van de persoon die recht heeft op een uitkering op grond van deze wet, onderscheidenlijk ten aanzien van de naar burgerlijk recht tot schadevergoeding verplichte verzekerde die in dienstbetrekking staat tot dezelfde werkgever als de verzekerde jegens wie naar burgerlijk recht een verplichting tot schadevergoeding bestaat, slechts indien de volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid is te wijten aan opzet of bewuste roekeloosheid van die werkgever onderscheidenlijk die verzekerde.

2. Voor de toepassing van het eerste lid wordt mede als werkgever beschouwd de inlener bedoeld in art. 34 van de Invorderingswet 1990.

Art. 1 WMO: begripsomschrijving

(tekst van kracht sinds 01.01.2007)

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

a. (...)

b. mantelzorg: langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar overstijgt;

c. (...)

g. maatschappelijke ondersteuning:

1˚. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;

2˚. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;

3˚. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;

4˚. het ondersteunen van mantelzorgers daaronder begrepen steun bij het vinden van adequate oplossingen indien zij hun taken tijdelijk niet kunnen waarnemen, alsmede het ondersteunen van vrijwilligers;

5˚. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;

6˚. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;

7˚. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd;

8˚. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;

9˚. het bevorderen van verslavingsbeleid;

h. (...)

Art. 2 WMO: voorrangsregeling

(tekst van kracht sinds 01.01.2007)

Er bestaat geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning voor zover met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning, een voorziening op grond van een andere wettelijke regeling bestaat.

Art. 15 WMO: eigen bijdrage

(tekst van kracht sinds 01.01.2007)

1. De gemeenteraad kan bij verordening bepalen dat een persoon van 18 jaren of ouder aan wie maatschappelijke ondersteuning is verleend, voor zover die ondersteuning bestaat uit het verlenen van een individuele voorziening of een persoonsgebonden budget en niet bestaat uit een aan hem verleende financiële tegemoetkoming, een eigen bijdrage is verschuldigd.

2. De hoogte van de eigen bijdrage kan voor de verschillende soorten van maatschappelijke ondersteuning verschillend worden vastgesteld en mede afhankelijk gesteld worden van het inkomen van degene aan wie maatschappelijke ondersteuning is verleend en van zijn echtgenoot.

3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot de financiële eigen bijdrage.

Art. 284 WvK: subrogatie door verzekeraar

(tekst van kracht van 01.01.1992 tot 01.01.2006)

Indien de verzekerde ter zake van de door hem geleden schade vorderingen tot schadevergoeding op derden heeft, anders dan uit verzekering, gaan die vorderingen bij wijze van subrogatie over op de verzekeraar, voor zover deze die schade vergoedt.

Art. 83a ZFW: rekening houden met aanspraken

(tekst van kracht van 01.01.1998 tot 01.01.2006)

Bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop de verzekerde naar burgerlijk recht aanspraak kan maken ter zake van een feit dat aanleiding geeft tot het verlenen van verstrekkingen of vergoedingen ingevolge de verzekering, houdt de rechter rekening met de aanspraken die de verzekerde krachtens deze wet heeft.

Art. 83b ZFW: regresrecht voor uitkeringen

(tekst van kracht van 01.04.2001 tot 01.01.2006)

1. Behoudens toepassing van het derde lid, eerste volzin, heeft een ziekenfonds voor de krachtens de verzekering gemaakte kosten verhaal op degene die in verband met het veroorzaken van het in art. 83a bedoelde feit jegens de verzekerde naar burgerlijk recht tot schadevergoeding is verplicht, doch ten hoogste tot het bedrag waarvoor deze bij het ontbreken van de aanspraken krachtens de verzekering naar burgerlijk recht aansprakelijk zou zijn, verminderd met een bedrag, gelijk aan dat van de schadevergoeding tot betaling waarvan de aansprakelijke persoon jegens de verzekerde naar burgerlijk recht is gehouden.

2. Voor zover de geldswaarde van de in het eerste lid bedoelde verleende verstrekkingen niet kan worden vastgesteld, wordt deze bepaald op een geschat bedrag. Onze Minister kan hieromtrent nadere regels stellen.

3. Het College zorgverzekeringen kan met verzekeraars een overeenkomst sluiten, inhoudende een door die verzekeraars aan het College zorgverzekeringen te betalen afkoopsom voor de voor de komende periode te verwachten schadelast ten gevolge van de schadeplichtigheid van diens verzekerden ingevolge het eerste lid.

De overeenkomst heeft geen betrekking op de schadelast van een ziekenfonds dat voor de aanvang van de onderhandelingen over de bedoelde overeenkomst aan het College zorgverzekeringen te kennen heeft gegeven van zijn bevoegdheid in het eerste lid gebruik te maken.

Het College zorgverzekeringen stelt voor aanvang van de periode waarvoor een afkoopsom is overeengekomen, ziekenfondsen op de hoogte van de totstandkoming van bedoelde overeenkomst.

Art. 83c ZFW: beperking regresrecht

(tekst van kracht van 01.01.1966 tot 01.01.2006)

1. Het bepaalde in het vorige artikel geldt ten aanzien van de naar burgerlijk recht tot schadevergoeding verplichte werkgever van de verzekerde onderscheidenlijk ten aanzien van de naar burgerlijk recht tot schadevergoeding verplichte verzekerde die in dienstbetrekking staat tot dezelfde werkgever als de verzekerde jegens wie naar burgerlijk recht verplichting tot schadevergoeding bestaat, slechts indien het in art. 83a bedoelde feit is te wijten aan opzet of bewuste roekeloosheid van die werkgever onderscheidenlijk verzekerde.

2. Voor de toepassing van het vorige lid wordt mede als werkgever beschouwd degene die krachtens het bepaalde bij het eerste lid van art. 16a der Coördinatiewet Sociale Verzekering mede als werkgever wordt beschouwd, ongeacht de bij het tweede lid van dat artikel bedoelde uitzonderingen.

Art. 1 Zvw: begripsomschrijving

(tekst van kracht sinds 01.01.2006)

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

verzekeraar: een verzekeringsonderneming als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering;

zorgverzekeraar: een verzekeraar, voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert;

verzekeringnemer: een persoon die met een zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gesloten;

zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens deze wet is geregeld en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan;

verzekeringsplichtige: degene die op grond van art. 2 verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren;

verzekerde: degene wiens risico van behoefte aan zorg of overige diensten, als bedoeld in art. 10, door een zorgverzekering wordt gedekt;

eigen risico: een door de verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens art. 11, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen;

(...)

Art. 19 Zvw: het eigen risico

(tekst van kracht sinds 01.01.2006)

1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in art. 11, eerste lid, een variant zonder eigen risico aan.

2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een eigen risico van EUR 100, EUR 200, EUR 300, EUR 400 of EUR 500 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.

(...)

Art. 20 Zvw: het eigen risico

(tekst van kracht sinds 01.01.2006)

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de kosten tot een bij of krachtens die maatregel te bepalen bedrag buiten een eigen risico vallen.

Art. 21 Zvw: het eigen risico

(tekst van kracht sinds 01.01.2006)

1. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

(...)

Art. 22 Zvw: de no claimteruggave bij beperkt zorggebruik

(tekst van kracht sinds 01.01.2006)

1. Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen bedrag, heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij de maatregel bepaalde bedrag en eerder bedoelde waarde.

2. Geen recht op een no claimteruggave hebben verzekerden voor wie geen premie verschuldigd is.

3. Indien de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd en de verzekeringnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde, een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, dan wel indien voor de verzekerde gedurende het kalenderjaar premie verschuldigd is geworden, wordt het in het eerste lid bedoelde, bij algemene maatregel van bestuur te bepalen bedrag vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel premie verschuldigd was, en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.

4. Indien het derde lid van toepassing is, wordt de no claimteruggave berekend door van het ingevolge dat lid bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties, genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop voor de verzekerde premie verschuldigd werd.

5. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald:

welke vormen van zorg of overige diensten in welke mate buiten beschouwing blijven bij het bepalen van de waarde van de verzekerde prestaties, bedoeld in het eerste en vierde lid;

binnen welke termijn en op welke wijze de uitkering wordt betaald;

de gevolgen van het bekend worden van gebruik van zorg in een kalenderjaar waarvoor reeds uitbetaling van de uitkering heeft plaatsgevonden;

het indexcijfer waarmee het in het eerste lid bedoelde, bij algemene maatregel van bestuur te bepalen bedrag jaarlijks bij ministeriële regeling wordt herzien, alsmede de berekeningswijze en de afronding die bij die herziening worden gehanteerd.

Art. 52 ZW: rekening houden met aanspraken

(tekst van kracht sinds 01.07.1967)

Bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop de verzekerde naar burgerlijk recht aanspraak kan maken ter zake van zijn ongeschiktheid tot werken wegens ziekte, houdt de rechter rekening met de aanspraken die hij krachtens deze wet heeft.

# 11. Stellingen

#### Stelling 13: de no claimteruggave

Ziektekostenvorderingen van de benadeelde privé wegens verlies van no claimteruggave moeten door de aansprakelijke partij worden vergoed.

#### Stelling 14: het eigen risico op de zorgverzekering

Ziektekostenvorderingen van de benadeelde privé wegens toerekening aan eigen risico moeten door de aansprakelijke partij worden vergoed.

#### Stelling 15: rekening houden met aanspraken

Een aansprakelijke partij mag aan de betrokkene geen schadevergoeding onthouden op de grond, dat de betrokkene voor de desbetreffende schadepost een PGB kan verkrijgen.

#### Stelling 16: voorrangsregeling

De gemeente mag een aanvraag voor een WVG- of WMO-verstrekking niet weigeren op de grond dat de betrokkene een beroep kan doen op een aansprakelijke partij.

#### Stelling 17: het PGB-voorbehoud

Als de toekomstige schade wordt afgewikkeld door middel van een bedrag ineens en partijen er bij de vaststelling van dat bedrag van zijn uitgegaan, dat de benadeelde een PGB met bijbehorende eigen bijdrage kan verkrijgen, heeft de benadeelde desgevraagd recht op een voorbehoud in de vaststellingsovereenkomst, inhoudende dat bij toekomstige wijziging van de PGB-regeling en de eigen bijdrageregeling de verdere schade opnieuw moet worden vastgesteld.