

VWS-Verzekerdenmonitor 2012

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Zorgverzekeringen

Den Haag, 2012

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	3
HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN	5
1.1 Inleiding.....	5
1.2 AWBZ-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen	5
1.3 Conclusie	7
HOOFDSTUK 2. WANBETALERS	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering	9
2.3 Monitoring door het CBS.....	10
2.4 Aantal wanbetalers	10
2.5 Achtergrondkenmerken.....	11
2.6 Uitvoering van de wanbetalersregeling	13
2.7 Wanbetalersbijdrage.....	13
2.8 Relevante ontwikkelingen.....	13
2.9 Conclusie	14
HOOFDSTUK 3. ONVERZEKERDEN	15
3.1 Inleiding.....	15
3.2 Ervaringen met de uitvoering van de Wet	16
3.3 Monitoring door het CBS.....	18
3.4 Achtergrondkenmerken.....	19
3.5 Voorlichting.....	19
3.6 Conclusie	20
HOOFDSTUK 4. GEMOEDSBEZWAARDEN	23
4.1 Inleiding.....	23
4.2 Aantal gemoedsbezwaarden	23
4.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden	24
4.4 Uitvoering.....	24
4.5 Conclusie	24
HOOFDSTUK 5. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN ..	25
5.1 Inleiding.....	25
5.2 De wettelijke bijdrageregeling.....	25
5.3 Uitvoering.....	26
5.4 CVZ monitor	26
5.5 Relevante ontwikkelingen.....	28
5.6 Conclusie	28
HOOFDSTUK 6. INTERNATIONALE ASPECTEN	29
6.1 Inleiding.....	29
6.2 Verdragsgerechtigden	29
6.2.1 Aantal verdragsgerechtigden	30
6.2.2 Kosten verdragsgerechtigden	31
6.2.3 Uitvoering	33
6.2.4 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	34
6.2.5 Relevante ontwikkelingen met betrekking tot de verdragsgerechtigden	35
6.4 Conclusie	37
HOOFDSTUK 7. CARIBISCH NEDERLAND.....	39
BIJLAGEN	41
Bijlage I Verklaring afkortingen	41

INLEIDING

Voor u ligt de VWS-verzekerdenmonitor 2012 (hierna: monitor). In 2008 is de monitor voor het eerst verschenen en aan de Eerste en Tweede Kamer aangeboden. De monitor was toen tot stand gekomen, omdat het parlement bij verschillende gelegenheden had gevraagd om geïnformeerd te worden over de cijfermatige ontwikkelingen in het verzekeringsstelsel in nationaal en internationaal verband. Met de monitor is hiertoe een samenhangend beeld geboden. Aan de hand van de ontwikkelingen kan worden bekeken of de maatregelen die zijn getroffen op de diverse beleidsterreinen hebben geleid tot de gewenste resultaten.

De verzekerdenmonitor 2008 werd goed ontvangen. Diverse fracties uit zowel de Eerste als Tweede Kamer hebben aangegeven een jaarlijkse monitor zeer op prijs te stellen. Daarom heeft de minister van VWS toegezegd de monitor jaarlijks te presenteren.

In deze monitor wordt achtereenvolgens ingegaan op het stelsel sociale ziektekostenverzekeringen, (hoofdstuk 1), de wanbetalers (hoofdstuk 2), de onverzekerden (hoofdstuk 3), de gemoedsbezwaarden (hoofdstuk 4), de illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen (hoofdstuk 5), de internationale aspecten (hoofdstuk 6) en Caribisch Nederland (hoofdstuk 7).

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN

1.1 Inleiding

Het Nederlandse stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen is opgebouwd uit twee onderdelen. In de eerste plaats bestaat er een verzekering van rechtswege voor de gehele bevolking voor de langdurige zorg. Die is geregeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ vergoedt de kosten van langdurige zorg voor mensen met een ernstige beperking door een handicap, chronische ziekte of ouderdom. In de tweede plaats is er de verzekering tegen de kosten van op herstel gerichte zorg. Hiervoor zijn mensen verplicht zich te verzekeren. Die is opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met de sociale verzekeringen van de AWBZ en de Zvw zorgen we er in Nederland voor dat iedereen die daar recht op heeft, de noodzakelijke zorg op een betaalbare manier krijgt.

Solidariteit vormt de basis voor deze sociale ziektekostenverzekeringen. Daarom betalen mensen ook op het moment dat ze niet ziek zijn en geen zorg nodig hebben mee aan de verzekeringen. De kosten voor de AWBZ worden grotendeels gefinancierd uit een inkomensafhankelijke premie. Deze wordt samen met de premies voor de andere volksverzekeringen geïnd door de Belastingdienst. De Zvw wordt voor een groot deel gefinancierd uit een nominale premie en een inkomensafhankelijke bijdrage, die wordt geïnd door de Belastingdienst. De nominale premie betalen verzekerden rechtstreeks aan de zorgverzekeraar die zij zelf hebben uitgekozen. De hoogte van de nominale premie wordt door de zorgverzekeraars vastgesteld. Om te voorkomen dat hierdoor de financiële toegankelijkheid van de zorg in gevaar komt, is de zorgtoeslag in het leven geroepen. Deze biedt een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie. Zo is het stelsel solidair en kan iedereen verzekerd zijn tegen de kosten van noodzakelijke zorg.

De AWBZ is een verzekering van rechtswege. Dat betekent – enkele uitzonderingen daargelaten – dat mensen automatisch verzekerd zijn wanneer zij ofwel in Nederland wonen ofwel aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen. Voor de Zvw zijn mensen niet automatisch verzekerd. Zij moeten die verzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar die zij zelf kiezen. De meeste mensen die AWBZ-verzekerd zijn, zijn verzekeringsplichtig voor de Zvw. Veruit het grootste deel van de Nederlandse bevolking sluit een zorgverzekering af en betaalt (maandlijks) nominale premie aan een zorgverzekeraar. In totaal waren er eind 2011 16,8 miljoen Zvw-verzekerden. In het jaarverslag van het Ministerie van VWS is te lezen dat zij maar liefst 17,5 miljard euro aan nominale premie en eigen risico aan hun verzekeraars hebben betaald. Daarnaast is 21,5 miljard euro aan inkomensafhankelijke bijdrage geïnd. In totaal gaat het dus om 39 miljard euro.

Deze monitor gaat niet in op deze grote groep Zvw-verzekerden, maar concentreert zich op enkele relatief kleine groepen die bijzondere aandacht verdienen. Groepen waarvoor aparte regelingen zijn gecreëerd, die worden uitgevoerd door het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Kennis van de omvang van de totale groep verzekerden, is echter van belang om de bijzondere groepen die in het vervolg van deze monitor worden besproken in perspectief te kunnen plaatsen.

1.2 AWBZ-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

Voordat de cijfermatige ontwikkelingen bij de bijzondere groepen in beeld kunnen worden gebracht, is het van belang precies te weten wie verzekerd is voor de AWBZ en wie verzekeringsplichtig is op grond van de Zvw. Voor de volksverzekeringen, waarvan de AWBZ er één is, zijn personen die in Nederland wonen van rechtswege verzekerd. Ook personen die hier niet wonen, maar die in Nederland werken en loonbelasting betalen, zijn van rechtswege verzekerd. Hierop gelden enkele uitzonderingen. Deze zijn opgenomen in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (BUB 1999). Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan buitenlandse diplomaten en ambtenaren, personeel van volkenrechtelijke organisaties en personen die op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening onder de wetgeving van een ander land vallen. Andersom zijn er personen die in het buitenland wonen en op grond van genoemd besluit toch onder de Nederlandse wetgeving vallen, zoals Nederlandse ambtenaren in het buitenland en tijdelijk buiten Nederland studerende. Verder zijn vreemdelingen die illegaal in Nederland verblijven en vreemdelingen zonder verblijfsvergunning uitgesloten van de AWBZ-verzekering en daardoor van de toegang tot de (Zvw) zorgverzekering. Zij hebben in voorkomend

geval natuurlijk wel behoefte aan medische zorg. Gezien hun beroepsethiek kunnen zorgaanbieders medisch noodzakelijke zorg niet weigeren. Zorgaanbieders kunnen daarom onder voorwaarden een beroep doen op een bijdrageregeling, die wordt uitgevoerd door het CVZ. Op grond van deze regeling worden aan hen de kosten geheel of gedeeltelijk vergoed, voor zover zij die niet kunnen verhalen op de betreffende cliënt.

De regering acht het wenselijk dat er één instantie is die vaststelt of iemand AWBZ-verzekerd is. Aangezien de Sociale Verzekeringsbank (SVB) ook voor de andere volksverzekeringen de verzekeringsstatus vaststelt, is de SVB hierin gespecialiseerd. Om tot een eenduidige vaststelling te komen, is ervoor gekozen om de SVB de exclusieve bevoegdheid te geven om de AWBZ-verzekeringsstatus vast te stellen. Dit is geregeld in de wet 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering'¹. Een bestand met alle AWBZ-verzekerden bestond tot 2011 niet. In het kader van de wet 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' heeft de SVB een positieve, actuele AWBZ-verzekerdenregistratie opgesteld, die aansluit bij een reeds in uitvoering zijnde opzet voor een SVB-volksverzekerdenadministratie (VVA). Zorgverzekeraars kunnen de SVB verzoeken informatie te verstrekken over de verzekeringsstatus van betrokkene, indien twijfel bestaat over de verzekeringsplicht van een aspirant-verzekerde. Op die manier kunnen zij vaststellen of iemand AWBZ-verzekerd is en dus moet worden geaccepteerd voor de zorgverzekering.

Iedereen die AWBZ-verzekerd is, is in principe verzekeringsplichtig voor de Zvw. Ook hierop gelden echter uitzonderingen, namelijk voor militairen in werkelijke dienst en voor gemoedsbezwaarden. Gemoedsbezwaarden zijn mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering. Onder strikte voorwaarden kunnen zij bij de SVB een ontheffing van de premieplicht aanvragen. Eind 2011 waren er ruim 12 duizend gemoedsbezwaarden.

Niet iedereen die verzekeringsplichtig is voor de Zvw sluit daadwerkelijk een zorgverzekering af. In 2011 heeft CVZ 164 duizend onverzekerden die om wat voor reden dan ook geen zorgverzekering hadden afgesloten, aangeschreven. Daarvan waren er eind 2011 nog 58 duizend actief onverzekerd. Daarnaast waren er 304 duizend wanbetalers die wel een verzekering hadden afgesloten, maar hebben nagelaten de premie te betalen. De regering vindt het ongewenst dat mensen zich onttrekken aan de verzekeringsplicht of de premieplicht; voor de betrokkenen zelf, maar ook omdat dit de solidariteit aantast, die ten grondslag ligt aan het stelsel. Daarom bestaan er diverse maatregelen om het aantal onverzekerden en wanbetalers terug te dringen.

Een bijzonder aspect van het stelsel van Nederlandse ziektekostenverzekeringen wordt gevormd door de zorgverzekering in Caribisch Nederland. Per 1 januari 2011 is voorzien in een nieuwe zorgverzekering voor alle inwoners van Caribisch Nederland, die op de specifieke situatie van de eilanden is toegespitst. Het gaat om circa 22 duizend verzekerden.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal Zvw-verzekerden en de omvang van de diverse bijzondere groepen die in deze monitor aan de orde komen.

Tabel 1.1 Totaal aantal Zvw-verzekerden en bijzondere groepen in deze monitor (eind 2011)

Groep	Omvang
Zvw-verzekerden	16,8 miljoen
Wanbetalers	304 duizend
Onverzekerden	58 duizend (1)
Gemoedsbezwaarden	12 duizend
Illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen	22 miljoen euro
Verdragsgerechtigden	194 duizend
Verzekerden Caribisch Nederland	22 duizend

(1) Het aantal onverzekerden is sindsdien nog flink gedaald. Zie hoofdstuk 3.

¹ Stb. 2011, 111.

1.3 Conclusie

Het stelsel van Nederlandse sociale ziektekostenverzekeringen omvat de AWBZ, de Zvw en de zorgverzekering in Caribisch Nederland. Solidariteit vormt de basis voor deze verzekeringen. Voor de AWBZ zijn mensen van rechtswege verzekerd. Voor de Zvw zijn mensen verplicht een verzekering af te sluiten en premie te betalen. Veruit het grootste deel van de verzekeringsplichtigen sluit inderdaad een zorgverzekering af en betaalt (maandelijks) de nominale premie. Er zijn echter ook groepen mensen die uitgesloten zijn van de verzekering(splicht) en mensen die wel verzekeringsplichtig zijn, maar geen verzekering afsluiten of geen nominale premie betalen. Deze groepen en de zorgverzekering in Caribisch Nederland worden besproken in het vervolg van deze monitor.

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

2.1 Inleiding

Sinds 1 januari 2006 is in beginsel elke ingezetene van Nederland verplicht zich te verzekeren ingevolge de Zvw. Elke verzekerde van 18 jaar en ouder is tevens verplicht een nominale premie te betalen aan de zorgverzekeraar bij wie hij zich heeft verzekerd. Met de inwerkingtreding van de Zvw heeft de overheid diverse maatregelen getroffen om ervoor te zorgen dat de zorgverzekering voor iedereen betaalbaar is. De voornaamste daarvan is de zorgtoeslag, die biedt een financiële tegemoetkoming voor de nominale premie van de zorgverzekering voor verzekerden met inkomen onder een bepaalde inkomensgrens. Daarnaast heeft de overheid een aantal fiscale maatregelen getroffen. Zorgtoeslag en de aanvullende fiscale maatregelen zorgen er samen voor dat de nominale premie voor iedere zorgverzekeringsplichtige betaalbaar blijft. De bijstandsnormen worden hoog genoeg vastgesteld om er - samen met de zorgtoeslag - de nominale premie van een zorgverzekering én de premie voor een aanvullende verzekering uit te voldoen.

Vanaf de invoering van de Zvw zijn in overleg met zorgverzekeraars maatregelen genomen om het aantal mensen met betalingsachterstand terug te dringen. Met zorgverzekeraars is afgesproken dat wanbetalers niet geroyeerd zouden worden. Iemand die wel verzekerd is maar een bedrag ter grootte van de verschuldigde (nominale) premie over zes maanden niet heeft betaald, is "wanbetaler". Verzekeraars hebben onderling een incassoprotocol in het leven geroepen waarin is opgenomen hoe om te gaan met mensen met een betalingsachterstand. Een verzekeraar die het incassoprotocol naleeft ontvangt, voor elke verzekerde die een achterstand van meer dan zes maanden premie heeft, een compensatie voor de gederfde premie uit het Zorgverzekeringsfonds. Teneinde meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep wanbetalers doet het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) jaarlijks onderzoek naar de achtergronden.

Om het aantal wanbetalers terug te dringen en te voorkomen dat wanbetalers door de zorgverzekeraars geroyeerd zouden worden (en dan onverzekerd zouden worden), heeft VWS vrij snel na de invoering van de Zvw afspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de volledige uitvoering van de basisverzekering bij verzekerden met een betalingsachterstand langer dan zes maanden. Deze afspraken houden in dat zorgverzekeraars verzekerden met een betalingsachterstand verzekerd houden en hun incasso-inspanningen, naarmate de achterstand toeneemt, intensiveren. Als tegenprestatie voor het verzekerd houden van de wanbetalers compenseert VWS de zorgverzekeraars zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt. Daarnaast heeft VWS gezorgd voor een wettelijk verbod op opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand van minimaal een maandpremie (Wet versterken incassoregime²). Voorzien werd dat deze maatregelen nog niet voldoende zouden zijn om het aantal wanbetalers terug te dringen. Daarom is een verdergaand wetsvoorstel ingediend bij het parlement. Deze Wet inzake de wijziging van de Zvw, de Wet op de Zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) is op 1 september 2009 in werking getreden³.

2.2 De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering

De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering voorziet er in dat zorgverzekeraars in een vroeg stadium van schuldachterstand, wanbetalers een betalingsregeling bieden, overgaan tot automatische incasso en wanbetalers wijzen op de mogelijkheden van schuldhulpverlening. Zij benaderen hiertoe in de tweede en vierde maand de verzekerden en wijzen hen daarbij op de consequenties. Om het ontstaan van betalingsachterstanden bij minima te signaleren en te voorkomen, wisselen gemeenten en verzekeraars gegevens uit. Gemeenten, verzekeraars en schuldhulpverleningsorganisaties kunnen, waar nodig, wanbetalers met een laag inkomen en/of met hoge schulden ondersteunen met bijvoorbeeld collectieve contracten, schuldhulpverlening, budgetbeheer of hulp bij het aanvragen van zorgtoeslag (of andere toeslagen).

² Stb. 2007, 540.

³ Stb. 2009, 356.

Wanbetalers die langer dan zes maanden hun premie niet hebben betaald, worden door de zorgverzekeraar aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ heft dan een bestuursrechtelijke premie die 130% is van de standaardpremie; in 2012 is dit een bedrag van € 154,48. Het verschil met de gemiddelde marktpremie is aldus ongeveer € 54. Deze bestuursrechtelijke premie wordt vervolgens zoveel mogelijk via het principe van bronheffing ingehouden op het inkomen van de wanbetaler. Indien bronheffing niet mogelijk is, vinden er incassoactiviteiten plaats. Het CVZ heft de bestuursrechtelijke premie totdat de wanbetaler (al) zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, een afbetalingsregeling heeft getroffen of een stabilisatieovereenkomst is overeengekomen die hij nakomt en weer gewoon zijn premie aan de zorgverzekeraar betaalt. Ook als een wanbetaler in het bestuursrechtelijke premieregime zit, zal de verzekeraar incassoactiviteiten blijven plegen, opdat de schuld bij de verzekeraar terugloopt of tenietgaat.

Voorlichting

De Stichting de Ombudsman vervult in opdracht van het Ministerie van VWS een aantal voorlichtingsactiviteiten gericht op wanbetalers. Het gaat daarbij onder meer om algemene voorlichting en in het bijzonder doelgroepgerichte voorlichting aan jongeren en allochtonen. Ook biedt de Stichting advies en hulp aan wanbetalers. In 2012 worden deze activiteiten voortgezet en is € 225.000 aan subsidie verstrekt. Daarbij is - op verzoek van de Tweede Kamer - nadrukkelijk verzocht om aandacht te besteden aan de voorlichting aan jongeren⁴. Daarnaast wordt ook specifiek aan studerende aan het begin van het studiejaar in het wetenschappelijk, hoger- en middelbaar beroepsonderwijs voorlichting verstrekt over het voorkomen van wanbetaling.

2.3 Monitoring door het CBS

Vanaf 2006 wordt het aantal wanbetalers door het CBS gemonitord. Voor het monitoren van wanbetalers verkreeg het CBS tot en met 2009 van de verzekeraars opgave wie de wanbetalers zijn. Met ingang van het jaar 2010 wordt voor de omvang van het aantal wanbetalers uitgegaan van de wanbetalers die bij het CVZ zijn aangemeld en in het bestuursrechtelijk premieregime zitten. Alleen van personen die zijn opgenomen in het bestuursrechtelijk premieregime, die op 31 december van het desbetreffende jaar ingeschreven staan in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) en die op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden van 18 jaar of ouder, worden door CBS achtergrondkenmerken verzameld. Voor het bepalen van deze achtergrondkenmerken maakt het CBS gebruik van het GBA en aanvullende bestanden over uitkeringen, studenten en ontvangen zorgtoeslag. Het CBS verstrekt van deze wanbetalers de achtergrondkenmerken die hierna zijn opgenomen.

2.4 Aantal wanbetalers

Aantal wanbetalers en voornaamste redenen uitstroom

Het CVZ stuurt maandelijks overzichten van het aantal wanbetalers. Op 31 december 2011 waren er bij het CVZ ruim 304 duizend wanbetalers aangemeld aan wie het CVZ een bestuursrechtelijke premie oplegt. Hoewel de nieuwe instroom van wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime zich in 2011 en 2012 op een steeds lager peil lijkt te stabiliseren, zo kan uit de maandelijks groei worden opgemaakt, is er nog steeds sprake van een absolute stijging van het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime. In februari en maart van 2012 is er sprake van een afwijkend beeld door de uitstroom van een grote groep wanbetalers waarvoor niet langer sprake was van verzekeringsplicht. Hierdoor is het aantal wanbetalers medio 2012 lager dan ultimo 2011. Bemoedigend is, dat van de belangrijkste uitstroomredenen het voldoen van de schuld toeneemt. Ten opzichte van vorig jaar is dit in 2012 een (geëxtrapoleerde) stijging van ruim 20%. De minnelijke schuldhulpverlening vertoont een (geëxtrapoleerde) stijging van ruim 70%, hetgeen betekent dat meer wanbetalers er in slagen afspraken over een schuldregeling na te komen. Ook neemt het gebruik van de stabilisatieovereenkomst, waarbij de schuldhulpverlening de inkomsten en uitgaven van de schuldenaar gedurende acht maanden stabiliseert en de vaste lasten (waaronder de premie van de zorgverzekering) betaalt, toe.

⁴ Deze toezegging is gedaan tijdens het AO van 16 februari 2012 inzake de evaluatie van de wanbetalersregeling.

Tabel 2.1 Aantal wanbetalers (Bron: CVZ)

	2010	2011	2012
	31-12-2010	31-12-2011	02-08-2012
Aantal wanbetalers	267.282	304.656	296.334
<i>Belangrijkste uitstroomredenen:</i>			
Niet meer verzekerd	6.414	12.065	37.446
Schuld voldaan	12.481	44.256	31.293
Minnelijke schuldhulpverlening	2.721	3.974	4.035
Wet schuldsanering natuurlijke personen	1.511	3.816	2.642
Stabilisatieovereenkomst	4.839	7.147	7.759

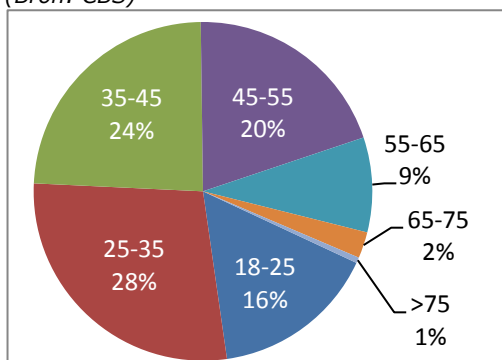
2.5 Achtergrondkenmerken

Het CBS heeft voor 274.750 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken⁵ verzameld.

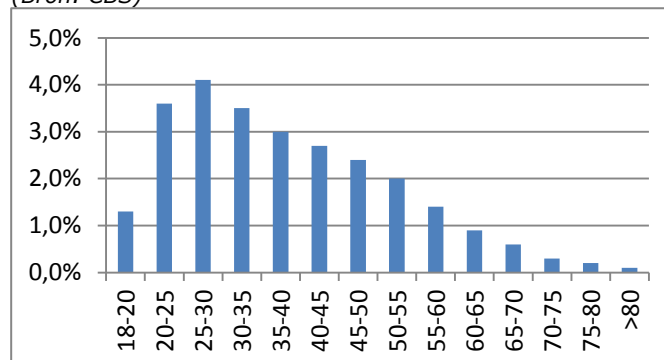
Wanbetalers en leeftijd

Opvallend is het relatief hoge aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie van jongeren (20-25 jaar) en jongvolwassenen (25-35 jaar). Daarbij gaat het om resp. 43.390 en 76.970 personen.

Figuur 2.1 Wanbetalers naar leeftijd (Bron: CBS)



Figuur 2.2 Aandeel wanbetalers per leeftijdscategorie (Bron: CBS)

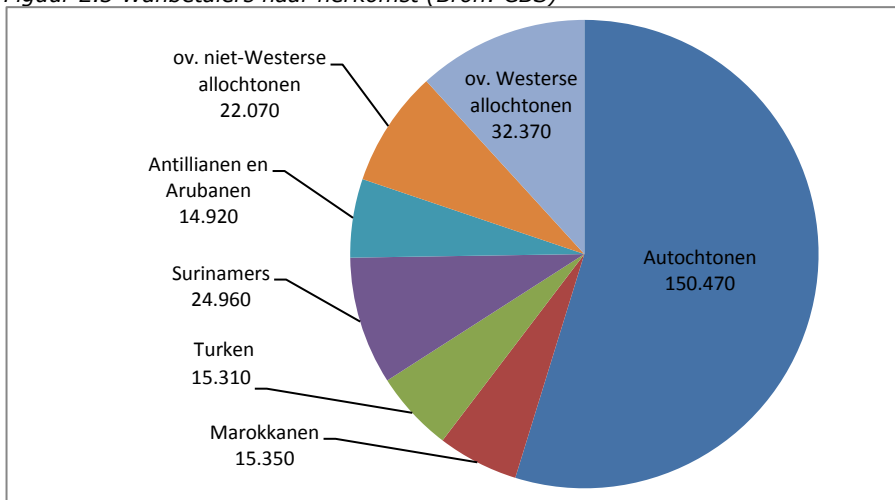


Wanbetalers en herkomst

Van de ruim 274 duizend wanbetalers eind 2011 is 55% autochtoon en heeft 45% een allochtone afkomst. Ook hier is sprake van oververtegenwoordiging van jongeren en jongvolwassenen. Onderstaande figuur geeft het aantal autochtonen en allochtonen weer en de verdeling per land van herkomst.

⁵ Zie voor alle overzichten: CBS Statline, Thema "Gezondheid en welzijn/Gezondheid en zorgverzekering/Wanbetalers zorgverzekering" op: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/dome/default.aspx>.

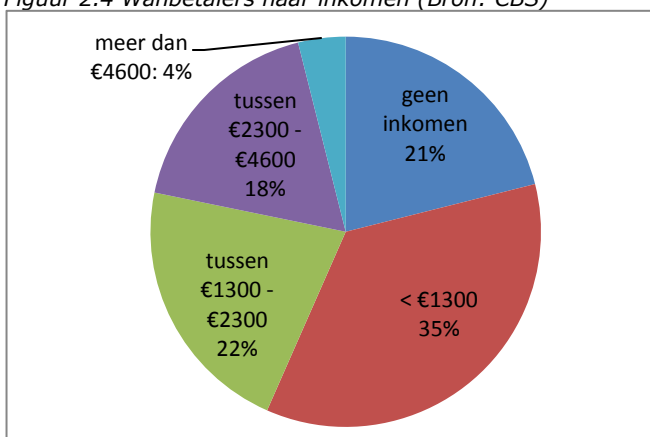
Figuur 2.3 Wanbetalers naar herkomst (Bron: CBS)



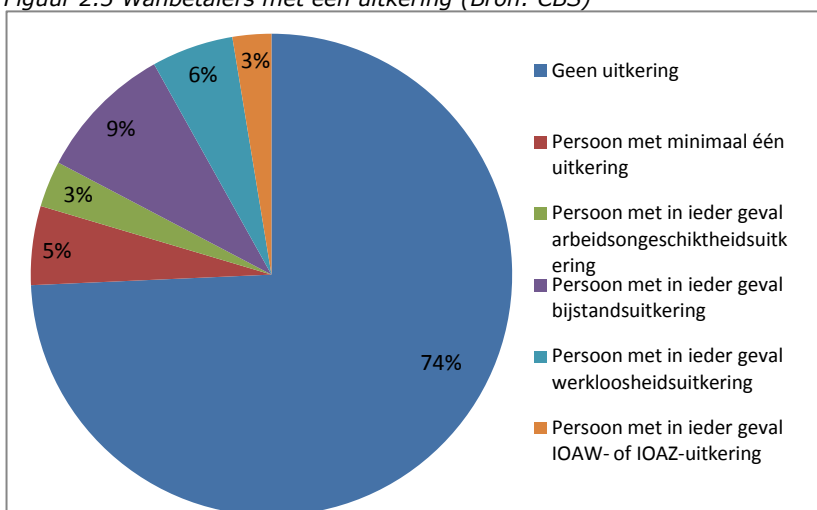
Wanbetalers en inkomen (2010)

Onderstaande figuur geeft de inkomensverdeling weer van de diverse groepen wanbetalers. Vermeld is de relatieve inkomensverdeling op 31 december 2010. 60% van de wanbetalers ontvangt een zorgtoeslag. Van de jongeren onder de 23 jaar (11% van het totaal) heeft 9% een inkomen <€1300. Voorts heeft ongeveer een kwart van de wanbetalers een uitkering.

Figuur 2.4 Wanbetalers naar inkomen (Bron: CBS)



Figuur 2.5 Wanbetalers met een uitkering (Bron: CBS)



2.6 Uitvoering van de wanbetalersregeling

Het CVZ heft en int de bestuursrechtelijke premie. Indien mogelijk wordt de inning gedaan door bronheffing, waarbij het CVZ aan gemeenten, uitkeringsinstanties en werkgevers (de zogenaamde broninhouders) mededeelt welk bedrag op uitkering, pensioen of salaris dient te worden ingehouden. Indien niet het gehele bedrag aan bestuursrechtelijke premie kan worden ingehouden, draagt CVZ zorg voor overdracht van de inning aan het CJIB, dat in eerste instantie door middel van een acceptgiro, en anders door het nemen van incassomaatregelen de premie probeert te innen. De aan deze uitvoering verbonden kosten worden betaald uit de 30%-opslag van de bestuursrechtelijke premie.

Tabel 2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling (in miljoenen euro's; bron: CVZ)

	2011	2012 ¹
Betaalde bestuursrechtelijke premie	194,7	203,2
Uitvoeringskosten CVZ en CJIB	11,9	16,6

¹ Geprognosticeerde omvang

2.7 Wanbetalersbijdrage

Zorgverzekeraars houden wanbetalers in de verzekering. Zij worden niet geroyeerd en dit voorkomt dat deze mensen onverzekerd raken. De eerste zes maanden premieachterstand komt voor rekening van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars dienen incassomaatregelen te nemen om alsnog zoveel mogelijk premie over deze maanden binnen te krijgen. Na de zesde maand krijgen zorgverzekeraars compensatie voor de gedeelde premie-inkomsten voor verzekerden met meer dan zes maanden betalingsachterstand. Dit is de wanbetalersbijdrage. Dit bedrag wordt jaarlijks vastgesteld aan de hand van de opgegeven aantallen wanbetalers. De bijdrage wordt verstrekt indien zorgverzekeraars zich hebben gehouden aan de wettelijke voorwaarden, voldoende inspanningen hebben verricht in het incassotraject en voldoende hebben meegewerkt aan het sluiten van betalingsregelingen.

2.8 Relevante ontwikkelingen

Evaluatie wanbetalersregeling

De wanbetalersregeling is vorig jaar geëvalueerd. De algemene conclusie in de Eindrapportage "Evaluatie van de wanbetalersregeling" is dat de wanbetalersregeling werkt. Ook bleek echter uit de evaluatie dat op dit moment nog niet alle beoogde beleidsdoelen van de wet worden gerealiseerd. Hierbij speelt een belangrijke rol dat wanbetaling van de zorgverzekeringspremie in de meeste gevallen onderdeel is van een bredere schuldenproblematiek. Mensen die problemen hebben met het betalen van de premie voor hun zorgverzekering, hebben meestal ook andere schulden. Op 4 november 2011 is de evaluatie naar de Eerste en Tweede Kamer gestuurd, voorzien van een begeleidende brief waarin de Minister van VWS aangeeft dat voorstellen tot verbetering van de wanbetalersregeling zullen worden voorbereid. Sindsdien zijn er diverse initiatieven ontplooid, waarvan er hieronder enkele worden beschreven.

Projecten met gemeenten en zorgverzekeraars

Wanbetaling van de zorgverzekeringspremie is een taai en complex vraagstuk dat om een gezamenlijke aanpak vraagt. Daarom is het belangrijk dat behalve VWS ook andere relevante partijen, zoals zorgverzekeraars, gemeenten en schuldhulpverleningsorganisaties er actief bij betrokken zijn. Met het oog hierop subsidieert VWS twee projecten.

Het eerste project betreft een pilot van Zorgverzekeraar Menzis en de Stadsbank Oost-Nederland, in samenwerking met de gemeente Enschede. De pilot heeft als doel instroom in het bestuursrechtelijke premieregime zo veel mogelijk te voorkomen alsmede uitstroom te faciliteren. Het project zal op 20 augustus 2012 van start gaan en doorlopen tot uiterlijk midden 2013. Omdat is voorzien in een evaluatie kan direct na afloop worden beoordeeld in welke mate de resultaten zich lenen voor inzet door andere zorgverzekeraars en schuldhulpverlenende organisaties alsmede in de kosten die er mee gemoeid zijn.

Het tweede project heeft als doel in kaart te brengen welke samenwerkingsmogelijkheden er zijn tussen gemeenten en zorgverzekeraars om wanbetaling van zorgverzekeringspremie tegen te gaan. Door bij een substantiële groep gemeenten en de zorgverzekeraars na te gaan welke vormen

van samenwerking er zijn, hoe die functioneren, wat ze opleveren en welke doorontwikkelagenda er ligt, ontstaat een beeld van de status quo in de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar. Het resultaat van dit project is een overzicht van de samenwerkingsverbanden die er al zijn tussen gemeenten en zorgverzekeraars om wanbetaling tegen te gaan, de mogelijkheden die gemeenten en zorgverzekeraars zien om nieuwe vormen van samenwerking aan te gaan, alsmede de randvoorwaarden die ten behoeve van een verdere samenwerking moeten worden vervuld. Dit tweede project wordt thans uitgevoerd. Oplevering zal plaatsvinden in de herfst van 2012.

Overleg over een gezamenlijke inzet voor preventie

Met NVVK, Divosa en VNG is ambtelijk overleg geweest over de wijze waarop de samenwerking tussen verzekeraars, gemeenten en schuldhulpinstanties in de preventieve fase georganiseerd kan worden en is medewerking van de koepels gevraagd. Ik streef naar een regionale en/of landelijke aanpak. Het genoemde tweede project kan op korte termijn aanbevelingen opleveren. Na oplevering van het onderzoeksrapport (oktober 2012) zal met alle betrokken partijen worden overlegd over de resultaten van het onderzoek en worden bezien hoe dit verder geconcretiseerd kan worden.

Wetsvoorstel tot verbetering van de wanbetalersregeling

Tijdens het Algemeen Overleg met de Tweede Kamer van 16 februari 2012 over de evaluatie van de wanbetalersregeling is wetgeving tot verbetering aangekondigd. Het streven is er thans op gericht het wetsvoorstel in het eerste kwartaal van 2013 aan de Tweede Kamer aan te bieden.

2.9 Conclusie

Met de invoering van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering in 2009 is beoogd te voorkomen dat mensen wanbetaler worden, te zorgen dat wanbetalers premie betalen en te bewerkstelligen dat wanbetalers terugkeren naar een normaal patroon van premiebetaling bij hun zorgverzekeraar. De wet heeft de mogelijkheden versterkt die zorgverzekeraars en verzekeringnemers hebben om onderling het verstoorde betaalritme weer te herstellen. In die gevallen waarin dit niet lukt, voorziet de wet in de mogelijkheid dat de zorgverzekeraar de betreffende verzekeringnemer aanmeldt bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) dat vervolgens de premierelatie overneemt van de zorgverzekeraar in de vorm van het heffen van een bestuursrechtelijke premie. Wanbetaling van zorgverzekeringspremie is om meerdere redenen onwenselijk. Voor de zorgverzekeraars leidt het tot inkomstenderving en bij een hoge frequentie ondermijnt het de solidariteit die aan het zorgverzekeringstelsel ten grondslag ligt.

De wanbetalersregeling is vorig jaar geëvalueerd. De conclusie is dat de regeling werkt, maar dat er ruimte is voor verbetering. In de brief van 4 november 2011 zijn de Eerste en Tweede Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van de evaluatie en is aangegeven dat voorstellen tot verbetering van de wanbetalersregeling zullen worden voorbereid. Sindsdien zijn er diverse ontwikkelingen geweest. Zo lopen er inmiddels twee projecten, mede gesubsidieerd door VWS, die gericht zijn op de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten bij de preventie en de aanpak van wanbetaling.

HOOFDSTUK 3. ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding

Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering⁶ (hierna: de Wet) in werking getreden. Deze Wet heeft tot doel om het aantal onverzekerden terug te dringen. Sinds de invoering van de Zvw moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekeringsovereenkomst hebben. Verzekeringsplichtigen die niet aan hun Zvw-verzekeringsplicht voldoen en nalaten een zorgverzekeringsovereenkomst te sluiten, zijn onverzekerd.

De regering is van mening dat het ongewenst is dat er een situatie bestaat waarbij een aanzienlijk deel van de verzekeringsplichtigen zich kan onttrekken aan de verzekeringsplicht. In de eerste plaats gaat het natuurlijk om de onverzekerden zelf. Ook de onverzekerde die denkt dat hij geen verzekering nodig heeft, kan geconfronteerd worden met een ernstige ziekte of een ongeval. En meestal zal deze onverzekerde niet in staat zijn de kosten van die zorg zelf te betalen. Het is juist de door de sociale zekerheid geboden bescherming die bewerkstelligt dat de negatieve, financiële gevolgen van dergelijke gebeurtenissen, beperkt blijven.

Ten tweede speelt hierbij niet alleen het persoonlijk belang van de onverzekerden, maar ook het belang van het sociale verzekeringssysteem. Gezien vanuit het verzekeringsstelsel is het ongewenst dat er inbreuk wordt gemaakt op de daaraan ten grondslag liggende solidariteit. Daarin is meedoen, ook wanneer je het niet nodig hebt, de leidende gedachte. Ten slotte geldt dat onverzekerd zijn mogelijk gevolgen heeft voor de volksgezondheid omdat onverzekerden daardoor zorg zouden kunnen mijden. Daardoor zou bovendien de gezondheidszorg met onnodige kosten kunnen worden opgezadeld.

De maatregelen van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

Nu de Wet in werking is getreden worden verzekeringsplichtigen zonder zorgverzekering via bestandskoppeling opgespoord. Voor de actieve opsporing is allereerst van belang te weten wie er verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw. Dit is iedereen die verzekerd is voor de AWBZ (uitgezonderd zijn militairen in werkelijke dienst en gemoedsbezwaarden). Om de Zvw-verzekeringsplichtigen te kennen, is het dus van belang te weten wie er AWBZ-verzekerd zijn. Tot eind 2010 bestond er geen AWBZ-verzekerdenbestand. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de SVB een positieve, actuele AWBZ-verzekerdenregistratie opgebouwd van (vermeend) verzekerden die aansluit bij een reeds in uitvoering zijnde opzet voor een SVB-volksverzekerdenadministratie (VVA). Bij constatering dat iemand een afwijkende verzekeringsstatus heeft (bijvoorbeeld na bezwaar van betrokkene bij CVZ), doet de SVB hiernaar een onderzoek.

Hierdoor is een koppeling mogelijk van het bestand van AWBZ-verzekerden met het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringwet (RBVZ). Het RBVZ is het bestaande bestand van degenen die daadwerkelijk een zorgverzekering hebben gesloten. Uit vergelijking van het AWBZ-verzekerdenbestand min de actieve militairen en gemoedsbezwaarden, met het RBVZ-bestand komt naar voren komen welke personen niet hebben voldaan aan hun verzekeringsplicht ingevolge de Zvw. Deze bestandsvergelijking wordt in opdracht van het CVZ door de SVB verricht.

Met de Wet worden de volgende maatregelen genomen:

1. Aanschrijving door CVZ

Onverzekerden die door middel van bestandsvergelijking zijn opgespoord, krijgen eerst een brief van het CVZ. Daarin worden ze gewezen op het feit dat betrokkene is gesignaleerd als iemand die verzekeringsplichtig is, maar zich niet heeft verzekerd voor de Zvw.

Het doel van deze aanschrijving is de onverzekerde een prikkel te geven alsnog zijn verantwoordelijkheid te nemen om een zorgverzekering te sluiten. Betrokkene krijgt drie maanden de gelegenheid alsnog een zorgverzekering te sluiten.

⁶ Stb. 2011, 111.

2. Boete(s)

In de Wet is een nieuw boeteregime geïntroduceerd. Voorheen was in de Zvw een sanctie opgenomen die het voor verzekeringsplichtigen onaantrekkelijk zou moeten maken om zich aan de verzekeringsplicht te onttrekken. Verzekeringsplichtigen die zich niet tijdig verzekerden waren een boete verschuldigd ter hoogte van 130% van de premie over de termijn waarover zij hadden nagelaten zich te verzekeren, met een maximum van vijf jaar. Dit leek een robuust boetebeleid dat ertoe zou leiden dat verzekeringsplichtigen wel een zorgverzekering zouden sluiten. Echter, gebleken is dat er ondanks alle voorlichting over de verzekeringsplicht voor de Zvw en het boetebeleid in Nederland nog steeds verzekeringsplichtigen zijn die geen zorgverzekering hebben gesloten. Het boetebeleid bleek geen prikkel te zijn voor verzekeringsplichtigen om zich te verzekeren. Enerzijds kon de boete pas worden opgelegd wanneer verzekeringsplichtigen zich alsnog aanmelden voor een zorgverzekering, bijvoorbeeld omdat zij medische zorg behoeven. Anderzijds kon de boete erg hoog oplopen als men lange tijd onverzekerd was en daardoor leidde de boete in de praktijk tot een hoge financiële drempel.

In het nieuwe boeteregime is gekozen voor een systeem dat lijkt op het systeem dat wordt gehanteerd bij verkeersboetes. In het geval van de Zvw is de overtreding het feit dat iemand op een bepaald moment niet aan zijn verzekeringsplicht voldoet. De constatering van die overtreding vindt plaats wanneer drie maanden na de bovenvermelde aanschrijving opnieuw door een bestandsvergelijking blijkt dat betrokkene nog altijd niet is verzekerd. Als iemand bij die controle in overtreding is, legt het CVZ een boete op ter hoogte van drie maal de standaardpremie per maand (circa € 340). Mocht na een nieuwe bestandsvergelijking blijken dat iemand drie maanden na het opleggen van de eerste boete nog altijd niet verzekerd is, dan legt het CVZ voor de tweede keer een zelfde boete op.

3. Ambtshalve verzekering

Indien bij een volgende bestandsvergelijking blijkt dat onverzekerden na twee boetes nog altijd onverzekerd zijn, dan verzekert het CVZ hen ambtshalve bij een zorgverzekeraar. Om te voorkomen dat betrokkene onmiddellijk na ambtshalve verzekering zijn premie niet betaalt, zal betrokkene gedurende een periode van twaalf maanden een bestuursrechtelijke premie verschuldigd zijn van 100% van de standaardpremie (in totaal ongeveer 1350 euro). Deze premie zal indien mogelijk door middel van bronheffing worden geïnd. Een ambtshalve verzekerde kan zich op deze manier niet onmiddellijk aan premiebetaling onttrekken.

3.2 Ervaringen met de uitvoering van de Wet

De uitvoering van de Wet is opgedragen aan het CVZ. De bestandsvergelijking tussen het bestand van AWBZ-verzekerden met het RBVZ wordt in opdracht van het CVZ door de SVB verricht. De aanschrijving van de onverzekerden en het opleggen van de boetes en het toepassen van bronheffing wordt gedaan door het CVZ. Het Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB) int de door het CVZ opgelegde boetes. De verantwoordelijkheid voor het boeteregime ligt bij het CVZ.

Op 17 maart 2011 zijn de eerste aanschrijvingsbrieven aan de eerste onverzekerden gestuurd. De onverzekerden zijn aangeschreven in maandelijkse tranches van 25.000, om een goede uitvoering te waarborgen. De uitvoering verloopt zeer goed. De verwerking van het stuwmeer onverzekerden heeft in 2011 plaatsgevonden. Het CVZ heeft in 2011 in totaal 164 duizend onverzekerden aangeschreven. Het CVZ heeft in 2011 ruim 10.000 bezwaren ontvangen tegen de opgelegde boete. Bijna de helft van de bezwaren had betrekking op de status "AWBZ-verzekerd" en bijna de helft van de bezwaren richtte zich op "wel een zorgverzekering afgesloten". Een klein restant valt onder de categorie overig, waarbij het voornamelijk om principiële bezwaren gaat.

Tabel 3.1 Uitkomsten bezwaarschriften (Bron: CVZ)

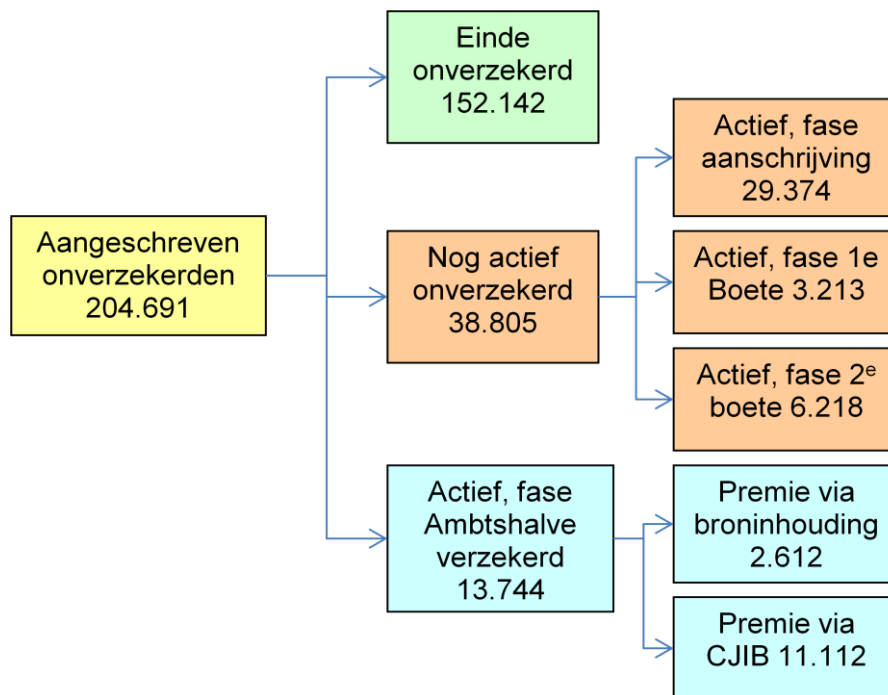
Niet-ontvankelijk	28%
Gegronnd	59%
Ongegrond	10%
Anderszins afgedaan	3%

Het overgrote deel van de gegrond verklaringen betreft zaken waaruit alsnog blijkt dat men toch niet AWBZ verzekerd is, voornamelijk vanwege het feit dat deze personen reeds geen ingezetene

meer zijn in het buitenland werkzaam zijn of, buitenlands student zijn in Nederland. In 2011 heeft CVZ ruim 52 duizend telefoontjes en ruim 11 duizend e-mails ontvangen in het kader van de actieve opsporing.

Het CVZ houdt zich nu bezig met de reguliere instroom van nieuwe onverzekerden. Dit aantal blijkt hoger dan in eerste instantie werd geschat. Het CVZ schrijft nu maandelijks zo'n vijf duizend nieuwe onverzekerden aan. Onderstaande figuur van het CVZ geeft een overzicht van het aantal onverzekerden (stuwmeer en nieuwe instroom onverzekerden) sinds de inwerkingtreding van de Wet, met peildatum 30 juni 2012.

Figuur 3.1 Verloop onverzekerden (bron: CVZ, peildatum 30 juni 2012)



Bovenstaande figuur laat zien dat een grote meerderheid van de mensen die zijn aangeschreven door het CVZ nu niet meer onverzekerde zijn. Naast de bijna veertien duizend mensen die ambtshalve verzekerd zijn door het CVZ, heeft een grote groep mensen zichzelf alsnog ingeschreven bij een verzekeraar (bijna de helft van de aangeschreven personen). Een andere belangrijke reden waarom mensen zijn uitgestroomd als vermeend onverzekerde verzekeringsplichtige, is dat zij hebben aangetoond dat zij niet Zvw-verzekeringplichtig zijn, omdat zij niet AWBZ-verzekerd zijn. Dit geldt voor ruim een kwart van de aangeschreven personen. Het kan bijvoorbeeld gaan om mensen die in Nederland wonen, maar in het buitenland werken, mensen die naar het buitenland zijn verhuisd, maar zich niet hebben laten uitschrijven uit het GBA en buitenlandse studenten. Bij constatering dat iemand een afwijkende verzekeringsstatus heeft (bijvoorbeeld na bezwaar van betrokkene bij CVZ), doet de SVB hiernaar een onderzoek.

De volgende tabel geeft een overzicht van de totale instroom en uitstroom van (vermeend) onverzekerden bij het CVZ sinds de inwerkingtreding van de Wet.

Tabel 3.2 In- en uitstroom onverzekerden (Bron: CVZ)

	Totaal 2011 (vanaf 17 maart)	Totaal 2012 (tot 30 juni)
Beginstand	-	57.965
Instroom: aangeschreven onverzekerden	164.388	40.303
Uitstroom: einde onverzekerde	106.423	59.463
Eindstand: nog onverzekerde	57.965	38.805

In totaal zijn er sinds de inwerkingtreding van de wet tot 30 juni 2012 204.691 onverzekerde verzekeringsplichtigen aangeschreven (164.388 in 2011 en 40.303 in de eerste helft van 2012). Hiervan waren eind juni nog 38.805 mensen onverzekerd. Van de 204.691 aangeschreven onverzekerden zijn ruim 100.000 onverzekerden inmiddels wel verzekerd. Dit betekent dat zij nu ook nominale premie of bestuursrechtelijke premie moeten betalen. De uitvoering verloopt dus zeer goed.

3.3 Monitoring door het CBS

Het CBS heeft het in kaart brengen van het aantal onverzekerden opgenomen in haar reguliere takenpakket, waardoor het CBS vanaf 2006 jaarlijks het aantal onverzekerden heeft gepresenteerd met diverse achtergrondkenmerken. Onlangs is echter gebleken dat de beschikbare registraties met niet-verzekeringsplichtigen onvolledig waren (zie persbericht hieronder). Daarom heeft het CBS besloten de tabellen in de huidige vorm stop te zetten. Zoals gebruikelijk zal het CBS in het voorjaar van 2013 nieuwe achtergrondkenmerken publiceren.

Persbericht CBS, 6 juni 2012

Het CBS start nieuwe reeks Onverzekerden tegen ziektekosten

Het CBS zal in het najaar van 2012 een nieuwe reeks starten over het aantal onverzekerden tegen ziektekosten naar verschillende achtergrondkenmerken, nadat onlangs is gebleken dat de beschikbare registraties met niet-verzekeringsplichtigen onvolledig waren.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft het CBS jaarlijks het aantal onverzekerden tegen ziektekosten berekend en gepubliceerd in een vijftal StatLine-tabellen met diverse achtergrondkenmerken van de betrokkenen. Hiertoe is gebruik gemaakt van de GBA (Gemeentelijke Basisadministratie), het RBVZ (Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet) waarin alle zorgverzekerden van Nederland zijn opgenomen en diverse registraties van bijzondere groepen die niet verzekeringsplichtig zijn. Meer informatie over de berekeningsmethodiek is te vinden in de memo 'Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten 2006 - nieuwe methode'.

Op 15 maart 2011 is de wet 'Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' in werking getreden. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voert op basis van die wet de regeling 'Actieve opsporing onverzekerden' uit en is onverzekerden actief gaan aanschrijven. Na aanschrijving door CVZ hebben enkele tienduizenden vermeend onverzekerden aangegeven dat ze conform de regelgeving niet AWBZ-verzekeringsplichtig zijn en daardoor ook niet verplicht zijn om een Nederlandse zorgverzekering af te sluiten. Na onderzoek door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) zijn deze personen vervolgens in veel gevallen uitgeschreven als onverzekerde.

De informatie over de vermeende onverzekerden die blijken niet verzekeringsplichtig te zijn, was niet eerder beschikbaar omdat zij zich niet als zodanig bekend hadden gemaakt bij de registratiehouders. Het gaat hier bijvoorbeeld om personen die nog ingeschreven staan in de GBA maar in het buitenland wonen of personen die in het buitenland werken dan wel (niet-werkend) partner/kind zijn van iemand die in het buitenland werkt. Deze personen zijn door hun foutieve registratie volgens de berekeningsmethodiek van het CBS meegerekend als zijnde onverzekerde, wat heeft geleid tot een overschatting van het aantal onverzekerden.

Daarnaast moet worden opgemerkt dat de niet-verzekeringsplichtigen die ten onrechte als onverzekerde zijn aangemerkt zeer waarschijnlijk niet willekeurig verdeeld zijn over de populatie. Hierdoor heeft het weinig zin de uitsplitsingen naar achtergrondkenmerken in de StatLine-tabellen te handhaven.

Op grond van de bovenstaande constatering zullen de StatLine-tabellen Onverzekerden tegen ziektekosten niet worden geactualiseerd met cijfers over 2011. De tabellen in de huidige vorm worden stopgezet. Het CBS zal in nauwe samenwerking met SVB en CVZ een nieuwe reeks samenstellen.

Nu de StatLine-tabellen Onverzekerden tegen ziektekosten van het CBS niet worden geactualiseerd met cijfers over aantallen onverzekerden 2011 en de tabellen in de huidige vorm worden stopgezet, wordt er in deze verzekerdenmonitor uitgegaan van aantallen onverzekerden die het College voor zorgverzekeringen heeft gerapporteerd. CVZ heeft eind 2011 164.000 vermeend onverzekerden aangeschreven. Op 30 juni 2012 zijn er nog 38.805 actieve onverzekerden.

3.4 Achtergrondkenmerken

Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel heeft de Eerste Kamer verzocht om verbeteringen aan te brengen in de VWS-verzekerdenmonitor, waardoor meer inzicht wordt verkregen in de samenstelling van de groep onverzekerden. Bij brief van 8 april 2011⁷ heeft de minister de Kamer laten weten bij het opstellen van toekomstige VWS-verzekerdenmonitors zo goed mogelijk aan dat verzoek tegemoet te willen komen. Hiertoe wordt in overleg met het CBS en het CVZ bezien op welke wijze de achtergrondkenmerken van onverzekerden beter in beeld kunnen worden gebracht.

In deze VWS-verzekerdenmonitor kan echter niet aan de wens van de Kamer tegemoet worden gekomen, omdat CBS voor 2011 nog geen gegevens beschikbaar heeft gesteld.

3.5 Voorlichting

Stichting de Ombudsman

Tot de inwerkingtreding van de Wet zijn door Stichting de Ombudsman verdergaande voorlichtingsactiviteiten ingezet die gericht zijn op specifieke groepen. Het doel hiervan was om het aantal onverzekerden zoveel mogelijk terug te dringen voordat de onverzekerden actief werden opgespoord.

Het Ministerie van VWS heeft in het kader van de inwerkingtreding van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering een voorlichtingscampagne gehouden. Het doel van deze voorlichtingscampagne was de bevolking te informeren over de gevolgen van genoemde Wet. Stichting de Ombudsman heeft ter ondersteuning aan deze campagne telefonisch en per mail vragen van mensen beantwoord en adviezen gegeven. Na het beëindigen van de voorlichtingscampagne heeft Stichting de Ombudsman de algemene voorlichting voortgezet door middel van flyers, media-aandacht, voorlichtingsbijeenkomsten en een speciale website. De voorlichtingsactiviteiten waren er voornamelijk op gericht om mensen te informeren over het verplichte karakter van de zorgverzekering en over de gevolgen van het onverzekerd zijn. Ook is gewezen op de mogelijkheid om zorgtoeslag aan te vragen.

- Doelgroepgerichte voorlichting

Naast de algemene voorlichting aan onverzekerden over de zorgverzekering en de nieuwe regelgeving heeft De Ombudsman doelgroepgerichte voorlichting gegeven aan de volgende groepen:

- Nieuw ingezetenen en nieuwgeborenen
- Dak- en thuislozen
- Jongeren
- Allochtonen

- Nieuw ingezetenen en nieuwgeborenen

Nieuw ingezetenen en ouders van pasgeborenen blijken het vaakst onvoldoende op de hoogte te zijn van het zorgstelsel. Nieuw ingezetenen moeten binnen vier maanden nadat zij in Nederland zijn komen wonen of werken een zorgverzekering afsluiten. Nieuw ingezetenen uit de Europese Unie weten dat vaak niet en denken dat hun zorgverzekering vanuit hun thuisland ook medische kosten dekt. Daarnaast is het moeilijk om informatie te vinden in andere talen dan het Nederlands. Op de website van De Ombudsman is informatie te vinden in het Engels, Frans, Turks en Arabisch. Voor deze groep en voor de groep nieuwgeborenen is een actie gestart in samenwerking met de gemeenten en het ministerie van VWS. De Ombudsman heeft flyers ontwikkeld met informatie over

⁷ Kamerstukken I 2010/11, 32 150, F.

de noodzaak van het afsluiten van een zorgverzekering. Nieuwkomers krijgen deze folder mee op het moment dat zij zich komen inschrijven bij de gemeente. Ook de ouders van pasgeboren kinderen krijgen bij het aangeven van het kind bij de gemeente een folder mee. In deze folder staat dat zij hun kind binnen vier maanden na de geboorte zelf moeten aanmelden bij een zorgverzekeraar.

- Dak- en thuislozen

Sinds de invoering van de nieuwe regelgeving voor onverzekerden valt er een groep buiten de boot. Onverzekerden worden namelijk opgespoord door middel van bestandsvergelijking van de zorgverzekeraars met de gemeentelijke basisadministratie. Er zijn echter mensen die geen vaste woon- of verblijfplaats hebben en ook niet staan ingeschreven in de gemeentelijke basisadministratie. Deze groep kan niet opgespoord worden door het CVZ.

Naar opvangcentra voor dak- en thuislozen en maatschappelijk werk zijn folders verstuurd met informatie over de zorgverzekering. In de folder staat een handig stappenplan en wordt gewezen op het feit dat een inschrijving bij de gemeente niet verplicht is en dat zorgverzekeraars een acceptatieplicht voor de basisverzekering hebben. Zo nodig heeft De Ombudsman bemiddeld en geholpen bij het aanvragen van zorgtoeslag.

- Jongeren

Jongeren betalen vanaf hun 18e jaar zorgpremie. Opeens moeten zij rekening gaan houden met een zorgpremie van ongeveer 100 euro per maand, het eigen risico en eigen bijdragen. De zorgtoeslag, zo blijkt uit onderzoek, vragen ze vaak niet aan. De speciale jongerenwebsite van De Ombudsman geeft over dit soort zaken uitgebreide informatie. Daarnaast heeft De Ombudsman op scholen voorlichtingsbijeenkomsten gehouden. Naar scholen zijn ook kaarten gestuurd om jongeren te wijzen op het bestaan van de zorgtoeslag. Scholen konden ook zelf met voorlichtingsmateriaal, vragen en opdrachten aan de slag. Dit materiaal is beschikbaar via de website van De Ombudsman.

- Allochtonen

Stichting de Ombudsman heeft voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd bij verenigingen, organisaties en buurthuizen waar mensen met een allochtone achtergrond vaak komen. Voor deze groepen zijn informatiemappen gemaakt met daarin de belangrijkste informatie over de zorgverzekering, zorgtoeslag, premieoverzichten en de collectieve zorgverzekering via de gemeente. Aan een uitgebreid bestand van verenigingen, organisaties en moskeeën zijn leaflets gestuurd met de belangrijkste informatie over de zorgverzekering en de nieuwe regelgeving met daarbij het nummer van de zorgverzekeringlijn voor een individueel advies. Deze leaflets zijn verkrijgbaar in meerdere talen, in het Nederlands, Arabisch, Turks, Engels en Frans.

Brochures

Het Ministerie van VWS heeft de brochure die was ontwikkeld voor nieuw ingezetenen "Verplichte zorgverzekering in Nederland", waarin zij worden gewezen op de Zvw-verzekeringplicht, vernieuwd en in een nieuw jasje gestoken. Deze brochure is naar alle gemeenten gestuurd en wordt veelvuldig door gemeenten opgevraagd. Een eerste en tweede herdruk van 10 duizend exemplaren bleek al snel noodzakelijk. De informatie in de brochure is in negen talen vertaald.

Verder heeft VWS de brochure die is ontwikkeld voor buitenlandse werknemers in Nederland, "Verplichte zorgverzekering als u in Nederland werkt", vernieuwd. Deze brochure is uitgereikt aan onder meer uitzendbureaus en werkgevers die met name te maken hebben met mensen die kortdurend in Nederland komen werken, zoals werknemers uit Midden- en Oost-Europese landen. De informatie in deze brochure is in tien talen vertaald. Het Ministerie van SZW heeft ook een brochure ontwikkeld over de sociale zekerheid specifiek voor Poolse werknemers in Nederland. Daarin is in samenwerking met het Ministerie van VWS ook een paragraaf over de Zvw-verzekeringplicht opgenomen.

3.6 Conclusie

Op 15 maart 2011 is de Wet 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' in werking getreden, waarmee onverzekerden tegen ziektekosten door het CVZ actief worden opgespoord en aangemaand een zorgverzekering te sluiten.

In deze verzekerdenmonitor is uitgegaan van de cijfers van het CVZ. Uit de cijfers van het CVZ blijkt dat het stuwmeer van onverzekerden is weggewerkt. Per peildatum 30 juni 2012 zijn er van de 204.691 aangeschreven vermeend onverzekerden, nog slechts 38.805 onverzekerd. De uitvoering van de Wet verloopt dus zeer goed.

Het is noodzakelijk om voort te gaan met de opsporing. Naar verwachting zullen er in 2012 circa 60.000 nieuwe onverzekerden zijn die moeten worden opgespoord. De instroom aan nieuwe onverzekerden is hiermee hoger dan werd ingeschat.

HOOFDSTUK 4. GEMOEDSBEZWAARDEN

4.1 Inleiding

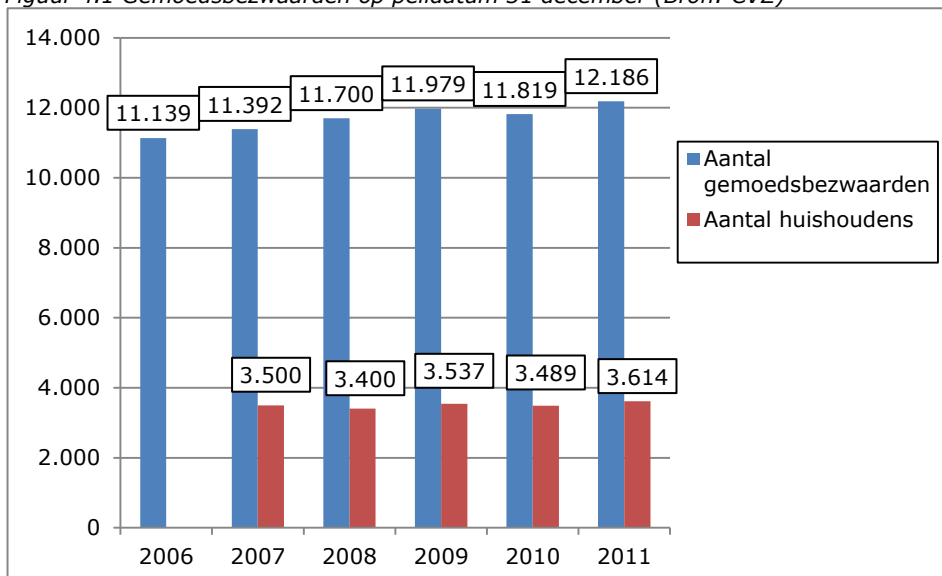
Er zijn mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering. Zij worden gemoedsbezwaarden genoemd. Een gemoedsbezwaarde kan bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) ontheffing van de premieplicht aanvragen voor zowel de volksverzekeringen als de werknemersverzekeringen. Voorwaarde hiervoor is dat de gemoedsbezwaarde verklaart dat hij gemoedsbezwaren heeft tegen elke vorm van verzekeringen en dat hij daarom noch zichzelf, noch iemand anders, noch zijn eigendommen heeft verzekerd. Dit is geregeld in artikel 64 van de Wet financiering sociale verzekeringen. Het is niet mogelijk om ontheffing voor de Zvw aan te vragen, wel voor de AWBZ. Gemoedsbezwaarden voor de AWBZ zijn automatisch ook uitgesloten van de verzekeringsplicht voor de Zvw. Na het verlenen van een ontheffing meldt de SVB de gemoedsbezwaarden aan bij diverse organisaties, waaronder het CVZ.

Bij gemoedsbezwaren blijft in het geval van de AWBZ, de verzekering van rechtswege bestaan, maar wordt de betrokkene vrijgesteld van de verplichting tot premiebetaling. De gemoedsbezwaarde heeft echter wel de verplichting om een belasting te betalen die de premie (AWBZ) en inkomensafhankelijke bijdrage (Zvw) vervangt. De hoogte van de bijdragevervangende belasting voor de Zvw is gelijk aan de inkomensafhankelijke bijdrage die de gemoedsbezwaarde zou hebben moeten betalen, indien hij wel verzekeringsplichtig zou zijn geweest. De extra belasting die de gemoedsbezwaarde voor de Zvw betaalt, wordt apart gezet op een spaarrekening bij het CVZ.

Gemoedsbezwaarden hebben recht op vergoeding van ziektekosten uit de door hen betaalde bedragen aan bijdragevervangende belasting, voor zover de ziektekosten niet uitstijgen boven het saldo van de spaarrekening en voor zover het gaat om in de Zvw geregelde aanspraken. Jaarlijks wordt na afloop van het kalenderjaar de helft van de in dat jaar betaalde bijdragevervangende belasting in het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) gestort, of zoveel minder als het saldo bedraagt na aftrek van de tot uitkering gebrachte vergoedingen voor ziektekosten. Het eventuele restant blijft staan ter beschikking van de gemoedsbezwaarde voor een volgend jaar.

4.2 Aantal gemoedsbezwaarden

Figuur 4.1 Gemoedsbezwaarden op peildatum 31 december (Bron: CVZ)



Eind 2011 waren er 12.186 gemoedsbezwaarden, een paar honderd meer dan een jaar eerder. Deze lichte toename heeft wellicht te maken met de aanpak van onverzekerden in 2011. Een klein deel van de onverzekerden heeft zich na de aanschrijving als onverzekerde door het CVZ (alsnog) als gemoedsbezwaarde laten registreren.

4.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

In de volgende tabel zijn de baten en lasten van de rekeningen van gemoedsbezwaarden in 2011 opgenomen. In totaal is bij de gemoedsbezwaarden 9,1 miljoen euro aan bijdragevervangende belasting ingehouden en heeft het CVZ 3,1 miljoen euro aan zorgkosten vergoed.

Tabel 4.1 Baten en lasten gemoedsbezwaarden in 2011 (in miljoenen euro's; bron: CVZ)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Totaal t.l.v. 2011
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1 januari (A)	1,3	1,2	1,2	1,2	-0,1	0,0	4,8
Resultatenrekening							
Ingehouden bijdragevervangende belasting	0,1	0,1	0,2	0,0	0,7	8,0	9,1
Verleende vergoedingen voor zorgkosten	0,0	0,0	0,0	0,0	-1,0	4,1	3,1
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden voor toevoeging aan het Zorgverzekeringsfonds	0,1	0,1	0,2	0,0	1,7	3,9	6,0
Resultaatbestemming							
Toevoeging ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds	0,1	0,1	0,1	0,0	0,7	3,0	4,0
Toevoeging aan rekening gemoedsbezwaarden (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,9	2,0
Totaal resultaatbestemming	0,1	0,1	0,1	0,0	1,8	3,9	6,0
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31 december (A+B)	1,3	1,2	1,2	1,2	1,0	0,9	6,8

4.4 Uitvoering

Het CVZ voert de regeling voor gemoedsbezwaarden uit. In een uitvoeringstoets in 2009 heeft het CVZ aangegeven dat de wijze waarop het spaartegoed werd berekend en vastgesteld moeilijk uitvoerbaar was. De berekening van dit spaartegoed was vooral een handmatig proces, terwijl door automatisering de berekening nauwkeuriger, efficiënter en goedkoper kon worden uitgevoerd. Voor een adequate geautomatiseerde afhandeling was de bestaande berekeningswijze die het CVZ hanteerde, te ingewikkeld. Om deze redenen zijn de administratieve procedures van de regeling voor gemoedsbezwaarden bij regeling van 14 december 2009⁸ aangepast. Voor betrokkenen heeft dit tot voordeel dat declaraties sneller kunnen worden afgewikkeld. Op drie punten is een vereenvoudiging gerealiseerd:

1. In de verwerking van mutaties in de hoogte van de bijdragevervangende belasting.
2. In het toewijzen van gedeclareerde zorgkosten aan een kalenderjaar.
3. Bij spaartegoeden van gemoedsbezwaarden die niet langer deel uitmaken van een gezamenlijke huishouding.

Deze wijzigingen zijn op 1 januari 2010 in werking getreden. Daarbij is een overgangsregeling getroffen om te voorkomen dat gemoedsbezwaarden nadeel zouden ondervinden bij de declaraties over 2009, die in 2010 werden ingediend. Deze overgangssituatie heeft geleid tot extra inspanningen voor het CVZ.

4.5 Conclusie

Het aantal gemoedsbezwaarden is in 2011 licht toegenomen. Dit hangt wellicht samen met de aanpak van onverzekerden. De uitvoering van de regeling voor gemoedsbezwaarden is per 1 januari 2010 op een aantal punten vereenvoudigd. Dit leidt tot een efficiëntere en meer transparante uitvoering van de regeling.

⁸ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 december 2009, nr. Z/VV-2973800, houdende vereenvoudiging van de administratieve procedures van de regeling voor gemoedsbezwaarden in de Zorgverzekeringswet, Stcrt. 2009, nr. 19795.

HOOFDSTUK 5. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

5.1 Inleiding

In Nederland geldt het algemeen erkende principe dat zorgaanbieders in voorkomend geval medisch noodzakelijke zorg verlenen, ongeacht de vraag of en hoe de kosten van die zorgverlening zullen worden vergoed. Daarnaast is Nederland ingevolge internationale verdragen inzake het verlenen van medische bijstand (die door Nederland zijn geratificeerd), waaronder het Europees Sociaal Handvast, gehouden zorg te dragen dat ook aan personen die onvoldoende middelen hebben, medische zorg wordt verleend. Op grond van deze twee aspecten is zeker gesteld dat voor iedereen in Nederland medische zorg beschikbaar is.

Iedere vreemdeling die niet rechtmatig verblijft in Nederland, is er in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald. Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen. Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen geen (particuliere) verzekering hebben gesloten ten laste waarvan de kosten kunnen worden gebracht, zullen zij de kosten van verleende medische zorg zelf moeten betalen.

Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen niet in staat zijn de rekening voor de aan hen verleende zorg te betalen, worden zorgaanbieders geconfronteerd met (deels) onbetaalde kosten. In gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder geen kostenverhaal op deze patiënten mogelijk blijkt, kunnen zorgaanbieders een beroep doen op een wettelijke bijdrageregeling. Deze regeling vloeit voort uit de zienswijze van de regering dat de oninbare vorderingen van verleende medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen in redelijkheid niet alleen door de zorgaanbieders gedragen moeten worden. De in de regeling vastgelegde structuur voor financiering strookt met de hierboven bedoelde internationale verdragen.

5.2 De wettelijke bijdrageregeling

Op 1 januari 2009 is de wettelijke bijdrageregeling in werking getreden, op grond waarvan zorgaanbieders een bijdrage kunnen vragen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen aan onverzekerbare vreemdelingen⁹ die de kosten van de verleende zorg zelf niet kunnen betalen (artikel 122a van de Zorgverzekeringswet). Slechts in die gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder geen kostenverhaal op de patiënt, zijn eventuele particuliere verzekeraar of op een andere voorziening mogelijk blijkt, kan de zorgaanbieder, onder voorwaarden, een beroep doen op de bijdragemogelijkheid die de wet biedt. Geen bijdrage wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden gebruikelijk zijn.

Daarbij geldt dat niet direct toegankelijke zorg (zorg die slechts verkregen kan worden op verwijzing, indicatie of recept) wordt verleend door daartoe door het CVZ gecontracteerde zorgaanbieders. In de betreffende contracten dienen afspraken te zijn vastgelegd op basis waarvan de werkwijze bij zorgvragen van onverzekerbare illegale vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Tevens dienen in de contracten afspraken te zijn neergelegd over de hoogte van de vergoeding van de zorgaanbieder.

Bij direct toegankelijke zorg, waarbij het in veel gevallen zal gaan om zorg in situaties die door de betrokken patiënt als een noodsituatie wordt ervaren, kan de medisch noodzakelijke zorg ook worden ingeroepen bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. In die gevallen is voor de zorgaanbieder voorzien in een vergoeding van 80% van de oninbare vordering. Kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling worden voor 100% aan de zorgaanbieder vergoed, voor zover de kosten niet op de patiënt kunnen worden verhaald.

⁹ De vreemdelingen die het betreft zijn:

- vreemdelingen die een aanvraag voor een verblijfsvergunning regulier hebben ingediend
- vreemdelingen die bezwaar of beroep hebben ingesteld tegen een afwijzende beslissing op een aanvraag voor een verblijfsvergunning regulier en
- vreemdelingen die niet rechtmatig verblijven.

5.3 Uitvoering

Het CVZ voert sinds 1 januari 2009 de wettelijke bijdrageregeling uit. In dat kader geeft het CVZ informatie aan zorgaanbieders over de regeling en voert daarover overleg met (te contracteren) zorgaanbieders. Het CVZ onderhoudt een website waarop informatie over de financiering van de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen is opgenomen. Verder zijn daar de gegevens te vinden van de gecontracteerde zorgaanbieders. Het CVZ beantwoordt dagelijks per mail en telefoon vragen over de regeling die gesteld worden door zorgverleners, hulpverleningsorganisaties en (kennissen van) onverzekerbare vreemdelingen.

5.4 CVZ monitor

Twee keer per jaar brengt het CVZ op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een monitor over de gefinancierde zorgverlening aan illegaal verblijvende vreemdelingen uit. Het CVZ plaatst deze rapporten op haar website (www.cvz.nl, onder "financiering onverzekerbare vreemdelingen"). Op 17 april 2012 is de meest recente monitor door het CVZ uitgebracht, waarvan u de belangrijkste bevindingen onderstaand aantreft.

Kosten bijdrageregeling voor zorgaanbieders

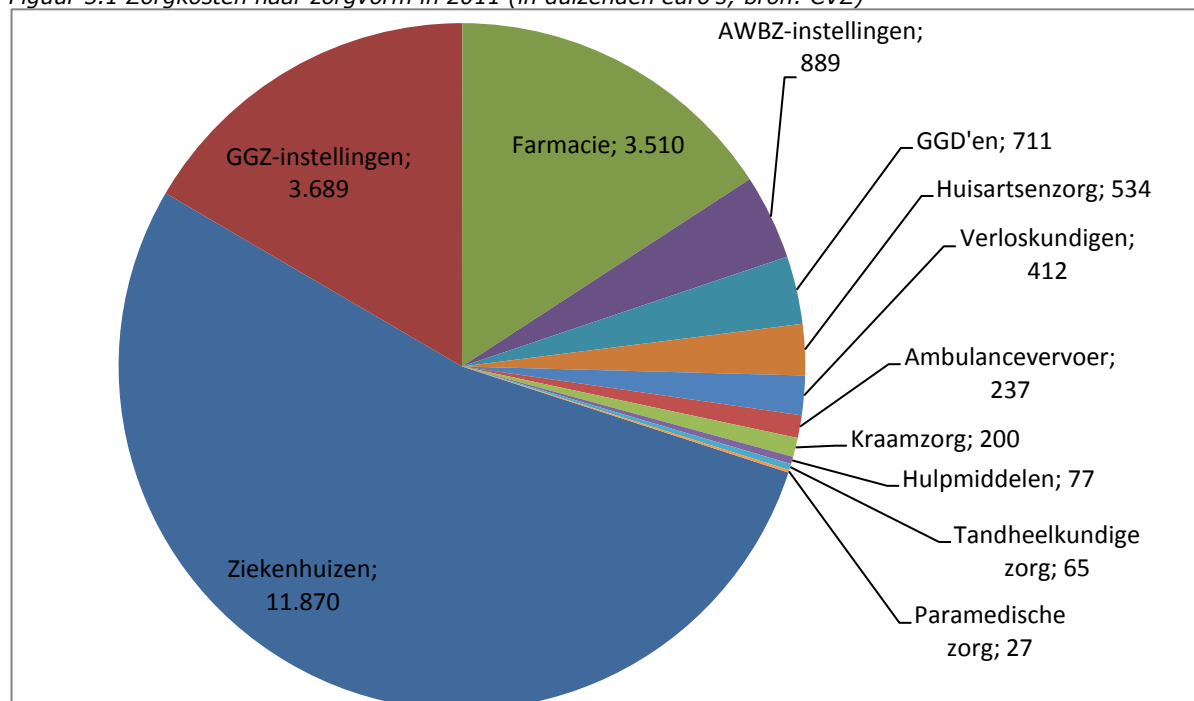
Met de op 1 januari 2009 in werking getreden wet is een bijdrageregeling voor zorgaanbieders in het leven geroepen voor eerstelijns, tweedelijns- en AWBZ-zorg. In de financiële verslaglegging verantwoordt het CVZ de voor de Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen gemaakte kosten op basis van de feitelijk in het betreffende kalenderjaar gedane betalingen. De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2011 opgelopen tot € 22,2 miljoen.

Tabel 5.1 Totale zorgkosten bijdrageregeling CVZ (in duizenden euro's; bron: CVZ)

Jaar	Totale kosten
2009	6.790
2010	14.414
2011	22.221

Dit bedrag is samengesteld uit de volgende kosten per zorgvorm.

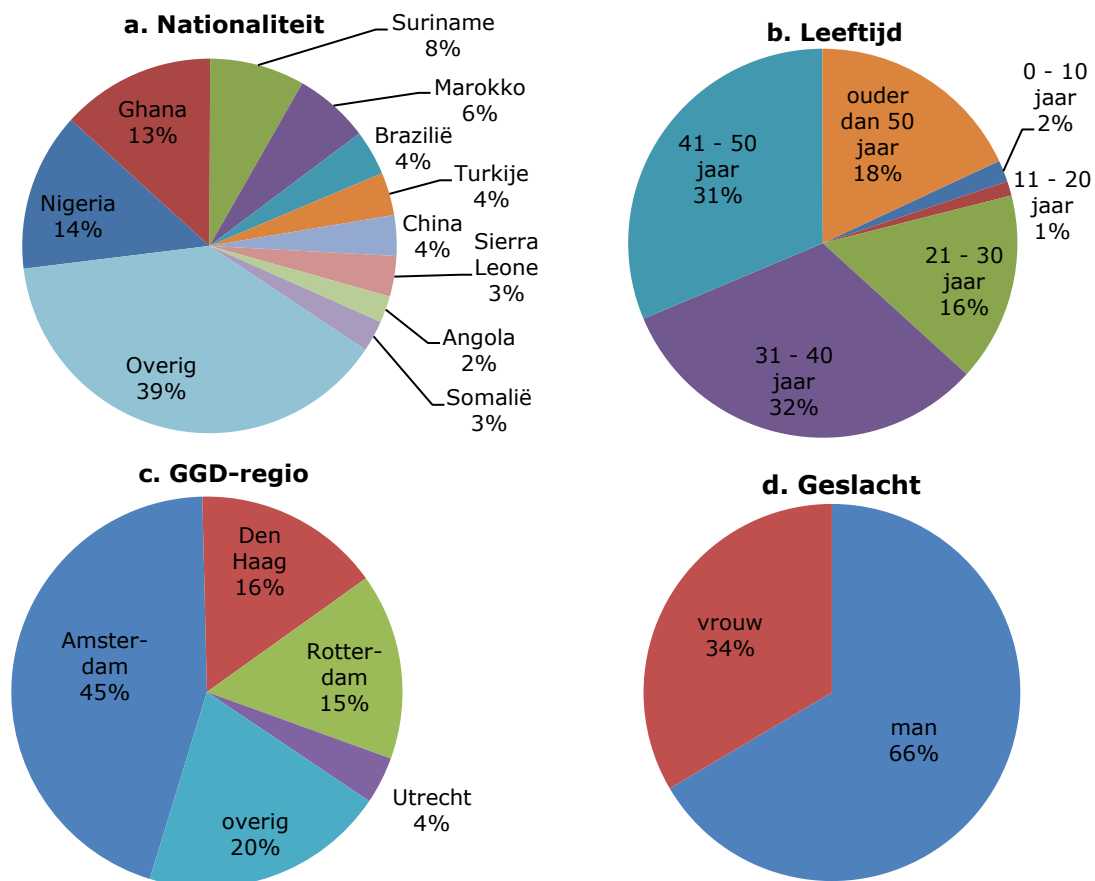
Figuur 5.1 Zorgkosten naar zorgvorm in 2011 (in duizenden euro's; bron: CVZ)



De meeste zorgkosten van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen worden gemaakt in ziekenhuizen. De kosten voor ziekenhuiszorg zijn in 2011 met 38% gestegen ten opzichte van 2010 (van 8,6 naar 11,9 miljoen euro). Als gevolg van de systematiek van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) is bij ziekenhuizen sprake van een grote tijdsduur tussen het openen van een DBC en het indienen van een declaratie bij het CVZ. Het lijkt er volgens het CVZ op dat juist duurdere DBC's met een grote vertraging zijn ingediend. GGZ-instellingen vormen de tweede grote kostenpost. Ook deze kosten zijn flink gestegen in 2011 (van 1,1 naar 3,7 miljoen euro). Deze stijging is waarschijnlijk het gevolg van een wijziging in de systematiek, namelijk het mogelijk worden van het indienen van declaraties na het afsluiten van de DBC. De derde kostenpost wordt gevormd door de farmacie. Deze kosten zijn in 2011 met 7% gestegen ten opzichte van 2010 (van 3,3 naar 3,5 miljoen euro).

Het is niet precies bekend voor hoeveel mensen een beroep wordt gedaan op de bijdrageregeling. Het CVZ beschouwt de farmacie echter als de meest betrouwbare graadmeter voor de ontwikkelingen in de populatie van de onverzekerbare vreemdelingen die een beroep doen op de regeling. Dit komt doordat apotheken maandelijks langs de elektronische weg declareren bij het CVZ, waardoor er weinig vertraging in zit. Hierdoor kan het CVZ ook snel inzicht verschaffen in de kosten naar de nationaliteit, leeftijd, GGD-regio en geslacht.

Figuur 5.2 Farmaciekosten in 2011 naar nationaliteit, leeftijd, GGD-regio en geslacht (bron: CVZ)



Contractering

Ziekenhuizen

Sinds 1 januari 2009 heeft het CVZ 24 ziekenhuizen gecontracteerd voor het leveren van ziekenhuiszorg¹⁰ aan onverzekerbare vreemdelingen. In 2010 heeft het CVZ ook het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam en het Diaconessenhuis te Leiden gecontracteerd. Alle

¹⁰ Waar wordt gesproken over "het leveren van zorg" wordt bedoeld op medisch noodzakelijke zorg die, bij inkomstenderving, in aanmerking komt voor een bijdrage van het CVZ.

overeenkomsten waren aangegaan voor een periode van twee jaar met de mogelijkheid om de overeenkomst, met wederzijds goedvinden, drie maal met één jaar te verlengen.

Het CVZ heeft de gecontracteerde ziekenhuizen voorgesteld om de overeenkomst voor 2011 te verlengen. Alle gecontracteerde ziekenhuizen hebben daarmee ingestemd. Van deze gelegenheid is gebruik gemaakt om de afgesloten overeenkomsten te herzien. Enkele bepalingen zijn daarbij in overeenstemming gebracht met de uitvoeringspraktijk. Zo is nu voor alle ziekenhuizen vastgelegd dat zij hun declaraties baseren op de bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) aangeleverde standaardprijslijst.

De door het CVZ gecontracteerde ziekenhuizen leveren in ieder geval 95% van de DBC's uit het A-segment. Bij de meeste gecontracteerde ziekenhuizen ontbreekt een klein gedeelte van het zorgaanbod. Om tot een dekkend zorgaanbod te komen, heeft het CVZ een aantal ziekenhuizen aanvullend gecontracteerd. Deze ziekenhuizen kunnen zorg leveren op doorverwijzing van een door het CVZ gecontracteerd ziekenhuis. De contractering van deze 'achtervang-ziekenhuizen' is gebaseerd op voorkomende casuïstiek. Inmiddels heeft het CVZ zestien ziekenhuizen als 'achtervang-ziekenhuis' gecontracteerd. De overeenkomsten met deze ziekenhuizen zijn voor 2011 ongewijzigd verlengd.

Apotheken

Door het CVZ waren op 31 december 2011 in totaal 365 apotheken gecontracteerd voor het leveren van geneesmiddelen aan onverzekerbare vreemdelingen. Op 1 april 2012 hebben 363 apotheken ingestemd met een verlengingsvoorstel. De contracten die niet zijn verlengd, zijn van apotheken die in 2011 niet of nauwelijks hebben gedeclareerd. Het CVZ blijft overigens tijdens het lopende kalenderjaar bereid om alsnog apotheken uit de betrokken gemeenten te contracteren als zij daar om verzoeken. In 2013 zal het CVZ een nieuwe aanbestedingsprocedure uitschrijven voor de contractering per 1 januari 2014.

Rol GGD'en

In 2011 is de betrokkenheid van de GGD'en bij de afhandeling van declaraties van eerstelijnszorgverplegers geëindigd. Het CVZ heeft aangegeven plezierig te hebben samengewerkt met de GGD'en. Hun betrokkenheid bij het declaratieverkeer in voorgaande jaren heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de soepele invoering van de Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen.

5.5 Relevante ontwikkelingen

Evaluatie bijdrageregeling

Op 8 december 2011 is het eindrapport "Evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet", vergezeld van een beleidsreactie, aan de Eerste en Tweede Kamer gezonden. De hoofdconclusie van het rapport is dat de bijdrageregeling over het algemeen doeltreffend is en in de praktijk naar tevredenheid werkt.

De onderzoekers concluderen onder meer dat er geen aanwijzingen zijn voor misbruik van de bijdrageregeling aan de kant van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen of aan de kant van de zorgaanbieder. Wat betreft de toegankelijkheid concluderen de onderzoekers dat de landelijke dekking van gecontracteerde zorgaanbieders recht doet aan de spreiding van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen over het land. Ter zake van de uitvoering door het CVZ concluderen de onderzoekers dat zorgaanbieders en belangenbehartigers van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen tevreden zijn over het CVZ als uitvoeringsorganisatie. Ook het declaratieproces alsmede de informatievoorziening over de bijdrageregeling verloopt goed.

5.6 Conclusie

De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2011 opgelopen tot € 22,2 miljoen. VWS constateert dat de uitvoering van de bijdrageregeling naar tevredenheid verloopt en dat het CVZ zorg draagt voor een doelmatige en correcte uitvoering.

HOOFDSTUK 6. INTERNATIONALE ASPECTEN

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de verdragsgerechtigden en enkele (voorgenomen) wijzigingen van de Zvw en de AWBZ die betrekking hebben op het recht op zorg in het buitenland.

6.2 Verdragsgerechtigden

De Europese sociale zekerheidsverordening nr. 883/04 (hierna: Verordening) en de tussen Nederland en andere staten bestaande bilaterale sociale zekerheidsverdragen (hierna: verdragen) hebben onder meer ten doel te voorkomen dat mensen die zich binnen Europa of binnen de verdragslanden verplaatsen hun sociale ziektekostendekking verliezen of dubbel sociaal verzekerd zijn.

Verdragsrecht

De Verordening en de verdragen zijn dwingendrechtelijk van toepassing geworden op alle:

- a) Grensarbeiders en hun gezinsleden die zich binnen de EU verplaatsen en,
- b) Gepensioneerden met een Nederlands wettelijk pensioen (in de zin van de Verordening en de verdragen) alsmede hun gezinsleden die in een EU/EER-lidstaat of een verdragsland wonen.

Ad a) Grensarbeiders en hun gezinsleden

Volgens de Verordening en de verdragen is op mensen die werken de wetgeving van het werkland van toepassing. Grensarbeiders die wonen in het buitenland (bijvoorbeeld België) en werken in Nederland vallen dus onder de Nederlandse wetgeving. Dat betekent dat zij AWBZ-verzekerd zijn en daardoor Zvw-verzekeringplichtig. Zij kunnen in het buitenland zorg inroepen op grond van de polisvoorwaarden van hun zorgverzekering, net als iedere Zvw-verzekerde dat kan. Daarnaast hebben grensarbeiders met toepassing van de Verordening en verdragen recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland (verdragsrecht).

De AWBZ en de Zvw kennen geen medeverzekering van gezinsleden. In het buitenland wonende gezinsleden van grensarbeiders kunnen dus geen rechten ontlenen aan de AWBZ en de Zvw. Omdat beide wetten echter wel vallen onder de materiële werkingssfeer van de Verordening en de verdragen, worden de gezinsleden beschermd door deze instrumenten. Zij hebben recht op de zorgaanspraken zoals die zijn geregeld volgens de sociale ziektekostenverzekering van het woonland (woonlandpakket) ten laste van Nederland (verdragsrecht). Deze gezinsleden kunnen ook in Nederland zorg inroepen.

Ad b) Gepensioneerden en hun gezinsleden

Op gepensioneerden en hun gezinsleden zijn de Verordening en de verdragen van toepassing. De reden daarvan is dat zij tot de kring van verzekerden van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering zouden hebben behoord indien zij in Nederland zouden hebben gewoond. Zij hebben ten laste van Nederland recht op het woonlandpakket (verdragsrecht).

Wanneer men tevens een wettelijk pensioen van zijn woonland heeft en recht heeft op zorg van het woonland is men onderworpen aan de wetgeving van het woonland en treedt het verdragsrecht ten laste van Nederland terug. Het gaat dan bijvoorbeeld om personen die zowel in Nederland als in het huidige woonland gewerkt hebben en op grond daarvan van beide landen een wettelijk pensioen ontvangen. Gepensioneerden en hun gezinsleden hebben op grond van de Nederlandse inschrijving op Bijlage IV bij de Verordening tevens het recht om zonder toestemming van het orgaan van de woonplaats zorg in te roepen in Nederland.

Woonlandpakket

In de gevallen waarin op grond van de Verordening of een verdrag recht bestaat op zorg, gaat het altijd om de zorgaanspraken zoals die zijn geregeld volgens de sociale ziektekostenverzekering van het land waar die zorg wordt ingeroepen. Dus een verdragsgerechtigde die zorg inroept in zijn woonland krijgt de zorg zoals die is geregeld in het woonlandpakket, ten laste van Nederland. Hiertoe wordt jaarlijks door het land dat het wettelijk pensioen uitkeert, Nederland, een bedrag aan het desbetreffende woonland betaald. Tegenover dit financiële risico dat Nederland draagt, staat

dat Nederland een bijdrage mag heffen bij de betrokkenen. De bijdrage bestaat uit drie componenten en is vastgesteld overeenkomstig de wijze waarop de premie is samengesteld voor mensen die in Nederland verzekerd zijn. Het totaal van deze componenten wordt vermenigvuldigd met de woonlandfactor. Deze woonlandfactor is het verhoudingsgetal tussen de gemiddelde kosten van zorg in het woonland en de gemiddelde kosten van zorg in Nederland.

Met de woonlandfactor wordt tot uitdrukking gebracht in welke mate de in het woonlandpakket opgenomen zorg zich verhoudt tot de in het Nederlandse pakket (Zvw en AWBZ) opgenomen zorg. Voor het merendeel van de Europese landen is dit verhoudingsgetal minder dan 1.

Bij met name de woonlandfactor spelen een aantal ontwikkelingen welke daarop van invloed kunnen zijn. Het betreft de volgende:

- De nieuwe Verordening gaat niet langer uit van het afrekenen op basis van gemiddelde kostprijzen maar op basis van werkelijke kosten;
- Vanaf 1 mei 2010 hebben gepensioneerde verdragsgerechtigden en hun gezinsleden op basis van deze nieuwe Verordening naast het recht op zorg in het woonland ook het recht om zonder tussenkomst van het orgaan van de woonplaats zorg in te roepen in Nederland. De kosten hiervan komen ten laste van Nederland en
- VWS bemerkt dat verdragsgerechtigden moeite hebben de huidige woonlandfactor en premiestructuur (men betaalt een "AWBZ"-premie, terwijl in het woonland geen AWBZ bestaat);

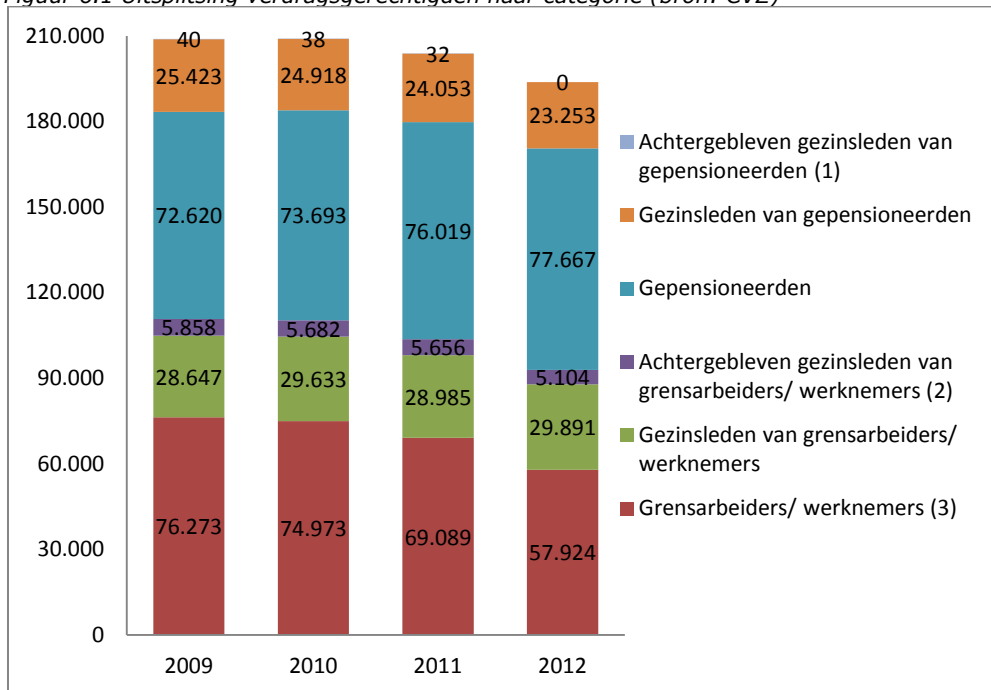
Ten slotte is de woonlandregeling in zijn huidige vorm administratief erg bewerkelijk. Daardoor zal VWS bezien of het instrument van de woonlandfactor dient te worden aangepast.

De aanpassing van de woonlandfactor zou mogelijk kunnen leiden tot een hogere verdragsbijdrage.

6.2.1 Aantal verdragsgerechtigden

Het aantal personen, dat in het woonland een verdragsrecht op zorg had ten laste van Nederland neemt af en is in 2012 193.839. Hieronder volgt een uitsplitsing van deze aantallen naar categorie.

Figuur 6.1 Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: CVZ)



(1) Het gaat hier om gezinsleden die in een ander land wonen dan de gepensioneerde zelf. Omdat deze groep erg klein is, is deze nauwelijks zichtbaar in de figuur.

(2) Het gaat hier om gezinsleden die in een ander land wonen dan de grensarbeider/werknemer zelf.

(3) Grensarbeiders/werknemers die in Nederland werken zijn Zvw-verzekerd. Zij betalen derhalve geen verdragsbijdrage, maar zijn premie verschuldigd aan hun zorgverzekeraar.

6.2.2 Kosten verdragsgerechtigden

Tegenover het recht op zorg in het woonland staat de verplichting voor verdragsgerechtigden om een bijdrage aan het CVZ te betalen. Enige uitzondering hierop vormen de grensarbeiders/werknemers die – naast het hebben van een verdragsrecht – rechtstreeks AWBZ-verzekerd en verzekeringsplichtig voor de Zvw zijn: zij betalen een nominale premie aan de zorgverzekeraar en betalen daarnaast de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en de premie voor de AWBZ.

Over 2011 betaalden verdragsgerechtigden in totaal € 101,3 miljoen verdragsbijdrage en Nederland betaalde voor hen in de vorm van gemiddelde kostenbedragen in totaal € 94,8 miljoen aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan betrokkenen.

Een nadere uitsplitsing wordt geboden in de onderstaande tabellen.

Tabel 6.1 bijdragen verdragsgerechtigden (bron: CVZ)

Bijdrage verdragsgerechtigden (2011)					
		Verdragsgerechtigden			
Land	Totaal	Grensarbeiders, werknemers¹¹	Verdragsgerechtigden, (waarvan betalend)¹²		Ontvangen bijdragen 2011 (x € 1000)¹³
EU/EER/Zwi.					
België	56.902	29.645	27.257	(18,233)	29.612
Bulgarije	90	0	90	(88)	12
Cyprus	101	1	100	(100)	45
Denemarken	81	5	76	(76)	151
Duitsland	48.798	23.261	25.537	(15.882)	23.965
Estland	4	0	4	(4)	1
Finland	47	9	38	(37)	69
Frankrijk	8.737	499	8.238	(7.799)	19.427
Griekenland	1.039	23	1.016	(963)	695
Hongarije	829	246	583	(562)	231
Ierland	328	4	324	(311)	895
IJsland	1.582	0	1.582	(1,562)	14
Italië	94	53	41	(16)	2.201
Letland	27	8	19	(16)	2
Liechtenstein	1	0	1	(1)	1
Litouwen	25	9	16	(16)	4
Luxemburg	186	14	172	(164)	338
Malta	140	4	136	(130)	98
Noorwegen	123	9	114	(107)	434
Oostenrijk	646	47	599	(588)	1.115
Polen	6.469	2.855	3.614	(1,688)	97
Portugal	2.690	48	2.642	(2,587)	2.182
Roemenië	147	27	120	(115)	14
Slovenië	49	1	48	(46)	34

¹¹ Deze personen zijn AWBZ-verzekerd en Zvw-verzekeringplichtig en zijn derhalve geen verdragsbijdrage verschuldigd. Zij hebben op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening echter wel recht op het woonlandpakket (verdragsrecht).

¹² Verdragsgerechtigden onder de 18 jaar betalen, net als Zvw-verzekerden, geen nominale bijdrage.

¹³ De verdragsbijdragen uit Bosnië-Herzegovina en Rep. Srpska zijn getotaliseerd bij Bosnië-Herzegovina. De verdragsbijdragen uit Kosovo, Servië en Vojvodine zijn getotaliseerd bij Servië.

Slowakije	555	411	144	(84)	20
Spanje	12.646	141	12.505	(12.243)	12.558
Tsjechië	607	380	227	(185)	93
Verenigd Koninkrijk	1.358	90	1.268	(1.153)	2.596
Zweden	487	23	464	(434)	1.076
Zwitserland	781	82	699	(649)	947
Bilateraal					
Bosnië Herzegovina	414	0	414	(402)	
* Republika Srpska	138	0	0	(138)	58
Kaapverdië	1.613	7	1.606	(1.524)	76
Kroatië	437	1	436	(428)	157
Macedonië	188	0	188	(182)	15
Marokko	21.425	0	21.425	(18.613)	428
Tunesië	840	0	840	(789)	26
Turkije	22.511	21	22.490	(20.827)	1.537
<i>Voormalige Rep. Joegoslavië</i>					
* Kosovo	0	0	0	(0)	0
* Montenegro	37	0	37	(35)	2
* Republiek Servië	520	0	520	(508)	76
* Vojvodine	147	0	147	(149)	0
Totaal	193.839	57.924	135.915	(109.430)	101.301

In de volgende tabel is een nadere uitsplitsing naar land opgenomen van de betaalde gemiddelde kosten in 2011. Het totaal aan betaalde kosten is gedaald met € 42,5 miljoen (2011 is 137,3 miljoen betaald aan gemiddelde kosten). Deze daling komt doordat op basis van de Verordening per 1 mei 2010 de afrekening van steeds meer landen verschuift van gemiddelde kosten naar werkelijke kosten.

Tabel 6.2 betaalde gemiddelde kosten (Bron: CVZ)

Aan het buitenland betaalde gemiddelde kosten (afgerond x € 1 miljoen)				
	2011	2010	2009	2008
België	-	20,1	59,4	63,6
Bosnië-Herzegovina	0,3	0,2	0,1	0,1
Bulgarije	-	-	0,1	0,1
Cyprus	-	-	0,0	0,0
Duitsland	-	12,2	31,2	27,0
Engeland	2,8	2,6	2,5	3,4
Frankrijk	-	10,6	29,8	28,1
Griekenland	-	0,5	1,1	2,0
Hongarije	-	0,1	0,1	0,9
Ierland	1,7	-	-	-
Italië	2,5	2,5	2,7	2,6
Kroatië	0,3	0,3	0,3	0,3
Kaapverdië	0,3	0,3	0,3	0,3
Malta	0,2	0,1	0,1	0,1
Marokko	9,6	3,2	3,2	0,5
Oostenrijk	-	0,6	1,6	1,4
Polen	-	0,1	0,1	0,2
Portugal	3,4	3,3	3,8	3,6
Roemenie	-	-	0,1	0,2
Servië	0,2	0,2	0,2	0,1
Slovenië	-	-	0,0	0,1
Slowakije	-	-	0,1	0,0
Spanje	37,8	29,3	27,1	27,1
Tsjechië	-	-	0,1	0,1
Tunesië	0,1	0,1	0,1	0,1
Turkije	22,2	23,9	10,0	10,1
Zweden	1,2	1,0	0,7	0,7
Zwitserland	2,3	1,8	1,5	1,2
Diverse landen	9,9	24,3	19,0	8,5
TOTAAL	94,8	137,3	195,3	182,4

6.2.3 Uitvoering

Het CVZ is belast met de uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen.

Deze taak kent twee aspecten, namelijk:

- de administratie van de verdragsgerechtigden en de inning van de verdragsbijdragen en
- de interstatelijke afrekening van zorgkosten met het buitenland.

Verdragsgerechtigden dienen zich bij het CVZ aan te melden. Het CVZ geeft voor de desbetreffende personen een formulier af, op grond waarvan de verzekeraar in het woonland kan zien dat betrokkene inderdaad recht heeft op zorg ten laste van Nederland.

Daarnaast verstrekt het CVZ de Europese ziekteverzekeringskaart (*European Health Insurance Card, EHIC*) aan verdragsgerechtigden. Hiermee kunnen verdragsgerechtigden zorg oproepen die tijdens een verblijf in een andere Europese lidstaat medisch noodzakelijk wordt. Het CVZ stuurt sinds 2011 op verzoek van de verdragsgerechtigden de EHIC-kaart toe. Verder stuurt het CVZ in het kader van de inning van de verdragsbijdrage aan alle verdragsgerechtigden een jaarafrekening.

Evaluatie buitenlandtaak

Naar aanleiding van signalen van onder meer de Nationale Ombudsman en het Europees Parlement (mevrouw Oomen-Ruijten) en klachten van betrokkenen over de uitvoering van de buitenlandtaak

door het CVZ, is in het jaar 2011 besloten om de uitvoering van de buitenlandtaak door het CVZ gezamenlijk volledig te evalueren. Doel van deze evaluatie was het verbeteren van de uitvoering van de buitenlandregeling waardoor de betrokken doelgroepen (vooral de verdragsgerechtigden) beter worden bediend.

Eind 2011 en begin 2012 heeft een gezamenlijke werkgroep (VWS en het CVZ) deze evaluatie uitgevoerd. Daarbij is niet alleen gekeken naar de huidige inrichting van de uitvoeringsprocessen. Ook is door middel van gesprekken met belangenbehartigers en betrokken instanties in binnen- en buitenland in beeld gebracht hoe deze processen in de praktijk uitwerken. Deze evaluatie¹⁴ heeft geresulteerd in een verslag van bevindingen dat op 31 mei 2012 door de Minister van VWS aan de Tweede Kamer is gezonden. Het verslag bevat een aantal actiepunten om de uitvoering door het CVZ verder te verbeteren. In 2012 zal gestart worden met de implementatie van de actiepunten.

De belangrijkste actiepunten ter verdere verbetering van de uitvoering van de buitenlandtaak zijn:

- Verbeteren van de klantgerichtheid (bijvoorbeeld de correspondentie en de telefonische bereikbaarheid);
- ICT-ondersteuning optimaliseren zodat deze toegerust is op de uitvoering van de buitenlandtaak;
- Afspraken maken met de ketenpartners (zorgverzekeraars, Belastingdienst, broninhouders) en
- Beëindigen van afrekenakkoorden, waarin wordt afgeweken van de afrekeningsbepalingen van de Verordening.

Daarnaast zal gezien worden of

- de voorlopige jaarafrekening kan worden afgeschaft;
- het gebruik van het NiNbi-inkomen (Niet in Nederland belastbaar inkomen) kan worden afgeschaft voor de bepaling van de verdragsbijdrage en louter uit te gaan van de fiscale loongegevens en
- voor de vaststelling van de heffingskortingen alternatieven mogelijk zijn.

6.2.4 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland

Het orgaan van tijdelijk verblijf organiseert de zorg voor de genoemde groepen in Nederland. Tot 1 mei 2010 betrof dit het zorggebruik van gezinsleden van grensarbeiders/werknemers in Nederland. Door de Verordening 883/2004 hebben met ingang van 1 mei 2010 alle verdragsgerechtigden (grensarbeiders/werknemers en gepensioneerden (inclusief de gezinsleden van beide groepen)) zonder tussenkomst van het orgaan van de woonplaats recht op zorg in Nederland. Hierdoor is het aantal rechthebbenden sterk uitgebreid. Dit verklaart de sterke stijging van zorggebruik en zorgkosten. In onderstaande tabel is dit effect duidelijk zichtbaar.

Tabel 6.3 Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland (Bron: CVZ)

Jaar	2011	2010	2009
Aantal personen	8.750	3.340	3.039
Totaal (in miljoenen euro's)	14,79	4,98	3,31

De onderstaande tabel wordt het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland in 2011 nader gespecificeerd naar woonland en type zorg (Zvw en AWBZ).

¹⁴ Kamerstukken II 2012, 30620, nr. 63

Tabel 6.4 zorggebruik verdragsgerechtigden (Bron: CVZ)

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
Woonland	Aantal verdragsgerechtigden	Zvw	AWBZ
België	3151	4.392.227	443.471
Bulgarije	5	402	
Cyprus	19	55.526	
Denemarken	1	2.209	
Duitsland	3248	5.106.246	183.513
Finland	1	419	
Frankrijk	834	1.274.076	69.416
Griekenland	57	76.983	206
Groot Brittannië	24	21.746	7.192
Hongarije	41	68.717	2.866
Ierland	29	86.090	
Italië	97	319.341	5.935
Kroatië	1	133	
Letland	2	2.615	
Luxemburg	20	75.584	
Malta	27	89.724	
Noorwegen	2	2.102	1.436
Oostenrijk	19	57.466	
Polen	28	48.174	15.609
Portugal	186	493.265	15.926
Roemenië	14	10.563	
Servië	1	1.254	
Slovenië	2	235	
Slowakije	5	18.429	
Spanje	895	1.707.129	51.977
Tsjechië	16	34.515	3.050
Zweden	22	44.768	
Zwitserland	3	441	
TOTAAL	8.750	13.990.393	800.603

Veel van de zorg wordt ingeroepen door verdragsgerechtigden uit België en Duitsland, die vanwege de geringe reisafstand geen belemmering ondervinden om de zorg in Nederland te halen. Bij de gepensioneerden en hun gezinsleden komen, na Duitsland en België, veel verdragsgerechtigden uit Spanje en Frankrijk (895 respectievelijk 834 personen sinds 1 mei 2010) naar Nederland voor zorg.

6.2.5 Relevante ontwikkelingen met betrekking tot de verdragsgerechtigden

Nieuwe berekening verdragsbijdrage en zorggebruik in Nederland

Zoals in de Verzekerdenmonitor 2009 is gememoreerd bevat de Verordening, ten opzichte van zijn voorganger Verordening nr. 1408/71, twee nieuwe aspecten die van belang zijn in het kader van de grensoverschrijdende zorgverlening:

1. Naast het recht op zorg in het woonland hebben gepensioneerde verdragsgerechtigden en hun gezinsleden thans het recht om zonder tussenkomst van het orgaan van de woonplaats zorg in te roepen in Nederland. De kosten hiervan komen ten laste van Nederland. De in EU/EER-staten wonende gezinsleden van grensarbeiders/werknemers hebben dit recht al sinds 2006. Tabel 6.3 laat de sterke groei van het aantal rechthebbenden en het zorggebruik zien.
2. Daarnaast komen ook de kosten van met de EHIC ingeroepen zorg bij tijdelijk verblijf van een verdragsgerechtigde buiten zijn woonland ten laste van Nederland (in plaats van ten laste van het woonland). De genoemde kosten komen bovenop het forfaitaire bedrag dat Nederland aan de woonlanden betaalt.

In het Masterplan buitenland (over de internationale gevolgen van de Zvw)¹⁵ en de diverse wijzigingen van de Regeling zorgverzekering tot vaststelling van de woonlandfactoren voor 2008 en later is reeds aangegeven dat deze ontwikkelingen nauwlettend gevolgd zullen worden en mogelijk kunnen leiden tot een aangepaste (hogere) verdragsbijdrage.

Uitspraken van de Centrale Raad van Beroep

In 2011 heeft de Centrale Raad van Beroep twee uitspraken gedaan die betrekking hebben op de Nederlandse verdragsgerechtigden. De eerste uitspraak betrof de vraag of de dekking van de Verordening verplicht is, hetgeen door de betrokken gepensioneerden werd betwist. De Centrale Raad van Beroep oordeelde, in navolging van het Europees Hof van Justitie, dat de dekking inderdaad verplicht is en dat Nederland hiervoor een bijdrage mag heffen.

De tweede uitspraak betrof de vraag of voormalig particulier verzekerden die in het buitenland wonen en die door de invoering van de Zorgverzekeringswet onder de ziektekostenbepalingen van de Europese sociale zekerheidsverordening zijn komen te vallen door de wetgeving benadeeld zijn. Wettelijk was geregeld dat de particuliere polissen vervielen voor zover de dekking werd overgenomen door de Zorgverzekeringswet of de Verordening. Voor het overige werden de verzekeringen niet aangetast. Niettemin hebben verzekeraars in een aantal gevallen de polis geheel beëindigd. De betrokken personen waren van mening dat dit de schuld van de overheid is en dat zij ongelijk zijn behandeld ten opzichte van particulier verzekerden die ten tijde van de invoering van de Zorgverzekeringswet in Nederland woonden. De Centrale Raad van Beroep heeft geoordeeld dat dit niet het geval is.

6.3 Internationale aspecten Zvw en AWBZ

In deze paragraaf worden enkele (voorgenomen) wijzigingen van de Zvw en de AWBZ beschreven.

AWBZ-zorg buitenland

Met de Wet AWBZ-zorg buitenland, die op 1 januari 2013 in werking treedt, heeft de regering maatregelen getroffen om de mogelijkheden om in het buitenland zorg ten laste van de AWBZ in te roepen aan te scherpen en te beperken. Ter verdere uitwerking van deze maatregelen is een algemene maatregel van bestuur (AMvB) aan het parlement voorgelegd (voorhangprocedure), waarin een aantal aanpassingen in de aansprakensfeer voor de AWBZ-gefinancierde zorg die buiten Nederland wordt ingeroepen zijn opgenomen. Daarnaast is met deze AMvB een wijziging aangebracht in het Besluit wachttijd AWBZ. Daarbij is enerzijds voorzien in een beperking van de categorieën van personen die aanspraak kunnen maken op uitzondering van de wachttijdregeling, terwijl de wachttijd anderzijds niet langer is beperkt tot intramurale zorg, maar in beginsel op alle AWBZ-verstrekingen betrekking kan hebben.

Per 1 januari 2013 wijzigen de aanspraken in de AWBZ op de volgende punten:

- AWBZ-zorg kan in beginsel slechts worden ingeroepen bij gecontracteerde zorgaanbieders binnen het grondgebied van Nederland, de EU, de EER en Zwitserland. Daarbuiten kan niet langer (niet) gecontracteerde AWBZ-zorg worden ingeroepen;
- extramurale AWBZ-zorg buiten Nederland, maar binnen de EU/EER/Zwitserland, kan ook bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden ingeroepen¹⁶;
- niet-gecontracteerde zorg kan in een aantal limitatief opgesomde gevallen worden vergoed. Deze gevallen worden geregeld in artikel 20 van het Besluit zorgaanspraken.

Op bovenstaand beginsel dat uitgaat van aanspraak op gecontracteerde zorg binnen de EU/EER of Zwitserland bestaat een aantal uitzonderingen¹⁷. Deze uitzonderingen gelden ook voor niet-gecontracteerde zorg die buiten het grondgebied van de EU/EER of Zwitserland wordt ingeroepen. Het gaat om:

- voortzetting van een al bestaande aanspraak gedurende een tijdelijk verblijf (vakantie) buiten Nederland: de AWBZ-zorg kan gedurende maximaal dertien weken in het buitenland worden voortgezet;

¹⁵ Kamerstukken II 2007/08, 30 918, nr. 27.

¹⁶ Dit geldt op grond van jurisprudentie van het Hof (arresten Kohll en Decker en Müller-Fauré/ Van Riet)

¹⁷ Zie artikel 20, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ

- voortzetting van een aanspraak in verband met palliatieve zorg; deze zorg kan gedurende maximaal één jaar in het buitenland worden ingeroepen;
- in geval van wachtlijsten is het mogelijk om (met toestemming van de zorgverzekeraar) AWBZ-zorg in het buitenland in te roepen als die zorg, gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde en het te verwachten verloop daarvan, in Nederland niet of niet tijdig verkrijgbaar is. De duur is maximaal één jaar;
- werken of studeren in het buitenland: mensen die in het buitenland wonen wegens hun werk of studie en die op grond daarvan ingevolge het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen (BUB) of met toepassing van de Europese sociale zekerheidsverordening of een verdrag inzake sociale zekerheid, verzekerd zijn gebleven kunnen aanspraak maken op vergoeding van zorg ten laste van de AWBZ. Ook personen die deel uitmaken van het huishouden van een dergelijk persoon houden aanspraak op AWBZ-zorg in het buitenland, mits ook zij als verzekerde zijn aangewezen ingevolge het BUB. De duur daarvan is onbeperkt, zolang de verzekering voortduurt;
- AWBZ-spoedhulp bij tijdelijk verblijf (niet voorzienbare, spoedeisende zorg) tot maximaal dertien weken, tenzij terugkeer naar Nederland om medische redenen niet mogelijk is.

Beperking werelddekking Zvw

De regering streeft ernaar de vergoeding van zorgkosten ingevolge de Zvw die gemaakt worden bij een tijdelijk verblijf buiten de EU/EER-landen en Zwitserland te schrappen. Deze zorgkosten kunnen desgewenst worden afgedekt via een (private) reisverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering. De daartoe strekkende wetgeving is in voorbereiding. De tijdelijk-verblijfsregeling (de "werelddekking") in de AWBZ zal in verband daarmee op termijn ook worden gezien.

Aanpassing verdragen

Voor het schrappen van de werelddekking is niet alleen aanpassing van de nationale wetgeving nodig. Hiervoor zal ook een aantal bilaterale sociale zekerheidsverdragen moeten worden aangepast. Hiervoor is instemming van de verdragspartner nodig. Voor het geval de verdragspartner niet instemt met de door Nederland voorgestelde verdragswijzigingen, zal de regering bezien of het verdrag moet worden opgezegd. Op 22 december 2010 is de Tweede Kamer der Staten-Generaal door Minister Kamp per brief hierover geïnformeerd¹⁸. Opzegging geschiedt niet dan na een zorgvuldige afweging en na voorafgaande goedkeuring door het parlement.

6.4 Conclusie

Het aantal personen dat onder de werkingssfeer van de Verordening en de verdragen valt is wederom gedaald; vooral het aantal grensarbeiders. Over 2011 betaalden verdragsgerechtigden in totaal € 101,3 miljoen verdragsbijdrage en Nederland betaalde voor hen in totaal € 94,8 miljoen aan gemiddelde kosten aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan betrokkenen.

In 2011 is naast zorggebruik in het woonland voor € 14,79 miljoen zorg in Nederland gebruikt door de verdragsgerechtigden. Het zorggebruik in Nederland is sterk gestegen door een wijziging in de Verordening waardoor er meer verdragsgerechtigden recht hebben op zorg in Nederland. Bezien wordt om de hoogte van de verdragsbijdrage aan te passen met het zorggebruik buiten het woonland.

De Centrale Raad van Beroep heeft twee uitspraken gedaan. De eerste uitspraak betrof de vraag of de dekking van de Verordening verplicht is, hetgeen door de betrokken gepensioneerden werd betwist. De Centrale Raad van Beroep oordeelde dat de dekking inderdaad verplicht is en dat Nederland hiervoor een bijdrage mag heffen.

De tweede uitspraak betrof de vraag of voormalig particulier verzekerden die in het buitenland wonen en die door de invoering van de Zorgverzekeringswet onder de ziektekostenbepalingen van de Europese sociale zekerheidsverordening zijn komen te vallen.

Wettelijk was geregeld dat de particuliere polissen vervielen voor zover de dekking werd overgenomen door de Zorgverzekeringswet of de Verordening. Voor het overige werden de verzekeringen niet aangetast. Niettemin hebben verzekeraars in een aantal gevallen de polis geheel beëindigd. De betrokken personen waren van mening dat dit de schuld van de overheid is

¹⁸ Stb. 2012, 144

en dat zij ongelijk zijn behandeld ten opzichte van particulier verzekerden die ten tijde van de invoering van de Zorgverzekeringswet in Nederland woonden. De Centrale Raad van Beroep heeft geoordeeld dat dit niet het geval is.

De buitenlandtaak van het CVZ is door het Ministerie van VWS en het CVZ gezamenlijk geëvalueerd. Deze evaluatie heeft geresulteerd in een verslag van bevindingen met een aantal actiepunten. In 2012 zal gestart worden met de implementatie van de actiepunten.

Op het terrein van de AWBZ en de Zvw worden er stappen gezet om het zorggebruik buiten Europa te beperken. Voor de AWBZ treedt in dat kader de Wet AWBZ-zorg buitenland op 1 januari 2013 in werking. Tevens is er een wetsvoorstel in voorbereiding om de zorgkosten die gemaakt zijn buiten Europa niet langer op grond van de Zvw te vergoeden. Om deze beëindiging van de werelddekking van de Zvw te effectueren moet tevens een aantal bilaterale verdragen worden aangepast. Hiervoor is instemming van de verdragspartner vereist. Stemt de verdragspartner niet in dan overweegt de regering opzegging van het verdrag.

HOOFDSTUK 7. CARIBISCH NEDERLAND

Een bijzonder aspect van het stelsel van Nederlandse ziektekostenverzekeringen wordt gevormd door de zorgverzekering in Caribisch Nederland. Caribisch Nederland bestaat uit de eilanden Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Het gaat om circa 22.000 verzekerden. Op 10 oktober 2010 zijn de eilanden openbaar lichaam van Nederland geworden. Nederland is sindsdien verantwoordelijk voor de sociale ziektekostenwetgeving in Caribisch Nederland.

Omdat de voormalige Nederlands-Antilliaanse regelgeving noch de Nederlandse regelgeving op het gebied van de sociale ziektekostenverzekering een oplossing bood voor de huidige situatie op de eilanden is per 1 januari 2011 voorzien in een nieuwe zorgverzekering. Iedereen die rechtmatig woont of werkt op het grondgebied van Caribisch Nederland is van rechtswege verzekerd. In het Besluit zorgverzekering BES is geregeld wie verzekerd zijn en wie niet. De zorgverzekering is op de specifieke situatie van de eilanden toegespitst en vervangt alle bestaande ziektekostenregelingen, inclusief de algemene verzekering bijzondere ziektekosten (avbz). Het zorgaanbod ter plaatse was door de geringe populatie op de eilanden beperkt. Met name op Bonaire is het zorgaanbod flink uitgebreid met onder andere de zes basisspecialismen en een unit voor nierdialyse. Dit betekent dat in veel minder gevallen dan voorheen voor meer specialistische zorg uitgeweken wordt naar Aruba, Curaçao, Sint Maarten, Colombia en Guadeloupe. Daarnaast kan het voorkomen dat medisch specialisten op gezette tijden worden ingevlogen.

De zorgverzekering in Caribisch Nederland omvat zowel curatieve als langdurige zorg. Zij lijkt op de Zvw en de AWBZ-verzekering, zij het dat het pakket vanwege de specifieke situatie op de eilanden op onderdelen (tijdelijk) zowel meer (bijvoorbeeld fysiotherapie, brillen, eenmalige sanering gebit) aanspraken als minder omvangrijke aanspraken (aantal ligdagen ziekenhuis bij bevalling) bevat. De kosten van de verzekering worden deels uit werknemerspremies (als onderdeel van de door de minister van Financiën ingevoerde "vlaktaks" van 30,4%) en deels uit werkgeverspremies gefinancierd. De verzekering wordt uitgevoerd door het zorgverzekeringskantoor, gevestigd te Bonaire en met dependances op Saba en Sint Eustatius.

De zorgverzekering is per 1 januari 2012 door de minister van VWS aangepast op het gebied van abortus, vergoedingen van gehoorapparaten en enige andere zaken.

BIJLAGEN

Bijlage I Verklaring afkortingen

avbz	algemene verzekering bijzondere ziektekosten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BSN	Burgerservicenummer
BUB	Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden
CBP	College bescherming Persoonsgegevens
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CJIB	Centraal Justitieel Incassobureau
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EER	Europese Economische Ruimte
EU	Europese Unie
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GSD	Gemeentelijke sociale diensten
NiNbi	Niet in Nederland belastbaar inkomen
NVZ	Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RBVZ	Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SZW	Sociale zaken en Werkgelegenheid
Verordening	Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VVA	SVB-volksverzekerdenadministratie
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet Arbeidsongeschiktheid
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WWB	Wet werk en bijstand
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zfw	Ziekenfondswet
Zvf	Zorgverzekeringsfonds
Zvw	Zorgverzekeringswet