

Vergaderjaar 2014–2015

33 077

Evaluatie van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering

Nr. 14

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 oktober 2014

Hierbij doe ik u de Verzekerdenmonitor 2014 (hierna: monitor) toekomen¹. Deze monitor biedt een samenhangend beeld van de ontwikkeling van zowel de nationale als de internationale aspecten van het zorgverzekeringsstelsel.

Met betrekking tot de nationale aspecten van het verzekeringsstelsel wordt met name aandacht besteed aan de werking van regelingen die gericht zijn op specifieke doelgroepen. Het betreft in het bijzonder wanbetalers, opsporing van onverzekerde verzekeringsplichtigen, onverzekerbare vreemdelingen (waaronder de zogenaamde vijfetuuraatsregel) en gemoedsbezwaarden.

Bij de internationale aspecten van het verzekeringsstelsel wordt aandacht besteed aan onder andere de zorgkosten die worden gemaakt door verdragsgerechtigden. Ten slotte gaat de monitor kort in op het zorgstelsel van Caribisch Nederland.

Deze monitor geeft de stand van zaken weer per 30 juni 2014. In deze brief vat ik de bevindingen samen en geef ik mijn belangrijkste conclusies weer.

Wanbetalers

Met de invoering van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (wanbetalersregeling) in 2009, is beoogd te voorkomen dat mensen wanbetalers 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

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

zorgverzekeraar de betreffende verzekeringnemer aanmeldt bij Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut), dat vervolgens de premierelatie overneemt van de zorgverzekeraar in de vorm van het heffen van een bestuursrechtelijke premie. Wanbetaling van zorgverzekeringspremie is onwenselijk. Het ondermijnt immers de solidariteit die aan het zorgverzekeringsstelsel ten grondslag ligt.

In 2011 is de wanbetalersregeling geëvalueerd. In de brief van 4 november 2011 (Kamerstuk 33 077, nr. 1) zijn de Eerste en Tweede Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van de evaluatie. Het wetsvoorstel «Wet verbetering wanbetalersregeling» waarin een deel van de aanbevelingen uit de evaluatie is overgenomen, is vorig jaar juni aan uw Kamer gezonden (Kamerstuk 33 683, nr. 2). Op 4 en 5 maart 2014 is de plenaire kamerbehandeling gestart (Handelingen II 2013/14, nr. 58, item 25 en Handelingen II 2013/14, nr. 59, item 6). In het vervolg hierop heb ik uw Kamer op 27 mei (Kamerstuk 33 683, nr. 27) en op 10 juli jl. (Kamerstuk 33 683, nr. 29) nader geïnformeerd over de ontwikkelingen en heb ik uw Kamer een nota van wijziging doen toekomen (Kamerstuk 33 683, nr. 28). Uw Kamer heeft op 26 september jl. het Nader verslag aan mij gezonden (Kamerstuk 33 683, nr. 30). Ik zal de beantwoording u zo spoedig mogelijk doen toekomen. Mede gezien de maatregelen die in het wetsvoorstel zijn opgenomen die wanbetalers kunnen helpen, is het streven erop gericht dat dit wetsvoorstel begin 2015 in werking treedt.

Uit het vele cijfermateriaal dat in Hoofdstuk 2 wordt gepresenteerd, blijkt dat de problematiek weerbarstig is. Zorgverzekeraars doen steeds meer om te voorkomen dat schulden oplopen, maar tegelijkertijd blijkt uit de cijfers dat er steeds meer betalingsregelingen worden afgesproken. En hoewel tienduizenden mensen er in slagen hun schulden te betalen, zijn er nog steeds meer mensen die daar niet (meer) in slagen en in het bestuursrechtelijk premieregime terecht komen, waardoor het aantal wanbetalers per saldo stijgt. Het Zorginstituut verwacht eind 2014 ruim 340.000 wanbetalers. Tegelijkertijd wil ik deze cijfers relativeren: van de 13,3 miljoen betalende verzekerden waren er eind 2013 316.000 wanbetalers. Deze 2,5% is hetzelfde percentage wanbetalers als in de tijd van de Ziekenfondswet. In de monitor zijn ook cijfers en achtergrondgegevens opgenomen over het deel van de wanbetalers dat al vanaf het begin in het bestuursrechtelijk premieregime zit. Dit is de zogeheten «harde kern» van de wanbetalers. In mijn brief in antwoord op Kamervragen van de leden Bouwmeester en Kuzu over wanbetalers in de zorg van 11 februari 2014 (Aanhangsel Handelingen II 2013/14, nr. 1187), heb ik uw Kamer geschreven dat ik mij zou bezinnen op aanvullende maatregelen voor deze «harde kern». Uit de achtergrondgegevens die het Centraal Bureau voor de Statistiek over deze groep heeft verzameld zijn evenwel geen significante verschillen in beeld gekomen ten opzichte van de overige wanbetalers. Dat maakt het onmogelijk om gerichte, aanvullende maatregelen te treffen. Ik zie daarom geen mogelijkheid om aanvullende maatregelen te treffen anders dan ik al voor ogen heb voor de mensen die een uitkering hebben ingevolge de Wet Werk en Bijstand.

Onverzekerden

Vanaf 15 maart 2011 worden verzekeringsplichtigen die hebben nagelaten zich te verzekeren tegen ziektekosten (hierna: onverzekerden) door het Zorginstituut actief opgespoord en aangemaand een zorgverzekering af te sluiten. Op basis van de tot nu toe behaalde resultaten is het systeem van opsporing en aanschrijving van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerde zorgverzekering (hierna: Wet Ovoz) succesvol te noemen. Ik constateer dat sinds de inwerkingtreding van de Wet Ovoz het aantal vermeende onverzekerden drastisch is gereduceerd. Het Zorginstituut

heeft sinds 14 maart 2011 343.973 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtigen. Op 30 juni 2014 stonden er bij het Zorginstituut Nederland nog 30.003 personen geregistreerd als onverzekerd. Deze personen bevinden zich in de fase van aanschrijving en boeteoplegging.

Hoewel de cijfers laten zien dat de maatregelen die zijn genomen om het aantal onverzekerden terug te dringen succesvol zijn, blijf ik alert op mogelijke verbeteringen van de Wet Ovoz. Uw Kamer wordt hierover separaat geïnformeerd bij gelegenheid van de kabinetsreactie op de uitkomsten van de onlangs uitgevoerde evaluatie van de Zorgverzekeringswet en de Wet Ovoz.

Gemoedsbezwaarden

Uit de cijfers van het Zorginstituut lijkt het aantal geregistreerde gemoedsbezwaarden zich te stabiliseren op circa 12.500. Evenwel blijft het bedrag aan verleende vergoedingen voor gemaakte zorgkosten stijgen ten opzichte van voorgaande jaren. Het Zorginstituut meldt dat dit gedeeltelijk het gevolg is van een versnelling van de verwerking van de declaraties.

Illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen

Sinds 1 januari 2009 biedt de Zvw de mogelijkheid om bijdragen te verstrekken aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Het Zorginstituut voert deze regeling uit. De zorglasten voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2013 gestegen naar € 29,8 miljoen. Een groot deel van deze stijgen is te wijten aan een inhaaleffect in de verwerking van declaraties. Als gevolg van de DBC-systematiek is er sprake van een grote tijdsspanne tussen het openen van een DBC en het indienen van een declaratie bij het Zorginstituut. Het heeft daardoor tot 2011 geduurd voordat het declaratieverkeer met ziekenhuizen volledig op gang is gekomen.

Vijfeuromaatregel

Sinds 1 januari 2014 wordt bij de contractering van apothekers door het Zorginstituut uitgegaan van een minimum eigen bijdrage van € 5 per receptregel voor de onverzekerbare vreemdeling, de zogeheten vijfeuromaatregel. Tijdens het Algemeen Overleg² van 28 mei 2014 betreffende medische zorg aan vreemdelingen zijn door verschillende partijen zorgen geuit over de vijfeuromaatregel in verband met de toegankelijkheid van zorg voor onverzekerbare vreemdelingen. Ik heb tijdens het algemeen overleg benadrukt dat het uitgangspunt is dat een onverzekerbare vreemdeling de gemaakte zorgkosten geheel zelf moet betalen. Een eigen bijdrage van € 5 per receptregel is in vergelijking met de feitelijk gemaakte zorgkosten gering. Wij moeten ons er ook van bewust zijn dat verzekerden meer aan eigen bijdragen betalen dan de onverzekerbare vreemdeling. Daarin past niet dat onverzekerbare vreemdelingen geheel niets betalen. De vijfeuromaatregel is voor onverzekerbare vreemdelingen die regelmatig medicijnen gebruiken reeds verzacht. Zo is het mogelijk om recepten te bundelen in een weekrecept of voor een driemaandelijke periode. Hierdoor is de betreffende onverzekerbare vreemdeling slechts éénmaal € 5 kwijt.

Ik heb aangegeven de resultaten van de evaluatie van de vijfeuromaatregel uitgevoerd door het Zorginstituut af te wachten, alvorens ik mijn uiteindelijke oordeel geef. Onlangs heeft het Zorginstituut mij de jaarlijkse

² Algemeen overleg van 28 mei 2014 inzake medische zorg aan vreemdelingen. Kamerstuk 19 637, nr. 1870.

monitor inzake de Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen toegestuurd³. Uit deze monitor blijkt dat in de praktijk de vijfeuro-maatregel nauwelijks tot problemen heeft geleid. Voor meer informatie verwijs ik uw Kamer naar Hoofdstuk 3 van de monitor.

Gezien het bovenvermelde uitgangspunt dat de gemaakte zorgkosten door de onverzekerbare vreemdeling zelf betaald moeten worden, alsmede de resultaten van de evaluatie, zie ik geen aanleiding om de vijfeuromaatregel verder aan te passen.

Internationale aspecten

Uit het hoofdstuk internationale aspecten vallen de volgende conclusies te trekken.

Verdragsgerechtigden

De eerder ingezette daling van het aantal Zvw-verzekerden dat in een ander EU-land of verdragsland woont en in dat land een verdragsrecht heeft op zorg voor rekening van Nederland zet in 2013 door. Daarentegen lijkt er bij de groep verdragsgerechtigde – maar niet verzekerde – gepensioneerden in een ander EU-land sprake te zijn van een structurele stijging. Deze groep beschikt sinds 2010 ook over de mogelijkheid om zonder voorafgaande toestemming zorg te ontvangen in Nederland. De kosten voor zorg in Nederland van deze groep, die voor rekening komen van Nederland, zijn in 2013 ten opzichte van 2012 met ruim 28% gestegen (van ruim € 15 miljoen naar ruim € 20 miljoen). Zoals vermeld in de brief van het kabinet aan de Tweede Kamer van 27 juni 2014⁴ ziet het kabinet aanleiding om te onderzoeken of toch eigen risico en eigen bijdragen kunnen worden geïnd bij verdragsgerechtigden voor de in Nederland ontvangen zorg.

Zvw-verzekerden

De voorliggende monitor besteedt voor het eerst aandacht aan grensoverschrijdende zorgkosten gemaakt door Nederlandse verzekerden in het buitenland. Deze informatie is opgenomen naar aanleiding van de in de hierboven vermelde brief van 27 juni 2014 aangekondigde maatregel om de informatievoorziening over grensoverschrijdende zorg te verbeteren.

Uit de cijfers kan worden opgemaakt dat de kosten grensoverschrijdende zorg⁵ in 2013 licht zijn gedaald ten opzichte van 2012. Dit is een breuk in de trend van de afgelopen jaren waarin de kosten van grensoverschrijdende zorg alleen een stijging lieten zien. Conclusies kunnen hier echter nog niet aan worden verbonden. Fluctuaties in de kosten van grensoverschrijdende zorg laten zich namelijk moeilijk verklaren, doordat deze afhankelijk zijn van velerlei factoren⁶. Onder andere worden fluctuaties in de kosten van grensoverschrijdende zorg veroorzaakt door de wijze van

³ 8^e monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen d.d. 18 augustus 2014. De monitor wordt jaarlijks op de website van het Zorginstituut openbaar gemaakt.

⁴ Kabinetsreactie op het IBO-rapport grensoverschrijdende zorg. Kamerstuk 29 689, nr. 530.

⁵ Het gaat hier om kosten grensoverschrijdende zorg binnen het macroprestatiebedrag (mpb). Dat wil zeggen de kosten die Zvw-verzekerden maken.

⁶ Zo is een toe- of afname in het grensoverschrijdend personenverkeer (bijvoorbeeld het aantal buitenlandvakanties, internationale arbeidsmobiliteit of de vraag naar zorg in het buitenland) hierop van invloed.

rapporteren door het Zorginstituut⁷. Ik ben voornemens in overleg te treden met het Zorginstituut en met zorgverzekeraars om te bezien op welke wijze meer inzicht kan worden gegeven in de kosten grensoverschrijdende zorg.

Met betrekking tot voorlichting aan verzekerden over zorg in het buitenland, zal het nationaal contactpunt voor grensoverschrijdende zorg (hierna: NCP) een rol spelen. Ter implementatie van de Patiëntenrichtlijn⁸, heb ik het Zorginstituut aangewezen om voor Nederland te fungeren als het nationaal contactpunt voor grensoverschrijdende zorg. Via de website van het NCP www.cbhc.nl wordt algemene informatie verstrekt over grensoverschrijdende zorg en wordt doorverwezen naar bestaande informatiebronnen van andere organisaties. Deze website kan ook worden geraadpleegd via de website van het Zorginstituut.

Caribisch Nederland

Op 10 oktober 2010 zijn de eilanden Bonaire, Saba en Sint Eustatius (hierna: Caribisch Nederland) openbaar lichaam van Nederland geworden. Nederland is sindsdien verantwoordelijk voor de sociale ziektekostenwetgeving in Caribisch Nederland. Aangezien 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 uitgezonderd zijn van de verplichte verzekering. In 2012 waren er circa 23.000 verzekerden. De zorgverzekering is op de specifieke situatie van de eilanden toegespitst en vervangt alle vroegere ziektekostenregelingen, inclusief de algemene verzekering bijzondere ziektekosten (avbz).

In september 2013 is de commissie Goedgegredag ingesteld om een advies op te stellen over de toekomst van zorg in Caribisch Nederland op de lange termijn. De commissie heeft in mei 2014 zijn advies afgerond. Het advies van de commissie Goedgegredag is volledig overgenomen. In het najaar 2014 zal worden gestart met het maken van een planning en zal uitvoering worden gegeven aan het advies van de commissie Goedgegredag.

Toezeggingen

Met deze monitor doe ik tevens een aantal eerdere toezeggingen gestand waarbij uw Kamer mij om nadere informatie heeft gevraagd.

Het betreft:

- aanvullende informatie en cijfers wanbetalersregeling (ketenmonitor, recidive, wanbetalersbijdrage)⁹;
- de uitkomsten van het onderzoek door het CBS naar de achtergrond en kenmerken van de groepen wanbetalers (w.o. gegevens harde kern)¹⁰;

⁷ Het Zorginstituut wijst de uitgaven deels toe naar het jaar waarin de zorg is betaald (rapportage op *kasbasis*) in plaats van naar het jaar waarin de zorg is verleend (rapportage op *transactiebasis*). Doordat het declaratieproces vanuit het buitenland lange termijnen kent en er soms sprake is van bulkindiening of bulkafhandeling kunnen de rapportages en daardoor de ramingen een vertekend beeld geven.

⁸ Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

⁹ Kamerstuk 33 683, nr. 6.

¹⁰ Handelingen II 2013/14, nr. 59, item 6.

- monitor van de vijfdeuromaatregel voor onverzekerbare vreemdelingen¹¹;
- het aantal onverzekerden dat jaarlijks wordt opgespoord¹².

Ten slotte deel ik u nog mede dat ik in het dertigledendebat van 14 mei 2014 heb toegezegd dat ik zou nagaan of het mogelijk is op het bewijs van uitschrijving bij een verzekeraar een tekst op te nemen waarin staat dat mensen mogelijk nog wel verzekeringsplichtig zijn. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven dat

een bewijs van uitschrijving wordt verstrekt bij het einde van een verzekering. Of daarna nog verzekeringsplicht bestaat kan de zorgverzekeraar die het uitschrijfbewijs verstrekt niet weten. In het bijzonder bij buitenlandse seizoenarbeiders (die in het algemeen collectief verzekerd zijn via de werkgever) is veelal geen Nederlands adres bekend. Het is daarom voor deze beperkte categorie weinig zinvol om een dergelijke tekst in het uitschrijfbewijs op te nemen. De verzekeraars hebben ook aangegeven dat zij geen voorstander zijn om het uitschrijfbewijs hierop aan te passen. Desalniettemin zal ik nogmaals contact opnemen met de verzekeraars om kijken naar een mogelijke oplossing voor deze specifieke groep personen.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

¹¹ Kamerstuk 19 637, nr. 1870.

¹² Handelingen II 2013/14, nr. 82, item 13.