



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Verzekerdenmonitor 2013



VWS- Verzekerdenmonitor 2013

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen

Den Haag, 2013

Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN.....	7
1.1 Inleiding	7
1.2 AWBZ-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen	7
1.3 Conclusie.....	9
HOOFDSTUK 2. WANBETALERS	10
2.1 Inleiding	10
2.2 De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering	10
2.3 Monitoring door het CBS.....	11
2.4 Aantal wanbetalers	11
2.5 Achtergrondkenmerken	12
2.6 Uitvoering van de wanbetalersregeling	14
2.7 Voorlichting	14
2.8 Wanbetalersbijdrage	16
2.9 Relevante ontwikkelingen	16
2.9 Conclusie.....	17
HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Ervaringen met de uitvoering van de Wet opsporing	19
3.3 Monitoring door het CBS.....	21
3.4 Achtergrondkenmerken	22
3.5 Voorlichting	22
3.6 Conclusie.....	24
HOOFDSTUK 4. GEMOEDSBEZWAARDEN	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Aantal gemoedsbezwaarden.....	25
4.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden	26
4.4 Uitvoering.....	26
4.5 Conclusie.....	27
HOOFDSTUK 5. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN	28
5.1 Inleiding	28
5.2 De wettelijke bijdrageregeling	28
5.3 Uitvoering.....	29
5.4 CVZ monitor	29
5.5 Relevante ontwikkelingen	31
5.6 Conclusie.....	33

HOOFDSTUK 6. INTERNATIONALE ASPECTEN	34
6.1 Inleiding	34
6.2 Verdragsgerechtigden	34
6.3 Aantal verdragsgerechtigden.....	35
6.4 Kosten verdragsgerechtigden	35
6.5 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	39
6.6 Uitvoering.....	40
6.7. Voorgenomen wetgeving	46
HOOFDSTUK 7. CARIBISCH NEDERLAND.....	48
BIJLAGE I VERKLARING AFKORTINGEN	49

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 zorgverzekeraars bepalen zelf de hoogte van de door hen uitgevoerde zorgverzekering. Die premie moet voor iedereen die deze verzekering afsluit hetzelfde zijn. 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 (maandelijks) nominale premie aan een zorgverzekeraar. In totaal waren er eind 2012 16,7 miljoen Zvw-verzekerden. In het jaarverslag 2012 van het Ministerie van VWS is te lezen dat zij maar liefst 18,8 miljard euro aan nominale premie en eigen risico aan hun verzekeraars hebben betaald. Daarnaast is 20,6 miljard euro aan inkomensafhankelijke bijdrage geïnd. In totaal gaat het dus om 39,4 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

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. Uitgangspunt is dat de betrokkenen de kosten van de zorg die zij ontvangen zelf betalen. Indien zij daar niet in staat blijken, kunnen zorgaanbieders 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 2012 waren er 12,5 duizend gemoedsbezwaarden.

Niet iedereen die verzekeringsplichtig is voor de Zvw sluit daadwerkelijk een zorgverzekering af. Eind 2012 waren er nog 19 duizend mensen die door het CVZ waren aangeschreven, omdat zij geen zorgverzekering hadden afgesloten. Daarnaast waren er eind 2012 300 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 (Bonaire, Saba, Sint Eustatius). Per 1 januari 2011 is voorzien in een nieuwe zorgverzekering voor iedereen die rechtmatig woont of werkt op het grondgebied van Caribisch Nederland, die op de specifieke situatie van de eilanden is toegespitst. Het gaat om circa 23 duizend verzekerden. Eind 2012 en de eerste helft van 2013 is een evaluatie opgesteld inzake de stand van zaken rond de zorg op de eilanden. De conclusie is dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg in Caribisch Nederland ten goede zijn veranderd.

¹ Stb. 2011, 111.

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 2012)

Groep	Omvang
Zvw-verzekerden	16,7 miljoen
Wanbetalers	300 duizend
Onverzekerden	19 duizend
Gemoedsbezwaarden	12,5 duizend
Illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen	€ 21,6 miljoen
Verdragsgerechtigden	185,5 duizend
Verzekerden Caribisch Nederland	23 duizend

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. De zorgtoeslag zorgt er 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 kunnen voldoen.

Vanaf de invoering van de Zvw zijn in overleg met zorgverzekeraars maatregelen genomen om het aantal mensen met premieachterstand terug te dringen. 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 premieachterstand langer dan zes maanden. Deze afspraken houden in dat zorgverzekeraars verzekerden met een premieachterstand verzekerd houden en voldoende incasso-inspanningen verrichten. Inmiddels is dit wettelijk geregeld in artikelen 18a tot en met 18g van de Zvw, zie hierna. Voor het verzekerd houden van de wanbetalers compenseert VWS de zorgverzekeraars zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt. 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.

Daarnaast heeft VWS gezorgd voor een wettelijk verbod op het 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.

Over de periode 1 september 2009 tot en met 1 september 2013 is van bij het CVZ geregistreerde wanbetalers een bedrag geïncasseerd van € 690 miljoen. Aan opgelegde maar nog niet geïnde premie staat een bedrag open van € 1.054 miljoen.⁴

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

² Stb. 2007, 540.

³ Stb. 2009, 356.

⁴ Bron: CVZ, stand per 1 september 2013

nodig, wanbetalers met een laag inkomen en/of met hoge schulden ondersteunen met bijvoorbeeld collectieve contracten, schuldhelpverlening, budgetbeheer of hulp bij het aanvragen van zorgtoeslag (of andere toeslagen).

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 2013 is dit een bedrag van € 160,48 per maand. Het verschil met de gemiddelde marktpremie is ongeveer € 53 per maand. 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 zijn nominale premie aan de zorgverzekeraar betaalt. Ook als een wanbetaler in het bestuursrechtelijke premieregime zit, zal de zorgverzekeraar incassoactiviteiten blijven plegen, opdat de schuld bij de verzekeraar terugloopt of tenietgaat.

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 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 het CBS de 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 1 augustus 2013 waren er bij het CVZ bijna 314.000 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 leek te stabiliseren, zo kan uit de maandelijkse groei worden opgemaakt, is er sprake van een absolute stijging van het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime.

Bemoedigend blijft wel dat mensen ondanks de aanhoudende financiële en economische crisis, nog meer dan in 2012 het geval was, in staat blijken afspraken over een schuldregeling na te komen. Wel is vast te stellen dat het aantal mensen dat de schuld geheel betaalt, nagenoeg is gestabiliseerd, terwijl vorig jaar een stijging zichtbaar was. De minnelijke schuldhelpverlening vertoont een (geëxtrapoleerde) stijging van ruim 22%. Ook is het succesvol toepassen van de stabilisatieovereenkomst, waarbij de schuldhelpverlening de inkomsten en uitgaven van de schuldenaar gedurende acht maanden stabiliseert en de vaste lasten (waaronder de premie van de zorgverzekering) betaalt, toegenomen.

Tabel 2.1: Aantal wanbetalers

Tabel aantal wanbetalers	2010	2011	2012	2013	geheel 2013 ⁵
	31-12-2010	31-12-2011	31-12-2012	1-8-2013	
Aantal wanbetalers	267.058	304.226	300.270	313.778	
<i>Belangrijkste uitstroomreden:</i>					
Niet meer verzekerd	6.414	12.107	43.582	14.473	
Schuld voldaan	12.481	44.296	48.187	31.937	-0,58%
Minnelijke schuldhulpverlening	2.721	3.996	6.222	5.066	22,13%
Wet schuldsanering	1.511	3.839	3.519	2.784	18,67%
Stabilisatieovereenkomst	4.839	15.859	14.264	11.035	16,04%

2.5 Achtergrondkenmerken

Het CBS heeft voor 278.670 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken⁶ verzameld.

Wanbetalers en leeftijd

Opvallend is het relatief hoge aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie van jongeren (18-25 jaar) en jongvolwassenen (25-30 jaar). Daarbij gaat het om resp. 41.420 en 41.020 personen. Ten opzichte van 2011 is er wel een lichte daling in deze categorie wanbetalers waar te nemen. Met name in de groep 18-25 jaar.

Tabel 2.2: Wanbetalers naar leeftijd

Perioden Leeftijden	Totaal mannen/vrouwen			mannen			vrouwen		
	2010	2011	2012*	2010	2011	2012*	2010	2011	2012*
18 jaar of ouder	244 210	274 750	278 670	149 190	164 830	165 370	95 020	109 920	113 300
18 of 19 jaar	4 910	5 370	4 790	2 750	2 960	2 680	2 160	2 420	2 110
20 tot 25 jaar	34 660	38 020	36 630	19 760	21 550	20 550	14 900	16 480	16 080
25 tot 30 jaar	37 460	41 420	41 020	22 500	24 420	23 570	14 960	16 990	17 460
30 tot 35 jaar	31 490	35 550	36 640	19 760	21 870	22 060	11 730	13 670	14 580
35 tot 40 jaar	29 950	31 840	31 350	19 010	19 690	19 060	10 940	12 150	12 300
40 tot 45 jaar	30 130	34 210	34 840	18 730	20 830	21 150	11 410	13 380	13 680
45 tot 50 jaar	27 490	30 900	31 540	16 560	18 340	18 690	10 930	12 560	12 860
50 tot 55 jaar	20 460	24 220	25 680	12 530	14 380	15 130	7 930	9 840	10 550
55 tot 60 jaar	12 850	15 400	16 600	8 210	9 610	10 240	4 640	5 790	6 350
60 tot 65 jaar	8 290	9 480	10 030	5 400	6 010	6 350	2 890	3 470	3 690
65 tot 70 jaar	3 620	4 860	5 700	2 360	3 180	3 650	1 260	1 680	2 050
70 tot 75 jaar	1 650	2 010	2 280	1 060	1 270	1 450	590	740	830
75 tot 80 jaar	700	860	930	380	500	550	320	360	370
80 jaar of ouder	530	620	640	180	230	240	360	390	400

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 31-7-2013

⁵ Het aantal over geheel 2013 is geëxtrapoleerd

⁶ Zie voor alle overzichten: CBS Statline, Thema "Gezondheid en welzijn" op: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/nieuws/default.htm>

Wanbetalers en herkomst

Van de ruim 278.000 wanbetalers eind 2012 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.

Tabel 2.3: Wanbetalers naar herkomst

Onderwerpen	Perioden	Wanbetalers zorgverzekering		
		2010	2011	2012*
Leeftijden	Herkomstgroepering	<i>aantal</i>		
18 jaar of ouder	Totaal herkomstgroepering	244 210	274 750	278 670
	Autochtoon	137 370	150 470	151 340
	Allochtoon	106 840	124 270	127 330
	Marokko	12 810	15 350	15 740
	Turkije	13 030	15 310	15 670
	Suriname	20 570	24 260	24 540
	(voormalige) Nederlandse Antillen, Aruba	12 810	14 920	15 360
	Overige niet-westerse allochtonen	18 880	22 070	22 440
	Overige westerse allochtonen	28 740	32 370	33 600

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen

Van het totaal aantal wanbetalers waren er in 2012 ruim 181.000 met een zorgtoeslag. In het onderstaande figuur wordt een overzicht gegeven van het aantal wanbetalers met zorgtoeslag met daarbij de achtergrondkenmerken.

Tabel 2.4: Wanbetalers met zorgtoeslag

Onderwerpen	Wanbetalers met zorgtoeslag		
	2010	2011	2012*
Perioden			
Persoonskenmerken	<i>aantal</i>		
Herkomst: Totaal	146 600	164 360	181 400
Herkomst: Autochtoon	79 270	86 140	93 750
Herkomst: Allochtoon	67 340	78 220	87 650
Herkomst: Marokko	8 900	10 460	11 820
Herkomst: Nederlandse Antillen of Aruba	9 050	10 530	11 820
Herkomst: Suriname	13 230	15 820	17 550
Herkomst: Turkije	7 790	9 040	10 080
Herkomst: niet-westers allochtoon, overig	12 860	14 660	16 340
Herkomst: westerse allochtoon, overige	15 510	17 720	20 040
Leeftijd: 18 jaar of ouder	146 600	164 360	181 400
Leeftijd: 18 tot 35 jaar	74 180	81 740	89 100
Leeftijd: 35 tot 50 jaar	45 620	50 600	55 770
Leeftijd: 50 tot 65 jaar	22 260	26 340	29 910
Leeftijd: 65 jaar of ouder	4 550	5 680	6 620

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen

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) meedeelt welk bedrag op uitkering, pensioen of salaris dient te worden ingehouden. Indien niet het gehele bedrag aan bestuursrechtelijke premie kan worden ingehouden, draagt het CVZ zorg voor de 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.

Een belangrijke verbetering in het incassotraject die in de loop van 2013 werd uitgevoerd is de rechtstreekse afdracht door de Belastingdienst aan het CVZ van de zorgtoeslag die aan wanbetalers werd toegekend. Het is hierdoor niet meer mogelijk dat iemand wel zorgtoeslag ontvangt maar niet zijn premie betaalt.

Tabel 2.5: Ontvangen premie wanbetalersregeling (in miljoenen euro's) (2009 t/m 1 augustus 2013)

Betaald	2009	2010	2011	2012	2013	Totaal
Broninhouding 130%	801.634	57.628.507	89.631.234	76.249.997	68.962.011	293.273.384
Broninhouding 100%	270.377	13.525.295	21.336.979	19.935.453	-	55.068.103
CJIB 130%	578.856	39.487.090	71.113.993	62.797.954	19.230.491	193.208.385
CJIB 30%	73.843	4.719.734	7.470.786	5.147.608	-	17.411.971
UWV 130%	48.701	4.050.173	3.895.533	2.740.443	20.623.750	31.358.600
UWV 100%	121.724	13.595.917	24.076.486	22.787.145	-	60.581.271
SVB 130%	312	245	1.341	6.179	4.484.574	4.492.651
SVB 100%	35.061	3.003.917	5.595.844	5.668.930	-	14.303.753
Totaal	1.930.508	136.010.879	223.122.195	195.333.709	113.300.827	669.698.118

Bron: CVZ, 1 augustus 2013

2.7 Voorlichting

Algemeen: www.zorgverzekeringslijn.nl

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) verzorgt sedert medio 2013 in opdracht van het Ministerie van VWS een aantal voorlichtingsactiviteiten gericht op wanbetalers en onverzekerden. De Stichting de Ombudsman, die deze voorlichting in voorgaande jaren deed, heeft haar activiteiten in het voorjaar beëindigd. Algemene voorlichting over het belang zich te verzekeren, de wanbetalersregeling en over het voorkomen van wanbetaling blijft evenwel van belang, vooral voor kwetsbare groepen in de samenleving zoals allochtonen en jongeren. In de periode 2013 tot en met 2016 zullen deze activiteiten worden uitgevoerd door de SKGZ.

Doelgroepgerichte voorlichting

Naast algemene voorlichting over de wanbetalersregeling van de zorgverzekering wordt doelgroepgerichte voorlichting gegeven aan jongeren en allochtonen.

Met deze doelgroepen wordt contact gelegd en aangespoord om het telefonische en digitale informatie- en adviespunt www.zorgverzekeringslijn.nl te benaderen. Zorgverzekeringslijn.nl onderscheidt zich door onpartijdige en onafhankelijke advisering te combineren met de kennis van het incassoprotocol en aanverwante werkprocessen van zorgverzekeraars en schuldhulpverlening, waardoor het mogelijk is op maat gesneden advies en hulp aan wanbetalers te bieden in de vorm van doorverwijzing naar andere sociale en maatschappelijke organisaties, veelal schuldhulpverleningsinstanties en maatschappelijk werk. Hierbij wordt hen ook gewezen op het recht op zorgtoeslag via de Belastingdienst.

Door de laagdrempelige en toegankelijke marktbenadering en door persoonsgerichte advies aan diegenen die vanwege financiële problemen (of uit onwetendheid) zich dreigen te onttrekken aan de solidariteit op grond van de Zorgverzekeringswet, komt er meer inzicht

beschikbaar over de uitwerking van de Zorgverzekeringswet voor specifieke bevolkingsgroepen.

Het is de bedoeling dat de communicatieve aanpak rekening houdt met de huidige belevingswereld van de doelgroepen waarop de voorlichting zich richt. Veel van de genoemde doelgroepen ervaren de urgentie en het algemene belang tegen financiële dekking tegen ziektekosten niet. Verder is het zo dat de partijen van de overige vaste lasten (huur, hypotheek, gas en elektriciteit e.d.) eerder contact leggen met de schuldenaar om de schuldenlast in te perken. Zorgverzekeraars zijn vanuit deze invalshoek gezien traag met de start van hun incassomaatregelen. Daarom is niet alleen de boodschap, maar ook wie de boodschap brengt en op welk tijdstip de boodschap wordt gehoord, van essentieel belang. Zorgverzekeringslijn.nl is zich goed bewust van dit precaire evenwicht tussen intrinsieke en extrinsieke motivatoren van een persoon om tot een gewenste gedragsverandering te komen. Veel van de werkzaamheden in 2014 zullen dan ook gericht zijn op het zoeken en selecteren van de juiste samenwerkende communicatieve partners van Zorgverzekeringslijn.nl om de gewenste doelmatigheid van de gezamenlijke communicatieve inspanningen te bereiken.

Behalve voorlichting in begrijpelijk taalgebruik (print en digitaal) wordt nadrukkelijk gezocht naar samenwerking met andere instanties en organisaties die opereren in de wereld van allochtonen en jongeren. De inhoud van de boodschap wordt bepaald door Zorgverzekeringslijn.nl. De vorm en de omgeving waarin de communicatie plaatsvindt, wordt mede bepaald door de instantie of organisatie waarmee zal worden samengewerkt. Zo wordt de doelgroep passend aangesproken en staat zij mogelijk open voor de kernboodschap. Daar waar nodig kan worden bemiddeld bij het opvragen van de hoogte van achterstallige betalingen en de weg worden gewezen bij het aanvragen van zorgtoeslag.

Jongeren:

Vanaf het achttiende levensjaar ontstaat er voor iedere Nederlander de plicht om een zorgverzekering af te sluiten. Dat bij de zorgverzekering hoort dat je ook iedere maand een premie dient te voldoen, is voor veel jongeren niet vanzelfsprekend. De zorgtoeslag, zo blijkt uit onderzoek, vragen ze vaak uit onwetendheid niet aan. Studenten krijgen zoveel mogelijk aan het begin van het studiejaar in het wetenschappelijk, hoger- en middelbaar beroepsonderwijs voorlichting over hoe een eigen zorgverzekering te regelen en hoe wanbetaling te voorkomen.

Behalve gerichte voorlichtingsacties aan onderwijsinstellingen door Zorgverzekeringenlijn.nl wordt er samenwerking met opleidingen gezocht om tot een onderscheidende campagne-aanpak te komen voor en door studenten. Het promotiemateriaal wordt begin 2014 verder ontwikkeld. Voor de mensen die 18 jaar zijn geworden, wordt vooral digitale communicatie ingezet, bijvoorbeeld via social media zoals Facebook en Twitter. Daarnaast wordt onderzocht of bij de standaardcommunicatie van gemeenten en zorgverzekeraars nog behoefte is aan ondersteunende, eenvoudige zorginformatie.

Allochtonen:

Voorts biedt Zorgverzekeringslijn.nl bijzondere voorlichting aan allochtone doelgroepen. Om deze verzekerden te bereiken is het gebleken dat reguliere informatieverstrekking niet aansluit bij hun belevingswereld. Cruciaal is een aanpak waarbij zij op de juiste moment op de juiste plek worden geattendeerd op hun premieschuldenproblematiek.

Voor verschillende allochtone groepen wordt via Zorgverzekeringslijn.nl persoonlijk neutrale informatie verstrekt aan verenigingen, organisaties en buurthuizen. Daarbij wordt passende informatie gegeven over de zorgverzekering, zorgtoeslag en de mogelijkheid tot het afsluiten van een collectieve zorgverzekering via de gemeente. Dit gebeurt in samenspraak met verenigingen, koepelorganisaties en aanverwante minderhedenorganisaties. De content en context van de boodschap zal mede worden bepaald door de geselecteerde minderhedenorganisaties en buurtcomités. Aanhaken bij bestaande evenementen (bij voorkeur vanuit de groep zelf georganiseerd) zal hierbij uitgangspunt zijn.

De belangrijkste informatie over zorgverzekeringen (met daarbij het 0800 telefoonnummer van de Zorgverzekeringslijn.nl waar men individueel advies krijgt), vormt de kernboodschap

van de communicatie. De precieze inhoud van de verschillende taalversies zal vooraf door de Zorgverzekeringslijn.nl worden getest in een pilot in de regio Utrecht eind 2013. Er zullen verschillende leaflets verkrijgbaar zijn in meerdere talen, zoals het Nederlands, Arabisch, Turks, Engels, Spaans en Frans waarbij telkens naar de website www.zorgverzekeringslijn.nl zal worden verwezen.

2.8 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. Na de zesde maand krijgen zorgverzekeraars compensatie voor de gedeerde 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 en maandelijks bij voorschot uitbetaald. 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.

In 2012 was het totaal aan verzekeraars uitgekeerde compensatie circa € 418,5 miljoen. Het CVZ bracht in datzelfde jaar een bedrag van € 544 miljoen aan premie in rekening.

2.9 Relevante ontwikkelingen

Evaluatie wanbetalersregeling

De wanbetalersregeling is in 2011 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. Het wetsvoorstel waarin deze maatregelen zijn opgenomen is op 28 juni jl. bij de Tweede Kamer ingediend. (Kamerstukken II, 2012/13, 22 683). In de tussentijd 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 is op 20 augustus 2012 van start gegaan en loopt door tot uiterlijk medio 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.

Overleg over een gezamenlijke inzet voor preventie

Met NVVK, Divosa en VNG en het Ministerie van SZW 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. Gestreefd wordt naar een regionale en/of landelijke aanpak. De voorbereidende werkzaamheden zijn thans in volle gang.

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.

Het lijkt gerechtvaardigd te stellen dat de inspanningen eraan hebben bijgedragen dat de toename binnen de perken blijft ondanks de financiële en economische crisis. Niettemin blijkt dat op basis van de evaluatie in 2011 er ruimte is voor verbetering. In de brief van 4 november 2011 zijn de Eerste en Tweede Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van deze evaluatie en is aangegeven dat voorstellen tot verbetering van de wanbetalersregeling zullen worden voorbereid. Inmiddels ligt een wetsvoorstel, waarin een deel van de in de evaluatie genoemde verbeterpunten zijn meegenomen, in de Tweede Kamer.

HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding

Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering⁷ (hierna: Wet opsporing) in werking getreden. De Wet opsporing heeft tot doel om het aantal onverzekerden terug te dringen. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekeringsovereenkomst hebben. Verzekeringsplichtigen die niet aan hun Zvw-verzekeringsovereenkomst 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 verzekeringsstelsel. 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 onverzekerde 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 opsporing in werking is getreden worden verzekeringsplichtigen die geen zorgverzekering hebben gesloten 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 leidend dat iemand AWBZ-verzekerd is. 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). Daarvoor is een koppeling mogelijk gemaakt 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 -minus de actieve militairen en gemoedsbezwaarden- met het RBVZ-bestand moet 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. Bij constatering dat iemand een afwijkende verzekeringsstatus heeft (bijvoorbeeld na bezwaar van betrokkene bij CVZ), doet de SVB hiernaar een onderzoek. Omdat elk kwartaal een nieuwe bestandsvergelijking plaatsvindt, betekent dit dat iemand die zich (nog) niet heeft verzekerd maar vermoedelijk wel verzekeringsplichtig is, gedurende een periode van maximaal *een kwartaal* onverzekerd kan zijn terwijl deze persoon nog niet bekend is bij het CVZ. Daarna heeft altijd een bestandsvergelijking plaatsgehadt. In de regel betreft het mensen die zich voor het eerst hebben ingeschreven in de GBA.

⁷ Stb. 2011, 111.

Met de Wet opsporing 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 (vermeend) 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 of aan te geven welke omstandigheden aanwezig zijn die niet leiden tot verzekeringsplicht.

2. Boete(s):

In de Wet opsporing 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. Gebleken is echter dat er ondanks alle voorlichting over de verzekeringsplicht voor de Zvw en het boetebeleid, er nog steeds verzekeringsplichtigen waren die geen zorgverzekering hadden gesloten. Het boetebeleid bleek geen prikkel te zijn voor verzekeringsplichtigen om zich te verzekeren. Een boete kon pas worden opgelegd wanneer een verzekeringsplichtige zich alsnog aanmeldde voor een zorgverzekering, bijvoorbeeld omdat hij medische zorg nodig had; anderzijds kon de boete erg hoog oplopen als men lange tijd onverzekerd was. Daardoor leidde de boete in de praktijk tot een hoge financiële drempel die mensen er van weerhield zich alsnog te verzekeren.

In het nieuwe boeteregime is gekozen voor een systeem dat lijkt op het systeem dat wordt gehanteerd bij verkeersboetes. Bij 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 (in 2012) iets meer dan drie maal de nominale premie per maand (circa € 340). Het loont dan niet om zich niet meer te verzekeren. 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, is betrokkene gedurende een periode van twaalf maanden een bestuursrechtelijke premie verschuldigd van 100% van de standaardpremie (in totaal ongeveer € 1476). Deze premie wordt zo veel mogelijk door middel van bronheffing geïnd. Een ambtshalve verzekerde kan zich op deze manier niet onmiddellijk aan premiebetaling onttrekken.

3.2 Ervaringen met de uitvoering van de Wet opsporing

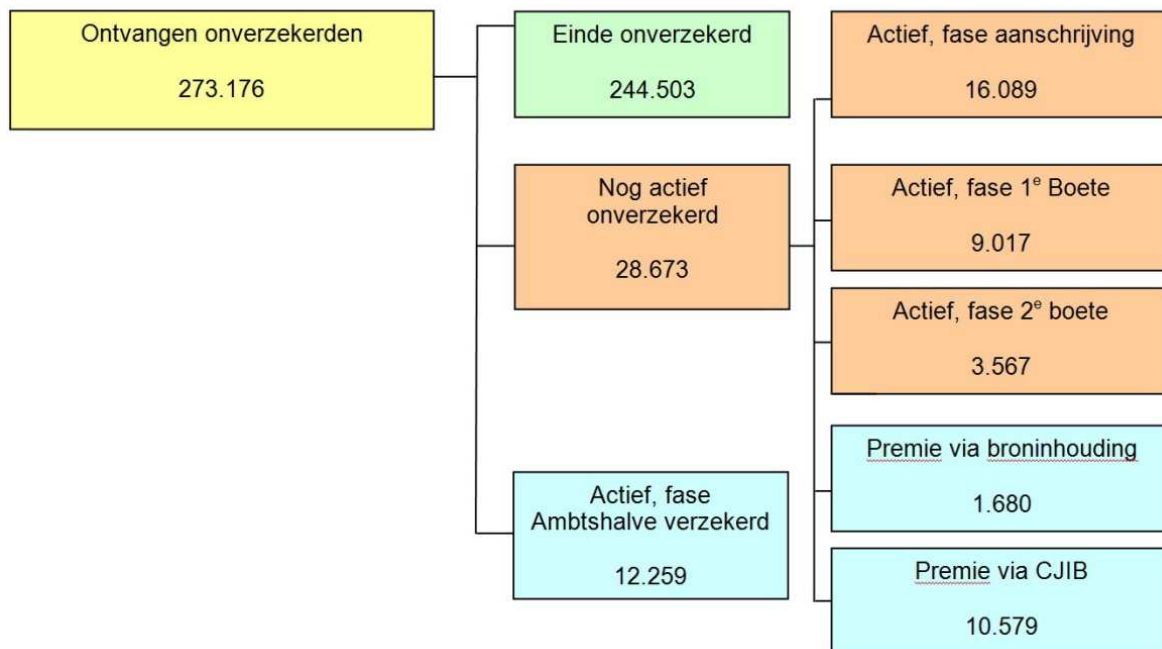
De uitvoering van de Wet opsporing is opgedragen aan het CVZ. De bestandsvergelijking tussen het bestand van AWBZ-verzekerden met het RBVZ wordt in opdracht van het CVZ door de SVB verricht. De aanschrijving van de onverzekerden en het opleggen van de boetes en het toepassen van bronheffing wordt gedaan 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 verliep zeer goed. 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".

Bij het overgrote deel van de gegrond verklaarde verklaringen bleek betrokkene toch niet AWBZ verzekerd te zijn, voornamelijk vanwege het feit dat deze personen reeds geen ingezetene meer waren, werkzaam in het buitenland of als buitenlands student studeerden in Nederland.

Het CVZ houdt zich inmiddels 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 opgespoorde onverzekerden (stuwmeer en nieuwe instroom onverzekerden) sinds de inwerkingtreding van de Wet opsporing, met peildatum 30 juni 2013.

Figuur 3.1: Verloop onverzekerden (bron: CVZ, peildatum 30 juni 2013)



Bovenstaande figuur laat zien dat een grote meerderheid van de mensen die (over de periode van inwerkingtreding tot en met 30 juni 2013) is aangeschreven door het CVZ nu niet meer onverzekerd is. Naast de bijna dertien 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-verzekeringsplichtig zijn, omdat zij niet AWBZ-verzekerd zijn. Dit geldt voor een derde 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 hier een onderzoek naar.

Tabel 3.1: Totale instroom en uitstroom onverzekerden en reden uitstroom
(Bron: CVZ peildatum 30 juni 2013)

Tabel aantal onverzekerden	
Totaal instroom sedert invoering Wet Opsporing	273.176
Totaal uitstroom	244.503
Aantal nog feitelijk onverzekerden per 30 juni 2013	28.673
In behandeling bij CVZ	
Fase aanschrijving	16.089
Eerste boete	9.017
Tweede boete	3.567
	28.673
Reden uitschrijving	
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	139.003
Ambtshalve verzekerd	12.259
Niet meer AWBZ verzekerd	91.305
Overig	1.936
TOTAAL	244.503

Gebleken is dat het moeizaam is van de mensen die ambtshalve worden verzekerd via bronheffing de bestuursrechtelijke premie te innen. Dit heeft te maken met de samenstelling van de groep, nl. vooral zelfstandigen en jongeren (studenten), waarop geen bronheffing op salaris, uitkering of studiefinanciering mogelijk is.

De vorenstaande tabellen geven een overzicht van de totale instroom en uitstroom van (vermeend) onverzekerden bij het CVZ sinds de inwerkingtreding van de Wet opsporing en de reden van de uitstroom.

Van de in totaal aantal aangeschreven onverzekerde verzekeringsplichtigen van 273.176 sinds de inwerkingtreding van de Wet opsporing tot 30 juni 2013 waren er eind juni 2013 nog slechts 28.673 mensen onverzekerd. Deze mensen die zijn opgespoord bevinden zich in één van de drie fasen bij het CVZ (aanschrijving, boete of ambtshalve aanmelding). Van de aangeschreven (vermeend) onverzekerden zijn ruim 151.000 onverzekerden inmiddels verzekerd. Dit betekent dat zij nu ook nominale premie of bestuursrechtelijke premie betalen. Inmiddels blijkt dat na twee jaar uitvoeringservaring dat het CVZ een min of meer continue werkvoorraad van onverzekerde personen heeft welke schommelt tussen de 20 à 30.000 personen. De maandelijkse in- en uitstroom van nieuwe onverzekerden respectievelijk mensen die niet meer onverzekerd zijn bedraagt circa 5.000 per maand. De conclusie is gerechtvaardigd dat de uitvoering van de opsporing zeer goed verloopt.

3.3 Monitoring door het CBS

In 2012 heeft het CBS melding gemaakt van het stopzetten van de StatLine-tabellen over onverzekerden tegen ziektekosten, nadat was gebleken dat de beschikbare registraties met niet-verzekeringsplichtigen onvolledig waren. Personen die niet verzekeringsplichtig waren hadden zich niet altijd als zodanig bekend gemaakt bij de registratiehouders. Dit heeft in de stopgezette reeks geleid tot een overschatting van het aantal onverzekerden. Daarnaast is gemeld dat het CBS in nauwe samenwerking met de Sociale Verzekeringsbank (SVB) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een nieuwe reeks Onverzekerden tegen ziektekosten zou gaan samenstellen. In overleg met SVB, CVZ en VWS is ervoor gekozen om bij het maken van de nieuwe reeks het CVZ-bronbestand "Onverzekerden tegen ziektekosten" als uitgangspunt te hanteren. Vervolgens is vastgesteld dat de kwaliteit van dit bestand in de loop van 2012 steeds beter is geworden en eind 2012 van voldoende kwaliteit was om bruikbare resultaten op te kunnen baseren. In verband met de aan het CBS opgelegde bezuinigingen is

besloten enkele statistieken te beëindigen, in frequentie te verlagen of minder gedetailleerd te publiceren.

Na consultatie van belangrijke gebruikers, is besloten onder andere de statistiek Onverzekerden tegen ziektekosten stop te zetten.

3.4 Achtergrondkenmerken

Het CBS heeft op 31 juli 2013 nieuwe achtergrondkenmerken gepubliceerd van het aantal onverzekerden dat op 31 december 2012 bij het CVZ geregistreerd stond. Per ultimo 2012 zijn bijna 19 duizend personen niet verzekerd tegen ziektekosten, waarvan 12 duizend mannen en 7 duizend vrouwen. Het aandeel onverzekerde mannen is hoger dan bij vrouwen. Daarnaast zijn vooral de 18- tot 35-jarigen oververtegenwoordigd, zowel bij mannen als bij vrouwen. Onverzekerden zijn in het CVZ-bronbestand gedefinieerd als personen die aan alle volgende voorwaarden voldoen:

- langer dan vier maanden AWBZ-verzekerd zijn (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten);
- niet voorkomen in het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ);
- in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) voorkomen met een geldig woon- of briefadres.

Deze definitie wijkt af van de definitie van onverzekerden die is gebruikt in de inmiddels stopgezette StatLine-tabellen over de periode 2006-2010. De uitkomsten over 2012 zijn dan ook qua niveau niet vergelijkbaar met de eerder gepubliceerde cijfers over aantallen onverzekerden. Wel geldt dat de verhoudingen die uit de ultimo 2012-cijfers in tabel 1 naar voren komen in grote lijnen hetzelfde patroon vertonen als de eerder gepubliceerde cijfers: relatief meer mannen dan vrouwen, relatief veel personen van 18 tot 35 jaar en relatief veel allochtonen (in het bijzonder Antilliaanse en overige westerse allochtonen). Ook in de vier grote steden wonen verhoudingsgewijs meer onverzekerden.

Tabel 3.2: Overzicht aantal onverzekerden naar achtergrondkenmerken

Tabel: Onverzekerden naar geslacht en leeftijd

	Onverzekerden		
	Totaal	Mannen	Vrouwen
	aantal	aantal	aantal
Onverzekerden 31 december 2012	18 730	12 030	6 710
0 tot 18 jaar	10	0	10
18 tot 35 jaar	11 470	6 880	4 590
35 tot 50 jaar	5 220	3 720	1 500
50 tot 65 jaar	1 790	1 270	510
65 jaar en ouder	240	150	90

Bron: CBS, 31 juli 2013

Tabel: Onverzekerden naar herkomstgroepering en leeftijd

	aantal
Onverzekerden 31 december 2012	18 730
Autochtonen	4 470
Allochtonen	14 260
w.v.	
Marokkanen	630
Turken	550
Surinamers	750
Antillianen en Arubanen	580
overige niet-westerse allochtonen	2 220
westerse allochtonen	9 540

Bron: CBS, 31 juli 2013

3.5 Voorlichting

Algemeen: www.zorgverzekeringslijn.nl

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) verzorgt sedert mei 2013 in opdracht van het Ministerie van VWS een aantal voorlichtingsactiviteiten gericht op wanbetalers en onverzekerden. De Stichting de Ombudsman, die deze voorlichting in voorgaande jaren deed, heeft haar activiteiten in het voorjaar beëindigd. Algemene voorlichting over het belang zich te verzekeren, de wanbetalersregeling en over het voorkomen van wanbetaling blijft evenwel van belang, vooral voor kwetsbare groepen in de samenleving zoals allochtonen en jongeren. In de periode 2013 tot en met 2016 zullen deze activiteiten worden uitgevoerd door de SKGZ.

Doelgroepgerichte voorlichting

Naast algemene voorlichting aan onverzekerden wordt doelgroepgerichte voorlichting gegeven aan de volgende groepen:

- a) nieuw ingezetenen en pasgeborenen
- b) dak- en thuislozen
- c) jongeren
- d) allochtonen

Met deze doelgroepen wordt contact gelegd en aangespoord om het telefonische en digitale informatie- en adviespunt www.zorgverzekeringslijn.nl te benaderen. Door de laagdrempelige en toegankelijke marktbenadering en door persoonsgerichte advies aan diegenen die zich uit onwetendheid of vanwege financiële problemen dreigen te onttrekken aan de solidariteit op grond van de Zorgverzekeringswet, komt er meer inzicht beschikbaar over de uitwerking van de Zorgverzekeringswet voor specifieke bevolkingsgroepen.

Het is de bedoeling dat de communicatieve aanpak rekening houdt met de huidige belevingswereld van de doelgroepen waarop de voorlichting zich richt. Veel van de genoemde doelgroepen ervaren de urgentie en het algemene belang tegen financiële dekking tegen ziektekosten niet. Niet alleen de boodschap, maar ook wie de boodschap brengt en op welk tijdstip de boodschap wordt gehoord, is van essentieel belang. Veel van de werkzaamheden in 2014 zullen dan ook gericht zijn op het zoeken en selecteren van de juiste samenwerkende communicatieve partners van Zorgverzekeringslijn.nl om de gewenste doelmatigheid van de gezamenlijke communicatieve inspanningen te bereiken.

Behalve voorlichting in begrijpelijk taalgebruik (print en digitaal) wordt nadrukkelijk gezocht naar samenwerking met andere instanties en organisaties die opereren in de wereld van allochtonen en jongeren. De inhoud van de boodschap wordt bepaald door Zorgverzekeringslijn.nl. De vorm en de omgeving waarin de communicatie plaatsvindt, wordt mede bepaald door de instantie of organisatie waarmee zal worden samengewerkt. Zo wordt de doelgroep passend aangesproken en staat zij mogelijk open voor de kernboodschap. Daar waar nodig kan worden bemiddeld bij het opvragen van de hoogte van achterstallige betalingen en de weg worden gewezen bij het aanvragen van zorgtoeslag.

Ad a) Nieuw ingezetenen en pasgeborenen:

Nieuw ingezetenen en ouders van pasgeborenen blijken het minst op de hoogte te zijn van het zorgstelsel. Nieuw ingezetenen moeten binnen vier maanden nadat zij in Nederland zijn gevestigd, een zorgverzekering afsluiten. Personen uit andere lidstaten van de Europese Unie weten dat vaak niet en menen dat hun verzekering vanuit het thuisland ook medische kosten in Nederland dekt. Voor hen is er onvoldoende informatie in hun eigen taal beschikbaar. Op de website www.zorgverzekeringslijn.nl worden zodoende verschillende taalversies aangeboden (waaronder het Engels, Frans, Spaans, Turks en Arabisch).

Voor deze groep en voor de groep pasgeborenen zijn acties gestart in samenwerking met de gemeenten, ziekenhuizen en apotheken. Nieuwkomers krijgen een speciale folder aangereikt op het moment dat zij zich (laten) inschrijven bij de gemeente. De ouders van pasgeboren kinderen ontvangen bij het aangeven van het kind van de gemeente eveneens standaard schriftelijke informatie. In deze folder worden zij gewezen op de verplichting om hun kind binnen vier maanden na de geboorte aan te melden bij een zorgverzekeraar.

Daarnaast kijkt Zorgverzekeringslijn.nl kritisch naar de standaardinformatie waarover de doelgroep reeds beschikt. Zo vaak als mogelijk wordt ingezet op een zo compleet mogelijke en eensluidende informatievoorziening vanuit verschillende kanalen (ambtenaar GBA inschrijving, zorgverzekeraar, ziekenhuis etc.).

Om nieuw ingezetenen te bereiken zal er aansluiting worden gezocht bij uitzendbureaus en werkgevers die te maken hebben met personen die kortdurend in Nederland werkzaam zijn, met name werknemers uit Midden- en Oost-Europese landen. Daarnaast wil Zorgverzekeringslijn.nl verbinding leggen met commerciële en non-commerciële

adviespartijen, zoals anderstalige onderwijsinstellingen, kunst- en cultuurinstellingen en evenementenorganisatoren.

De Commissie Verzekeringsaangelegenheden⁸ heeft daarnaast specifiek voor arbeidsmigranten de brochure "Werken in Nederland" uitgebracht. (zie <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2013/04/25/werken-in-nederland.html>)

Ad b) Dak- en thuislozen:

Sinds de invoering van de regelgeving voor onverzekerden dreigt een steeds grotere groep Nederlanders in een benarde financiële situatie te komen. Deze personen krijgen als gevolg van de aanhoudende economische recessie vaak in een korte tijd grote tegenslagen te verwerken (ontslag, ziekte, echtscheiding, een hypotheek onder water) waardoor hun financiële middelen uitgeput raken, met als dieptepunt een zwervend bestaan. Zonder vaste woon- of verblijfplaats en/of niet langer ingeschreven in de gemeentelijke basisadministratie vallen deze Nederlanders feitelijk buiten de opsporing van het CVZ. Immers, onverzekerden worden herkend door de bestandsvergelijking van de zorgverzekeraars met de gemeentelijke basisadministratie. Verder zijn er signalen dat er zich nieuwe groepen daklozen vormen: freelancers of ZZP-ers genaamd en Nederlanders met voorheen een modaal inkomen. Opvangcentra voor dak- en thuislozen en de verschillende maatschappelijke en sociale instellingen voor de sociaal zwakkeren in onze samenleving zijn de fysieke locaties waar deze doelgroepen zich bevinden. Een zekere vervreemding van het privébestaan bij deze doelgroepen zorgt ervoor dat Zorgverzekeringslijn.nl zich regionaal dan wel op buurtniveau bekend(er) zal moeten maken.

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 2013 zijn er nog slechts 28.673 feitelijk onverzekerde personen die allen in een van de opsporingsfasen bij het CVZ bekend zijn. De uitvoering van de Wet verloopt dus zeer goed.

Het is noodzakelijk om voort te gaan met de opsporing om te voorkomen dat opnieuw een situatie zou ontstaan waarbij een deel van de bevolking gewild of ongewild buiten de solidariteit van de sociale ziektekostenverzekering valt. Naar verwachting zullen er in 2013 circa 60.000 nieuwe onverzekerden zijn die door de bestandsvergelijking worden opgespoord. De instroom aan nieuwe onverzekerden is hiermee hoger dan aanvankelijk werd ingeschat.

⁸ De leden van de CVA zijn: het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV), de Belastingdienst, de Sociale verzekeringsbank (SVB) en de ministeries van Financiën, Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW).

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.

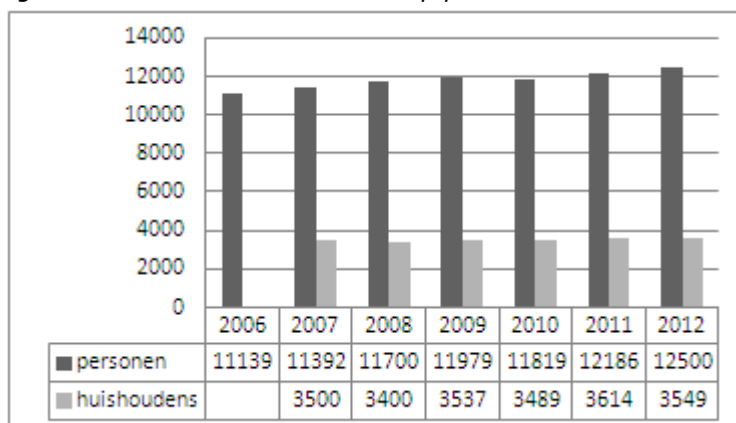
Bij gemoedsbezwaren blijft in het geval van de AWBZ, de verzekering van rechtswege bestaan, maar wordt de betrokkene vrijgesteld van de verplichting tot premiebetaling. De gemoedsbezwaarde heeft wel de verplichting om een bijdragevervangende belasting te betalen die de premie (AWBZ) en inkomensafhankelijke 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

Eind 2012 waren er 12.500 gemoedsbezwaarden, een paar honderd meer dan de jaren daarvoor. Deze lichte toename heeft wellicht te maken met de opsporing van onverzekerden vanaf maart 2011. Een klein deel van de onverzekerden heeft zich na de aanschrijving als onverzekerde door het CVZ (alsnog) als gemoedsbezwaarde laten registreren.

Figuur 4.1: Gemoedsbezwaarden op peildatum 31 december 2012 (Bron: CVZ)



4.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

In de volgende tabel zijn de baten en lasten van de rekeningen van gemoedsbezwaarden in voorgaande jaren opgenomen.

Tabel 4.1: Baten en lasten gemoedsbezwaarden eind 2012 (in miljoenen euro's; bron: CVZ)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	totaal t.l.v. 2012
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1 januari (A)	1,2	1,2	1,2	-0,1	6,9	0,0	6,9
Resultatenrekening							
Ingehouden bijdragevervangende belasting	0,1	0,2	0,0	0,7	-1,2	8,9	7,7
Verleende vergoedingen voor zorgkosten	0,0	0,0	0,0	-1,0	0,2	4,4	4,6
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden voor toevoeging aan het Zorgverzekeringsfonds	0,1	0,2	0,0	1,7	-1,4	4,5	3,1
Resultaatbestemming							
Toevoeging ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds	0,1	0,1	0,0	0,7	-0,7	3,3	2,6
Toevoeging aan rekening gemoedsbezwaarden (B)	0,0	0,0	0,0	1,1	-0,7	1,2	0,5
Totaal resultaatbestemming	0,1	0,1	0,0	1,8	-1,4	4,5	3,1
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31 december (A+B)	1,2	1,2	1,2	1,0	6,2	1,2	7,4

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 2009⁹ 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. Inmiddels zijn de achterstanden ingehaald en kunnen declaraties ook sneller worden afgehandeld.

⁹ 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.

4.5 Conclusie

Het aantal gemoedsbezwaarden is in 2012 wederom licht toegenomen. Dit hangt wellicht samen met de aanpak van onverzekerden. De vereenvoudigde uitvoering van de regeling voor gemoedsbezwaarden met ingang van 1 januari 2010 heeft geleid tot een efficiëntere en meer transparante uitvoering van de regeling. Er zijn geen achterstanden meer in de verwerking van declaraties.

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 vreemdelingen¹⁰ 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 zijn afspraken vastgelegd op basis waarvan de werkwijze bij zorgvragen van onverzekerbare illegale vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Tevens zijn afspraken gemaakt 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

¹⁰ 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.

verband houden met zwangerschap en bevalling worden voor 100% aan de zorgaanbieder vergoed, voor zover de kosten niet op de patiënt kunnen worden verhaald.

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

Het CVZ brengt jaarlijks 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 24 mei 2013 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.

Tabel 5.1: Zorgkosten bijdrageregeling CVZ (in duizenden euro's; bron: 7^e Monitor CVZ)

Zorgvorm	2010	2011	2012	2013*
Ziekenhuizen	8.626.000	11.870.000	9.982.000	11.791.961
Farmacie	3.279.000	3.510.000	3.753.000	4.178.230
GGZ	1.098.000	3.689.000	4.313.000	3.810.793
AWBZ	159.000	889.000	1.211.000	2.581.219
Hulpmiddelen	30.000	77.000	79.000	48.306
Ambulancevervoer	124.000	237.000	249.000	215.749
Eerstelijns hulp				
- Huisartsen	226.000	534.000	915.000	967.835
- Tandartsen	52.000	65.000	99.000	71.643
- Verloskunde	228.000	412.000	444.000	468.180
- Kraamzorg	118.000	200.000	303.000	385.905
- Paramedici	24.000	27.000	25.000	42.122
- GGD'en	450.000	711.000	0	0
	1.098.000	1.949.000	1.786.000	1.935.685
Totaal	14.414.000	22.221.000	21.596.000	24.561.943

* verwachte uitgaven 2013

Algemeen

De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2012 licht gedaald naar € 21,5 miljoen. Het vermoeden bestaat dat dit in 2013 door een inhaaleffect bij ziekenhuiszorg teniet wordt gedaan.

De meeste zorgkosten van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen worden gemaakt in ziekenhuizen. Als gevolg van de DBC-systematiek is bij ziekenhuizen sprake van een grote tijdsspanne tussen het openen van een DBC en het indienen van een declaratie bij het CVZ. Het heeft daardoor tot 2011 geduurd voordat het declaratieverkeer met de ziekenhuizen volledig op gang is gekomen.

In 2012 is overgestapt op de DOT-sytematiek. Nog niet alle ziekenhuizen zijn in staat om op basis van DOT's te factureren. Dit onvermogen vormt de voornaamste verklaring voor de daling van de ziekenhuiskosten in 2012. Het CVZ neemt aan dat deze kostendaling in 2013 terugkomt als kostenstijging vanwege het inhaaleffect in de tweede helft van 2013. GGZ-instellingen vormen in 2012 de tweede grote kostenpost. Deze kosten zijn in 2012 wederom gestegen ten opzichte van 2011. 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. De kosten voor farmacie zijn in 2012 met 7,0% gestegen ten opzichte van 2011. Ter vergelijking: de totale kosten van medicijngebruik zijn in Nederland met 9,7% gedaald ten opzichte van 2011. De stijging in kosten voor farmacie komt grotendeels doordat er circa 1000 patiënten bij zijn gekomen.

Huisartsen

De kosten voor huisartsenzorg bedroegen in 2012 € 915.000. Uitgaande van een uitbetaald bedrag van € 20,75 per (dubbel)consult bedraagt het aantal gedeclareerde consulten 44.092. Ten opzichte van 2011 zijn de kosten voor huisartsenzorg met meer dan 70% gestegen. Dit heeft deels te maken met het inlopen van een declaratieachterstand bij een huisartsenpost in Amsterdam.

Verloskunde en kraamzorg

Er is in 2012 gedeclareerd voor 970 zwangerschappen. Het CVZ heeft opgemerkt dat de uit deze zwangerschappen geboren kinderen vaak rechtmatig verblijf in Nederland zullen ontlenen aan de status van de vader.

Tandartsen

De tandartsen hebben in 2012 voor 390 patiënten kosten gedeclareerd. Het betrof 283 patiënten jonger dan 18 en 107 patiënten van 18 jaar of ouder. Bij deze oudere patiënten heeft de vergoeding betrekking gehad op een volledige mondprothese.

Farmacie

Het CVZ beschouwt de farmacie 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 elektronisch 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.

Er zijn in 2012 door de gecontracteerde apotheken 83.850 geneesmiddelen (receptregels) gedeclareerd. Als door een apotheek meerdere geneesmiddelen zijn geleverd aan een patiënt met dezelfde initialen, geslacht, geboortjaar en nationaliteit dan zal dat dezelfde patiënt zijn geweest. Uitgaande van die veronderstelling zijn er in 2012 voor 7430 onverzekerbare vreemdelingen geneesmiddelen gedeclareerd.

Contractering

Ziekenhuizen

Sinds 1 januari 2009 heeft het CVZ 24 ziekenhuizen gecontracteerd voor het leveren van ziekenhuiszorg¹¹ aan onverzekerbare vreemdelingen. In 2010 heeft het CVZ ook het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam en het Diaconessenhuis te Leiden gecontracteerd. Alle 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.

¹¹ 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.

Deze verlenging is op alle gecontracteerde ziekenhuizen toegepast. Wel zijn er enkele bepalingen in de contracten 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

Eigen bijdrage voor medicijnen per 1 januari 2014

Het CVZ zal in 2013 een aanbesteding uitschrijven voor de contractering van apotheken per 1 januari 2014. Het CVZ heeft aangegeven om bij die aanbesteding als uitgangspunt te hanteren dat de gecontracteerde apotheek van de onverzekerbare vreemdeling een minimum eigen betaling van € 5,00 per receptregel mag hanteren.

Het CVZ verleent slechts een bijdrage aan zorgaanbieders voor kosten die oninbaar zijn gebleken. De zorgaanbieder zal dus eerst nagaan of de onverzekerbare vreemdeling zelf in staat is om de kosten te betalen. Voor zorgaanbieders is dat een lastige opgave. Ze kunnen immers niet of nauwelijks nagaan of de onverzekerbare vreemdeling over financiële middelen beschikt. Voor zorg die doorgaans zonder verwijzing wordt geleverd (eerstelijns zorgverleners, eerste hulp e.d.) bedraagt de bijdrage 80% van de oninbare vordering. Bij de zorg is daardoor een duidelijke prikkel bij de zorgverleners aanwezig om de kosten van de verleende zorg (gedeeltelijk) te verhalen op de onverzekerbare vreemdeling. De door het CVZ gecontracteerde ziekenhuizen slagen er vaak in om met behulp van een betalingsregeling of incassomaatregelen een deel van de vordering te innen.

Sinds de invoering van de Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen heeft het CVZ geconstateerd dat bij de levering van geneesmiddelen niet of nauwelijks sprake is van eigen betalingen door onverzekerbare vreemdelingen. Begin 2013 heeft daarom het CVZ onder de meest declarerende apotheken geïnventariseerd wat de reden is van deze tegenvallende opbrengsten.

Uit deze inventarisatie is naar voren gekomen dat onverzekerbare vreemdelingen vaak bekend zijn met het bestaan van de Regeling. Zij weten dat de apotheek de niet betaalde rekening kan

declareren bij het CVZ. Deze wetenschap leidt vervolgens tot een scherpe daling van de bereidheid om te betalen.

Met het CVZ ben ik van mening dat dit niet de bedoeling is van de regeling. In een tijd van oplopende eigen betalingen voor Zvw-verzekerden valt niet te verdedigen dat onverzekerbare vreemdelingen geen bijdrage hoeven te betalen. Ik heb daarom ingestemd met het voornemen een alleszins redelijke eigen bijdrage van € 5,00 per receptregel te hanteren.

Aanbestedingen

Het CVZ voert de Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen uit sinds 1 januari 2009. In 2008 heeft het CVZ een aanbestedingsprocedure uitgeschreven voor de contractering van apotheken en ziekenhuizen. (Niet gecontracteerde ziekenhuizen kunnen alleen zorg declareren die zonder verwijzing wordt geleverd.) Deze apotheken en ziekenhuizen zijn gecontracteerd voor twee jaar met de mogelijkheid om de overeenkomst drie keer met een jaar te verlengen. Al deze overeenkomsten eindigen op 31 december

2013. Ook overeenkomsten die tussentijds zijn afgesloten eindigen op deze datum.

In de tweede helft van 2013 zal het CVZ zowel voor ziekenhuiszorg als voor geneesmiddelenzorg een nieuwe aanbestedingsprocedure uitschrijven. Voor de regio-indeling voor de ziekenhuiszorg zal het CVZ

uitgaan van de zorgkantoorregio's, die immers geënt zijn op de vroegere WZV-regio's. In de regio Amsterdam zal het CVZ wederom twee ziekenhuizen contracteren.

Voor de levering van geneesmiddelen zal het CVZ weer in principe één apotheek per gemeente contracteren. De perceelindeling voor de grote steden zal daarbij nog bijzonder aandacht krijgen. In een aantal steden zal het CVZ meerdere apotheken contracteren. In andere steden zullen alleen in het centrum gelegen apotheken kunnen deelnemen aan de aanbesteding.

Overige overeenkomsten

Naast de apotheken en ziekenhuizen heeft het CVZ ook overeenkomsten gesloten met andere zorgverleners. Dit betreft AWBZ-instellingen, GGZ-instellingen, hulpmiddelenleveranciers, eerstelijns psychologie, ambulance- en ziekenvervoer. Verder heeft het CVZ overeenkomsten gesloten met ziekenhuizen voor het leveren van zorg die de gecontracteerde ziekenhuizen niet kunnen leveren.

Al deze overeenkomsten eindigen op 31 december 2013. Het CVZ is van plan om deze zorgverleners ook in 2014 en verder weer te contracteren. Dat zal plaatsvinden op basis van overeenkomsten die zijn aangepast aan de ervaringen die het CVZ de afgelopen vijf jaar heeft opgedaan met het uitvoeren van de Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen.

Voorlichting huisartsen

Huisartsen vormen ook voor onverzekerbare vreemdelingen een poortwachtersfunctie naar de gezondheidszorg. In 2008 heeft het CVZ alle huisartsen geïnformeerd over de invoering van artikel 122a Zvw. Huisartsen met meerdere onverzekerbare vreemdelingen in hun praktijk zijn goed op de hoogte van de regeling. Maar er zijn ook huisartsen die zelden een onverzekerbare vreemdeling in hun spreekkamer zien. In mei 2013 heeft het CVZ om die reden de huisartsen opnieuw geïnformeerd over de Regeling.

Wet Modern Migratiebeleid

Artikel 122a Zvw richt zich op twee groepen onverzekerbare vreemdelingen:

- a. Vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven.
- b. Vreemdelingen die rechtmatig in Nederland verblijven en voor wie een aanvraag voor niet-asielgerelateerd verblijf (meestal gezinshereniging) in behandeling is.

De tweede groep zal Nederland meestal ingereisd zijn op basis van een in het herkomstland door de Nederlandse vertegenwoordiging uitgereikte Machtiging Voor Verblijf (MVV) waarna in Nederland een aanvraag voor een verblijfsvergunning is ingediend. Deze groep verblijft rechtmatig in Nederland maar is geen AWBZ-verzekerde en kan zich daardoor ook niet verzekeren voor de Zvw.

Op 1 juni 2013 treedt de Wet Modern Migratiebeleid (Wet MoMi) in werking. Het is de bedoeling van deze wet dat als in het herkomstland een MVV is afgegeven er vervolgens in

Nederland automatisch bij aankomst een verblijfsvergunning wordt verstrekt. Zij zullen zich dus ook vlak na aankomst meteen kunnen en zelfs moeten verzekeren voor de Zvw. Voor deze categorie vreemdelingen zal artikel 122a Zvw dus buiten beeld blijven. Zij zullen ook na 1 juni 2013 nog steeds, rechtmatig, in Nederland verblijven tijdens de behandeling van hun aanvraag voor een verblijfsvergunning. Deze deelgroep blijft onder het bereik van artikel 122a Zvw vallen...

5.6 Conclusie

De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zullen in 2013 naar verwachting € 24,5 miljoen bedragen. VWS constateert dat de uitvoering van de bijdrageregeling naar tevredenheid verloopt en dat het CVZ zorg draagt voor een doelmatige en correcte uitvoering. Het CVZ zal in 2013 een aanbesteding uitschrijven voor de contractering van apotheken per 1 januari 2014. Het CVZ heeft aangegeven om bij die aanbesteding als uitgangspunt te hanteren dat de gecontracteerde apotheek van de onverzekerbare vreemdeling een minimum eigen betaling van € 5,00 per receptregel mag hanteren.

HOOFDSTUK 6. INTERNATIONALE ASPECTEN

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de Nederlandse verdragsgerechtigden in het buitenland en de uitvoering door het CVZ. Tevens wordt aandacht besteed aan de voortgang van de implementatie van de actiepunten uit het verslag bevindingen evaluatie buitenlandtaak CVZ

6.2 Verdragsgerechtigden

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

Verdragsrecht

De Verordening en de verdragen zijn van toepassing op alle:

- a) Personen die werken in Nederland en in een ander EU-land of verdragsland wonen (hierna: verzekerden) en hun gezinsleden en,
- b) Gepensioneerden met een Nederlands wettelijk pensioen en hun gezinsleden die in een andere EU-lidstaat of een verdragsland wonen.

Ad a) Verzekerden en hun gezinsleden

Volgens de Verordening en de verdragen is op mensen die werken de sociale zekerheidswetgeving 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-verzekeringsplichtig. Zij kunnen in Nederland en in het buitenland zorg inroepen op grond van de polisvoorwaarden van hun (Nederlandse) zorgverzekering, net als iedere Zvw-verzekerde dat kan. Daarnaast hebben deze verzekerden met toepassing van de Verordening of verdragen recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland (verdragsrecht). Zij hebben dus een keuzerecht tussen de Zvw-polis of het woonlandpakket.

De AWBZ en de Zvw kennen geen medeverzekering van gezinsleden. In het buitenland wonende gezinsleden van verzekerden kunnen dus geen rechten ontlenen aan de AWBZ en de Zvw. Deze gezinsleden ontlenen wel een verdragsrecht op zorg aan de Verordening of verdragen: zij hebben recht op de zorgaanspraken volgens de sociale ziektekostenverzekering van het woonland (woonlandpakket) ten laste van Nederland. Gezinsleden die in een andere EU-lidstaat wonen kunnen tijdens een verblijf in Nederland ook in Nederland zorg inroepen, indien deze zorg tijdens het verblijf medisch noodzakelijk wordt¹².

Ad b) Gepensioneerden en hun gezinsleden

Buiten Nederland wonende rechthebbenden op een Nederlands wettelijk pensioen en hun gezinsleden zijn niet verzekerd voor de AWBZ en de Zvw. Zij hebben op grond van de Verordening of verdragen ten laste van Nederland recht op het woonlandpakket (verdragsrecht).

Wanneer men tevens een wettelijk pensioen van het woonland heeft is men onderworpen aan de wetgeving van het woonland en treedt het verdragsrecht ten laste van Nederland terug. Het

¹² Doordat Nederland staat ingeschreven op bijlage III bij de Verordening is het recht op zorg bij tijdelijk verblijf in Nederland voor gezinsleden die in een andere EU-lidstaat wonen beperkt tot zorg die tijdens het verblijf medisch noodzakelijk wordt. Nederland heeft aan de Europese Commissie voorgesteld om Nederland van bijlage III te schrappen. Dit vergt een wijziging van de Verordening die in voorbereiding is. Na deze wijziging hebben gezinsleden bij een verblijf in Nederland recht op zorg volgens het pakket in Nederland, zonder dat hier de beperking geldt dat deze zorg medisch noodzakelijk is geworden tijdens het verblijf.

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 zorg in te roepen in Nederland.

De toepasselijkheid van de Verordening en daarmee samenhangend de verplichting tot het betalen van een verdragsbijdrage, hebben een verplicht karakter. Dat wil zeggen dat mensen niet naar eigen believen kunnen afzien van die toepasselijkheid. Het Europese Hof van Justitie (Van Delft C-345/09), en in het vervolg hierop, de Centrale Raad van Beroep (Van Delft LJN BR1934), hebben naar aanleiding van verschillende rechtsgedingen hierover een definitieve uitspraak gedaan.

6.3 Aantal verdragsgerechtigden

Het totaal aantal personen dat in het woonland een verdragsrecht op zorg had ten laste van Nederland neemt net sinds het jaar 2009 af. Ten opzicht van het jaar 2009 zijn er in 2012 23.400 minder personen met een verdragsrecht. Ten opzichte van het jaar 2011 laat de groep verzekerden een daling zien van 6.619 personen. Ook het aantal gezinsleden van gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden daalt; en wel met 760 personen. De groep van gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden stijgt licht.

Figuur 6.1: Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: CVZ)



6.4 Kosten verdragsgerechtigden

Verzekerden

Verzekerden die wonen in het buitenland hebben een Nederlandse zorgverzekering. Daardoor zijn zij net als in Nederland wonende verzekerden een nominale premie verschuldigd aan hun zorgverzekeraar. Daarnaast betalen zij de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en de premie voor de AWBZ.

Gezinsleden van verzekerden, gepensioneerden en hun gezinsleden

Gezinsleden van verzekerden, gepensioneerden en hun gezinsleden betalen voor hun verdragsrecht op zorg in het woonland een zogenaamde verdragsbijdrage aan het CVZ. De verdragsbijdrage 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. 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. Deze woonlandfactor is het verhoudingsgetal tussen de gemiddelde kosten van zorg in het woonland en de gemiddelde kosten van zorg in Nederland. Voor het merendeel van de EU- en verdragslanden is dit verhoudingsgetal minder dan 1.

Tegenover deze opbrengsten staat dat Nederland jaarlijks een bedrag aan het desbetreffende woonland betaalt ter vergoeding van de verleende zorg. Afhankelijk van de berekeningsmethodiek van het land in kwestie wordt de zorg ofwel vergoed op basis van werkelijke bedragen ofwel op basis van gemiddelde kosten.

Over 2012 betaalden deze verdragsgerechtigden in totaal € 103,4 miljoen (2011 € 101,3 miljoen) aan verdragsbijdrage en Nederland betaalde voor hen in totaal € 280,9 miljoen aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan betrokkenen. Hierbij was een bedrag gemoeid van € 179,7 miljoen aan werkelijke kosten en een bedrag van € 101,2 aan gemiddelde kosten. Een nadere uitsplitsing wordt geboden in de onderstaande tabellen.

Tabel 6.1: bijdragen verdragsgerechtigden (bron: CVZ)

Land	Bijdragen Verdragsgerechtigden 2012					
	Totaal	Grens- arbeiders en werk- nemers (hoofdverze- kerden) ¹³	Gezinsleden van grens- arbeiders en werknemers en achter- gebleven gezinsleden ¹⁴	Verdrags- gerechtigden (hoofd- verzekerden)	Gezinsleden van verdrags- gerechtigden	Ontvangen bijdragen 2012 (x € 1000)
EU/EER/ Zwitserland						
België	52.779	26.398	11.355	13.498	1.528	28.856
Bulgarije	102	0	2	90	10	11
Cyprus	117	1	0	104	12	55
Denemarken	71	4	0	67	0	164
Duitsland	45.326	20.232	13.406	10.306	1.382	25.146
Estland	8	2	2	4	0	1
Finland	48	4	0	41	3	75
Frankrijk	8.868	467	462	6.841	1.098	20.054
Griekenland	1.012	24	70	793	125	712
Hongarije	844	197	42	503	102	221
Ierland	304	3	8	272	21	902
IJsland	2	0	0	2	0	11
Italië	1.553	43	31	1.366	113	1.983

¹³ Dit betreft verzekerden onafhankelijk of deze hoofdverzekerde meeverzekerde gezinsleden heeft. Het CVZ is in 2010 overgegaan op een andere wijze van het registreren van de gegevens van de verzekerden. Van de verzekerden zonder meeverzekerde gezinsleden worden nog uitsluitend de identificerende gegevens en een gescande versie van de formulieren 106 en 108 in de applicatie vastgelegd, maar niet meer de verzekeringstijdvakken. Het vastleggen van verzekeringstijdvakken vindt nog wel plaats voor verzekerden met meeverzekerde gezinsleden. Immers, voor die gezinsleden is het CVZ in artikel 69 van de Zorgverzekeringswet aangewezen als bevoegd orgaan en vanuit die functie o.m. belast met het opleggen van de verdragsbijdrage.

¹⁴ Bij de categorie achtergebleven gezinsleden woont de hoofdverzekerde in Nederland en is hij als ingezetene Zvw-plichtig. Zijn gezinsleden wonen in een ander land (EU/EER-staat of verdragsland) en hebben daar aanspraak op zorg ten laste van Nederland. Van toepassing is het verdragsformulier 109. Als de meeverzekerde gezinsleden 18 jaar of ouder zijn, dan is de Zvw-plichtige voor hen de verdragsbijdrage verschuldigd.

Vervolg tabel 6.1: bijdragen verdragsgerechtigden (bron: CVZ)

Bijdragen Verdragsgerechtigden 2012						
Land	Totaal	Grens- arbeiders en werknemers (hoofdverz- ekerden)	Gezinsleden van grens- arbeiders en werknemers en achter- gebleven gezinsleden	Verdrags- gerechtigden (hoofd- verzekerden	Gezinsleden van verdrags- gerechtigden	Ontvangen bijdragen 2012 (x € 1000)
Letland	24	8	4	11	1	4
Liechtenstein	1	0	0	1	0	4
Litouwen	27	7	4	11	5	5
Luxemburg	184	12	12	150	10	337
Malta	149	3	7	128	11	96
Noorwegen	127	11	8	99	9	379
Oostenrijk	665	38	23	541	63	1.105
Polen	6.700	2.808	3.395	417	80	118
Portugal	2.714	50	79	2.274	311	2.103
Roemenië	141	25	18	81	17	14
Slovenië	57	1	2	45	9	37
Slowakije	513	309	163	36	5	25
Spanje	12.400	137	179	10.964	1.120	13.240
Tsjechië	552	321	65	142	24	110
Verenigd Koninkrijk	1.274	87	52	919	216	2.029
Zweden	491	20	11	399	61	973
Zwitserland	697	68	51	537	41	986
<i>Bilateraal</i>						
Bosnië Herzegovina	430	0	1	383	46	68
* Republika Srpska	147	0	2	131	14	0
Kaapverdië	1.612	8	165	1.041	398	63
Kroatië	443	2	14	386	41	194
Macedonië	198	0	10	166	22	16
Marokko	22.043	0	633	12.321	9.089	424
Tunesië	820	0	149	371	300	28
Turkije	21.379	16	3.069	12.147	6.147	2.738
<i>Voormalige Rep. Joegoslavië</i>						
* Kosovo	0	0				0
* Montenegro	34	0	1	27	6	3
* Republiek Servië	533	0	25	478	30	79
* Vojvodina	149	0	6	122	21	0
Totaal	185.538	51.306	33.526	78.215	22.491	103.372

In de volgende tabel is een nadere uitsplitsing naar land opgenomen van de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten in 2012. Het totaal aan betaalde gemiddelde kosten is gestegen met € 6,4 miljoen. Op basis van de Verordening per 1 mei 2010 is het uitgangspunt dat de afrekening geschiedt op werkelijke kosten. In voorgaande jaren werden deze werkelijke kosten niet opgenomen. Het totaal van de gemiddelde en de werkelijk betaalde kosten samen bedraagt € 280,9 miljoen.

Tabel 6.2: betaalde gemiddelde kosten (Bron: CVZ)

	Aan het buitenland betaalde kosten (afgerond x € 1 miljoen)				
	2012		Uitsluitend gemiddelde kosten		
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	2011	2010	2009
België	74,4	-	-	20,1	59,4
Bosnië-Herzegovina	-	0,3	0,3	0,2	0,1
Bulgarije	-	-	-	-	0,1
Cyprus	0,1	-	-	-	0,0
Duitsland	58,8	-	-	12,2	31,2
Engeland	1,4	4,0	2,8	2,6	2,5
Finland		0,2			
Frankrijk	33,8	-	-	10,6	29,8
Griekenland	3,2	-	-	0,5	1,1
Hongarije	0,4	-	-	0,1	0,1
Ierland	-	2,2	1,7	-	-
Italië	-	2,6	2,5	2,5	2,7
Kroatië	-	0,3	0,3	0,3	0,3
Kaapverdië	-	-	0,3	0,3	0,3
Luxemburg	1,3	-			
Malta	-	0,2	0,2	0,1	0,1
Marokko	-	8,5	9,6	3,2	3,2
Oostenrijk	2,4	-	-	0,6	1,6
Polen	1,1	-	-	0,1	0,1
Portugal	-	3,8	3,4	3,3	3,8
Roemenie	-	-	-	-	0,1
Servië	-	0,1	0,2	0,2	0,2
Slovenië	0,1	-	-	-	0,0
Slowakije	0,3	-	-	-	0,1
Spanje	-	34,9	37,8	29,3	27,1
Tsjechië	0,3	-	-	-	0,1
Tunesië	-	0,1	0,1	0,1	0,1
Turkije	-	31,5	22,2	23,9	10,0
Zweden	-	1,4	1,2	1,0	0,7
Zwitserland	2,1	2,1	2,3	1,8	1,5
Diverse landen	-	8,8	9,9	24,3	19,0
TOTAAL	179,7	101,2	94,8	137,3	195,3

6.5 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland

Het orgaan van de verblijfplaats organiseert de zorg voor de verdragsgerechtigden in Nederland.

Tot 1 mei 2010 betrof dit alleen het zorggebruik van gezinsleden van verzekerden in Nederland.

Door Verordening 883/2004 hebben met ingang van 1 mei 2010 ook gepensioneerden en hun gezinsleden zonder voorafgaande toestemming van het orgaan van de verblijfplaats recht op zorg in Nederland. De kosten hiervan komen ten laste van Nederland. Het aantal rechthebbenden is sinds 2010 dus uitgebreid. Dit verklaart de sterke stijging van zorggebruik en zorgkosten. In onderstaande tabel is dit effect duidelijk zichtbaar. Ten opzichte van 2011 is in het jaar 2012 een sterke stijging te constateren in het aantal personen (+ 4,8%) en de zorgkosten (+ 5,8%).

Hier is van belang dat er voor Nederland qua kosten in wezen niets verandert indien het woonland het zorggebruik van verdragsgerechtigden bij Nederland declareert op basis van werkelijke kosten. Indien landen declareren op basis van gemiddelde kosten, komen de kosten die verdragsgerechtigden in Nederland maken bovenop het forfaitaire bedrag dat Nederland aan het woonland betaalt. Om deze reden voorziet de Verordening in een extra korting van 5% op de door Nederland aan die landen te betalen gemiddelde kosten.

Tabel 6.3: Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland (Bron: Agis)

Jaar	2012	2011	2010	2009
Aantal personen	9.166	8.750	3.340	3.039
Totaal (x € 1 mln.)	15,65	14,79	4,98	3,31

In onderstaande tabel wordt het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland in 2012 nader gespecificeerd naar woonland en type zorg (Zvw en AWBZ).

Tabel 6.4: zorggebruik verdragsgerechtigden (Bron: Agis)

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
Woonland	Aantal verdragsgerechtigden	Zvw (x € 1)	AWBZ (x € 1)
België	3128	4.158.126	463.889
Bulgarije	10	82.501	12
Cyprus	30	98.771	0
Denemarken	1	4.685	0
Duitsland	3392	5.466.238	240.283
Finland	3	2.391	0
Frankrijk	896	1.444.670	187.766
Griekenland	57	218.411	1.759
Groot Brittannië	40	34.081	0
Hongarije	54	119.235	0
Ierland	20	20.661	597
Italië	92	232.676	0
Letland	3	39.909	0
Litouwen	1	8.067	0
Luxemburg	19	76.291	130

Vervolg tabel 6.4: zorggebruik verdragsgerechtigden (Bron: Agis)

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
Woonland	Aantal verdragsgerechtigden	Zvw (x € 1)	AWBZ (x € 1)
Malta	29	98.512	0
Noorwegen	2	564	0
Oostenrijk	26	69.148	0
Polen	33	55.443	0
Portugal	199	450.293	1.096
Roemenië	16	69.472	0
Slovenië	3	377	0
Slowakije	3	7.917	0
Spanje	998	1.777.060	68.958
Tsjechië	11	18.260	0
Zweden	28	47.600	21.752
Zwitserland	72	61.729	0
Totaal	9.166	14.663.098	986.247

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 in te roepen. Bij de gepensioneerden en hun gezinsleden komen, na Duitsland en België, veel verdragsgerechtigden uit Spanje en Frankrijk (998 respectievelijk 896 personen sinds 1 mei 2010) naar Nederland voor zorg.

6.6 Uitvoering

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

Deze taak kent twee aspecten, namelijk:

1. de administratie van de verdragsgerechtigden en de inning van de verdragsbijdragen en;
2. 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 sinds 1 mei 2010 op basis van de nieuwe Verordening de Europese ziekteverzekeringskaart (European Health Insurance Card, EHIC) aan verdragsgerechtigden. Hiermee kunnen verdragsgerechtigden zorg inroepen die tijdens een verblijf in een andere Europese lidstaat medisch noodzakelijk wordt. Het CVZ stuurt 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 voorlopige en een definitieve jaarafrekening.

Evaluatie van de buitenlandtaak

Eind 2011, begin 2012 heeft een gezamenlijke werkgroep bestaande uit medewerkers van het ministerie van VWS en medewerkers van het College voor zorgverzekeringen (hierna het CVZ) een brede evaluatie uitgevoerd op het proces van de buitenlandtaak.

In deze evaluatie is zowel de uitvoeringspraktijk als de wet- en regelgeving die eraan ten grondslag ligt, in ogenschouw genomen. De evaluatie heeft geresulteerd in het "Verslag van bevindingen Evaluatie buitenlandtaak CVZ". Het verslag van bevindingen is op 31 mei 2012 door de Minister van VWS aan de Tweede Kamer gezonden (Kamerstukken 2012, 32 620, nr. 63).

In de bovengenoemde brief heeft de Minister van VWS aangegeven de actiepunten uit het bovengenoemde verslag op te pakken; de Tweede Kamer zou over de voortgang van de implementatie van de actiepunten geïnformeerd worden in de Verzekerdenmonitor 2012. Hieronder treft u puntsgewijs de voortgang op deze actiepunten aan.

ICT-ondersteuning.

Analyse:

De huidige ICT-toepassingen bij het CVZ die gebruikt worden ter ondersteuning van de uitvoering van de buitenlandtaak zijn onvoldoende aan elkaar gekoppeld, waardoor veel werk handmatig moet worden verricht en de kans op fouten groot is.

Actiepunt:

Zorg dat het CVZ beschikt over de ICT-ondersteuning die nodig is voor de uitvoering van de buitenlandtaak.

Voortgang:

Het CVZ heeft een aantal ICT-aanpassingen uitgevoerd die geleid hebben tot een efficiëntere verwerking van de toenemende hoeveelheid buitenlanddeclaraties. Het aantal handmatige acties is hierdoor afgenomen en daarmee ook de kans op fouten. De huidige verwerkingstijd tussen ontvangst van een vordering en de uiteindelijke betaling daarvan door het CVZ bedraagt maximaal één jaar. Deze verwerkingstijd ligt ruim binnen de tijdslimiet die volgens de Verordening geldt (18 maanden).

Het CVZ werkt aan verdergaande verbeteringen van het ICT-proces. Op dit moment wordt onderzocht op welke wijze het huidige geautomatiseerde ICT-systeem kan worden vervangen. De gewenste verbeteringen door het Verbindingsorgaan maken onderdeel uit van dit onderzoek. Het onderzoek wordt in oktober 2013 door het CVZ afgerond.

Verder heeft het CVZ voor het herbouwen van de programmatuur voor de broninhouding een stappenplan opgesteld. Een belangrijk uitgangspunt is dat de programmatuur zodanig flexibel moet zijn dat ook toekomstige wijzigingen in de wetgeving eenvoudig doorgevoerd kunnen worden.

Klantgerichtheid en de communicatie met de verdragsgerechtigden.

Analyse:

Er is een verbeterslag te maken op het terrein van klantgerichtheid. Zo blijkt bijvoorbeeld de huidige correspondentie tussen het CVZ en de verdragsgerechtigden te ingewikkeld voor een deel van de verdragsgerechtigden en is de telefonische bereikbaarheid nog niet op het gewenste niveau.

Actiepunten:

- a. Ontwikkel een rekentool, waarmee belanghebbenden op de website van het CVZ een berekening kunnen maken van de verdragsbijdrage die zij in het betreffende jaar ongeveer verschuldigd zullen zijn. Dit voorkomt vervelende verrassingen.
- b. Leer van de 'best practices' van andere uitvoeringsorganisaties, zoals de SVB en het UWV.

Voortgang:

Ad a) VWS en het CVZ hebben besloten de ontwikkeling van de rekentool aan te houden tot na de afronding van de overleggen tussen VWS, het CVZ, het Ministerie van Financiën en de Belastingdienst. Tijdens deze overleggen is gekeken naar de vereenvoudiging van de wetgeving rond de verdragsbijdrage (zie hieronder). Deze overleggen zijn onlangs afgerond. Het CVZ zal bij de herbouw van de ICT-programmatuur voor de broninhouding ook aandacht schenken aan de ontwikkeling van een rekentool die vervolgens op de website van het CVZ zal worden gezet.

Ad b) Het CVZ heeft periodiek zowel op bestuurlijk- als op operationeel niveau overleg met de Sociale Verzekeringsbank (SVB) en het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV).

Dit overleg richt zich op de verbetering van de klantbenadering, de ICT-ondersteuning en gezamenlijke projecten zoals de Registratie Niet Ingezetenen. Het CVZ heeft een verbeteringslag gemaakt in de standaardbrieven aan de verdragsgerechtigden. Deze verbeteringslag bestaat uit drie onderdelen.

- Ten eerste maakt het CVZ met ingang van 1 april 2013 gebruik van een extern leespaneel. In dit paneel zitten vertegenwoordigers van verdragsgerechtigden.
- Ten tweede heeft het CVZ en de SVB de (standaard-)teksten van de brieven aan de verdragsgerechtigden laten vertalen. De SVB is bekend met de terminologie van de sociale zekerheid en de internationale regelingen. De vertalingen zijn daardoor kwalitatief hoogwaardiger en voor de klant duidelijk leesbaar geworden.
- Ten derde heeft het CVZ samen met de Nationale Ombudsman de teksten van vorderingsbrieven aangepast. Hierdoor is de kwaliteit, begrijpelijkheid en leesbaarheid van deze brieven verder verbeterd. Deze verbeteringslag heeft het CVZ ook voor de regelingen Onverzekerden en Wanbetalers ondernomen.

Voor de afhandeling van bezwaren heeft het CVZ gekozen voor de "informele aanpak". Deze aanpak komt voort uit het project van het toenmalige Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Bij deze informele aanpak wordt de klant eerst door het CVZ telefonisch benaderd, waarbij het CVZ aan de klant een nadere toelichting over het genomen besluit geeft. Gebleken is dat door deze aanpak het aantal bezwaarschriften aanzienlijk is gedaald.

Daarnaast heeft een delegatie van het CVZ en VWS begin oktober 2012 overleg gevoerd met belangenverenigingen van gepensioneerden. Tijdens dit overleg is gesproken over de ervaringen van verdragsgerechtigden met de uitvoering van de buitenlandregeling, zodat deze waar mogelijk verbeterd kan worden. Daarbij vormt de bestaande juridische situatie het kader waarbinnen die verbeteringen kunnen worden besproken.

Daarnaast is het voor de verdragsgerechtigden mogelijk om via de sociaal attaché van de ambassade in het woonland van de verdragsgerechtigden zich te uiten over de uitvoering van de regeling.

De sociaal attachés hebben zicht op de gestelde vragen (aantal, soort en de steller). Indien een sociaal attaché constateert dat er vanuit meerdere belangenorganisaties van verdragsgerechtigden vragen worden gesteld over het zelfde onderwerp, zal hiervoor door het Ministerie van VWS in overleg met het CVZ een gesprek worden georganiseerd.

Afspraken met ketenpartners.

Analyse:

Naast reeds lopende verbetertrajecten in de uitvoering blijft er altijd een zekere mate van ketenafhankelijkheid bestaan. Het is daarom van belang dat er goede afspraken worden gemaakt tussen het CVZ en de ketenpartners om de kwaliteit van de benodigde gegevens vast te leggen en de snelheid waarmee deze worden aangeleverd.

Actiepunt:

Maak goede afspraken met de ketenpartners (zorgverzekeraars, Belastingdienst, broninhouders).

Voortgang:

Het CVZ heeft met Zorgverzekeraars Nederland afspraken gemaakt over de doorlooptijden van de processen in Nederland om de interstatelijke kostenafrekening te verbeteren. Dit heeft geresulteerd in de verkorting van de periode die zorgverzekeraars hebben om declaraties te beoordelen. Daarnaast is afgesproken dat CVZ en zorgverzekeraars vanaf januari 2013 digitaal gegevens uit zullen wisselen. Door deze digitale gegevensuitwisseling vinden er geen handmatige verwerkingen meer plaats. Dit heeft een belangrijke positieve invloed op de kwaliteit en verwerkingstijd van de declaraties.

Daarnaast zendt het CVZ de broninhouders van de verdragsbijdrage (SVB, UWV, pensioenfondsen en levensverzekeraars) jaarlijks een handleiding broninhouding. In deze handleiding beschrijft het CVZ welke regels gelden bij de inhouding en de afdracht van de verdragsbijdrage aan het CVZ.

Bij majeure wijzigingen van het broninhoudingsproces treedt het CVZ in overleg met de bovengenoemde broninhouders.

Stimuleren van lopende verbetertrajecten.

Analyse:

Een deel van bestaande problemen, waaronder met name de ketenafhankelijkheid, wordt in belangrijke mate verminderd met de reeds lopende verbetertrajecten bij het CVZ.

Actiepunt:

Stimuleer en faciliteer waar nodig de snelle afronding van de lopende verbetertrajecten bij het CVZ. Zorg ervoor dat de resultaten van de verbetertrajecten (bijvoorbeeld de resultaten van het CVZ-project Taskforce Buitenland en de verwerkte voorraden bij het verbindingsorgaan) structureel geborgd worden.

Voortgang:

Al tijdens de evaluatie liep bij het CVZ het project Taskforce Buitenland. Dit project heeft tot doel de uitvoering van de buitenlandstaak te optimaliseren. Het CVZ meldt dat de belangrijkste doelstellingen van de verbetertrajecten succesvol zijn afgerond. Het CVZ:

- realiseert de productie binnen de wettelijke termijnen en is van mening dat het onderhanden werk goed beheersbaar is geworden en;
- heeft voor de procesoptimalisatie voor duurzame borging van de uitvoering:
 - risico's in kaart gebracht en;
 - Service Level Agreements (SLA's) met de ketenpartners, respectievelijk concretisering van bestaande SLA's gesloten.

Opzeggen bilaterale afrekenakkoorden.

Actiepunt:

Nederland heeft in het verleden met diverse Europese lidstaten overeenkomsten gesloten met betrekking tot de onderlinge afrekening van de kosten van medische zorg aan wederzijds verzekerden (afrekenakkoorden). De hierin opgenomen afrekenbepalingen die afwijken van de Verordeningssystematiek zorgen voor meer uitvoeringslasten voor het CVZ.

Actiepunt:

Beëindig zo snel mogelijk de afrekenakkoorden, waarin wordt afgeweken van de afrekeningsbepalingen van de Europese sociale zekerheidsverordening.

Voortgang:

Dit punt betreft de uniformering van de interstatelijke verrekening van zorgkosten die op grond van de Europese Sociale Zekerheidsverordening worden gemaakt. In november 2012 heeft het Ministerie van VWS de betreffende landen aangeschreven met het verzoek de afrekenakkoorden te beëindigen.

De betrokken landen hebben aangegeven in te stemmen met het verzoek tot de beëindiging van de afrekenakkoorden. Enkele landen hebben onder andere vanuit administratief technische- en juridische redenen verzocht de afrekenakkoorden later te doen beëindigen. Indien deze wens bestond is daarmee rekening gehouden. Uiterlijk 1 januari 2014 zijn deze afrekenakkoorden beëindigd en vinden alle kostenverrekeningen met andere EU-landen alleen nog plaats overeenkomstig de regels van de Europese sociale zekerheidsverordening. Begin 2013 zijn de betreffende landen formeel op de hoogte gesteld van de beëindiging van de afrekenakkoorden.

Nederland heeft ook een verdrag met afrekenbepalingen met België. In dit verdrag worden ook andere sociale aangelegenheden tussen Nederland en België geregeld. België heeft aangegeven dit verdrag op het punt van de afrekening van medische kosten te willen herzien. Nederland en België werken deze herziening op dit moment gezamenlijk verder uit. Naar verwachting zal met ingang van 1 januari 2014 het herziene verdrag zijn werking krijgen, en zal de afrekening van zorgkosten tussen Nederland en België overeenkomstig de regels van de Europese sociale zekerheidsverordening plaatsvinden.

Afschaffen van de voorlopige jaarafrekening.

Analyse:

De voorlopige jaarafrekening leidt tot veel uitvoeringslasten voor het CVZ, terwijl de toegevoegde waarde voor de verdragsgerechtigde beperkt is. Immers, er volgt nog een definitieve jaarafrekening die in voorkomend geval nog herzien kan worden.

Actiepunt:

Onderzoek de mogelijkheden om de voorlopige jaarafrekening af te schaffen.

Voortgang:

Gebleken is dat het CVZ de voorlopige jaarafrekening niet in alle gevallen kan afschaffen. Dit komt doordat het CVZ verplicht is het wereldinkomen (Niet in Nederlands Belast Inkomen) in de berekening van de verdragsbijdrage te betrekken. Als dit wereldinkomen tijdig bekend is, dan maakt het CVZ direct een definitieve jaarafrekening op. Is het wereldinkomen niet tijdig bekend, dan stelt het CVZ een voorlopige verdragsbijdrage vast die zo goed mogelijk het bedrag van de definitief te betalen verdragsbijdrage in de definitieve jaarafrekening benadert.

Fiscale aangelegenheden.

Analyse:

De Regeling zorgverzekering dwingt het CVZ in zijn taak als bevoegd orgaan op sommige onderdelen in de rol van "pseudo-Belastingdienst". Dit leidt tot aanzienlijke uitvoeringslasten en is zeer foutgevoelig.

Actiepunt:

- a. Onderzoek de mogelijkheden om het gebruik van het NiNbi-inkomen af te schaffen voor de bepaling van de verdragsbijdrage af en ga louter uit van de fiscale loongegevens.
- b. Bezie in overleg met het Ministerie van Financiën en de Belastingdienst of voor de vaststelling van de heffingskortingen alternatieven mogelijk zijn.

Voortgang:

In 2012 en begin 2013 heeft overleg plaatsgevonden tussen het Ministerie van VWS, het Ministerie van Financiën, de Belastingdienst en het CVZ. Gezamenlijk is onderzocht of er mogelijkheden zijn tot een brede vereenvoudiging van (de administratieve processen met betrekking tot) de verdragsbijdrage. Gekeken is naar mogelijkheden tot:

ad. a) afschaffing van het Niet in Nederland belast inkomen:

Als de definitieve jaarafrekening niet op het Niet in Nederland Belast inkomen (NiNbi) wordt gebaseerd maar op uitsluitend het Nederlands inkomen, dan zou nog maar één jaarafrekening moeten worden verstrekt en de voorlopige jaarafrekening en definitieve jaarafrekening zullen vaker op elkaar aansluiten. Hierdoor zou de afrekening op grond van de definitieve jaarafrekening vaker op nihil uitkomen.

Gebleken is echter dat voor de verdragsgerechtigde aftrekposten en bijzondere heffingskorting zouden vervallen. Er zou geen bijdrage geheven worden over buitenlands inkomen; hierdoor zou het uitgangspunt dat verdragsgerechtigden zoveel mogelijk gelijk behandeld worden als Zvw-plichtingen worden losgelaten. Dit zou leiden tot een ongewenste rechtsongelijkheid tussen de Zvw-plichtingen en de verdragsgerechtigden.

Het NiNbi wordt ook gebruikt voor de toeslagen; voor deze toeslagen zal het NiNbi niet worden afgeschaft. Daarnaast is het belang sinds 2013 toegenomen, omdat ook buitenlands vermogen door de Belastingdienst wordt uitgevraagd.

Aangezien NiNbi niet over de volledige breedte kan worden afgeschaft en gezien de financiële consequenties is het afschaffen van NiNbi geen reële optie.

ad. b) aanpassing AWBZ-component:

De AWBZ-component in de berekening van de verdragsbijdrage zorgt ervoor dat fiscale elementen zoals de algemene en bijzondere heffingskortingen en aftrekposten op de verdragsbijdrage van toepassing zijn.

Het vervallen van de AWBZ-component zou de berekening en de inning van de verdragsbijdrage aanzienlijk vereenvoudigen. Echter, de verhouding tussen de Nederlandse en de buitenlandse kostprijzen zou dan wijzigen. Concreet betekent dit een verhoging van de woonlandfactor.

Door de heffingskortingen is voor verdragsgerechtigden met een laag inkomen de AWBZ-component van de verdragsbijdrage veelal nihil. Zij hebben daarmee geen voordeel van het vervallen van de AWBZ-component. De hogere woonlandfactor zorgt er bij hun voor dat zij nadrukkelijk meer gaan betalen.

Verdragsgerechtigden met een hoger inkomen hebben juist voordeel van de afschaffing, omdat voor hen het AWBZ-deel van de verdragsbijdrage komt te vervallen en deze verlaging groter is dan de stijging van de bijdrage als gevolg van de verhoging van de woonlandfactor.

Het laten vervallen van de AWBZ-component zou leiden tot grote inkomensverschuivingen, waarbij met name de lagere inkomens erop achteruit gaan en hoge inkomens erop vooruit gaan. De conclusie is dat het laten vervallen van de AWBZ-component niet haalbaar is.

Verder is bekeken of de Belastingdienst de werkzaamheden rond de definitieve jaarafrekening zou kunnen uitvoeren. Het CVZ zou dan de broninhouding voor zijn rekening nemen waarbij zij zorgt dat deze zo nauw mogelijk aansluit bij de eindheffing. Die eindheffing, i.c. de definitieve jaarafrekening, zou dan door de Belastingdienst worden verzorgd. De belangrijkste redenen voor deze taakverschuiving zouden zijn dat de Belastingdienst beter dan het CVZ op de hoogte is van de fiscale aspecten en de Belastingdienst nationaal ook de Zvw- en AWBZ-premie vast stelt en int.

Geconcludeerd is dat deze optie – op basis van huidige wet- en regelgeving - niet past binnen de processen respectievelijk binnen het automatiseringssysteem van de Belastingdienst. Hiervoor zou een aanpassing van deze processen en systemen noodzakelijk zijn. Dit is een risicovolle en een kostbare aangelegenheid. Geconcludeerd is dat deze taakverschuiving geen optie is.

Tijdens de gesprekken tussen medewerkers van het Ministerie van VWS, het Ministerie van Financiën, het CVZ en de Belastingdienst werd geconstateerd dat de samenwerking in de keten de afgelopen jaren sterk is verbeterd, waardoor er sprake is van een betere uitvoering en dus een betere bediening van de klant.

In het "Verslag van bevindingen Evaluatie buitenlandtaak CVZ" werd al geconcludeerd dat de uitvoering van de buitenlandtaak op het moment van het schrijven van het verslag (begin 2012) aanmerkelijk beter verliep dan in de periode direct na de invoering van de Zorgverzekeringswet.

Uit onder andere de sterke daling van het aantal ontvangen klachten in 2012 bij zowel het CVZ als de Nationale Ombudsman, blijkt dat het CVZ duidelijk een kwaliteitsslag heeft gemaakt en deze ook heeft weten voort te zetten. De implementatie van de genoemde actiepunten zal leiden tot een verdere verbetering van de uitvoering. Voor zover nodig wordt hiertoe in wetgeving voorzien.

6.7. Voorgenomen wetgeving

Ik heb de wens om op het terrein van de grensoverschrijdende zorg een aantal maatregelen te treffen om tot kostenbesparingen te komen. De afgelopen jaren heeft een stijging plaatsgevonden van de kosten van grensoverschrijdende zorg. Ik wil deze uitgaven beter beheersen en meer in lijn brengen met de groeiafspraken uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015.

Ik ben voornemens voorstellen in te dienen, onder meer strekkende tot beperking van de aanspraak van de Zvw-verzekerden op vergoeding van kosten van in het buitenland verleende medische zorg tot kosten van zorg die is verleend op het grondgebied van de landen behorende tot de EU, IJsland, Liechtenstein en Noorwegen (landen die evenals de EU-Lidstaten behorende tot de Europese Economische Ruimte (EER)) en Zwitserland. In samenhang daarmee dienen de bepalingen betreffende het recht op zorg bij tijdelijk verblijf in de bilaterale verdragen die Nederland heeft gesloten te worden geschrapt. Met deze voorgenomen maatregel wordt het recht op vergoeding krachtens de Zvw en krachtens de bilaterale sociale zekerheidsverdragen ingeperkt.

Wat betreft de in de voorgaande paragraaf bedoelde implementatie van de actiepunten voortvloeiend uit de evaluatie van de buitenlandtaak van het CVZ, wordt met het wetsvoorstel voorzien in een regeling voor het actualiseren van woonlandfactoren voor de berekening van de bijdragen die verdragsgerechtigden verschuldigd zijn en een regeling voor broninhouding van de verdragsbijdragen door één pensioenbetalend orgaan bij meerdere pensioenen.

Daarnaast ben ik voornemens voorstellen in te dienen voor:

- het (nader) regelen van het inroepen van niet-gecontracteerde zorg in het buitenland;
- het instellen van een nationaal contactpunt als bedoeld in de Europese richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg;
- het invoeren van een ambtshalve verzekering voor voormalig buitenlandse verdragsgerechtigden die door het aanvangen van een beroepswerkzaamheid in Nederland zelfstandig verzekeringsplichtig ingevolge de Zvw worden, maar nalaten zich uit te schrijven als verdragsgerechtigde;
- het regelen van gegevensuitwisseling tussen het UWV (werknemers) of de SVB (verdragsgerechtigde niet verzekeringsplichtige ingezetenen) met het orgaan van de woonplaats van in Nederland wonende verdragsgerechtigden ten behoeve van het vaststellen van het ontstaan van verzekeringsplicht ingevolge de Zvw;
- het regelen van gegevensuitwisseling tussen zorgkantoren en het orgaan van de woonplaats van in Nederland wonende verdragsgerechtigden en met het CVZ, over kosten van AWBZ-zorg die ten laste van een andere staat is verleend aan in Nederland wonende verdragsgerechtigden;
- het regelen van toezicht op de werkzaamheden van de door de minister ter uitvoering van internationale coördinatieregelingen op het gebied van de sociale zekerheid aangewezen organen van woon- respectievelijk verblijfplaats van verdragsgerechtigden.

Ik ben voornemens het wetsvoorstel vóór eind 2013 aan de Tweede Kamer in te dienen.

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 23.000 verzekerden in 2012. Op 10 oktober 2010 zijn de eilanden 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 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 in het ziekenhuis flink uitgebreid met onder andere de zes basisspecialismen en een unit voor nierdialyse. Met deze uitbreiding is in 2012 het inlopen van de achterstand in de zorg aangevangen. Dat heeft tot een flinke kostenstijging geleid in 2012.

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. Per 1 januari 2013 zijn in navolging van de pakketmaatregelen in Europees Nederland de minimumleeftijd voor fluorideapplicaties, eenvoudige loophulpmiddelen, de redressiehelm, en hulp bij werk- en relatieproblemen uit de aanspraken geschrapt.

Eind 2012 en de eerste helft van 2013 is een evaluatie opgesteld inzake de stand van zaken rond de zorg op de eilanden. Het betreft hier een onafhankelijke evaluatie van de beleidsinspanning die de afgelopen jaren is geleverd om de gezondheidszorg in Caribisch Nederland zoveel mogelijk naar een adequaat niveau te tillen. Belangrijkste conclusie is dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in Caribisch Nederland de afgelopen twee jaar aanzienlijk ten goede zijn veranderd.

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
Richtlijn	Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg nr. 2011/24/EU
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SZW	Sociale zaken en Werkgelegenheid
Verordening	Europese sociale zekerheidsverordening nr. 883/2004
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VVA	SVB-volksverzekerdenadministratie
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet Arbeidsongeschiktheid
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WWB	Wet werk en bijstand
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zfw	Ziekenfondswet
Zvf	Zorgverzekeringsfonds
Zvw	Zorgverzekeringswet