

VWS-verzekerdenmonitor 2011

Den Haag, 2011

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING	7
1.1 Inleiding.....	7
1.2 AWBZ-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen	7
1.3 Conclusie	8
HOOFDSTUK 2. WANBETALERS	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Getroffen maatregelen	9
2.3 Wijze van monitoring door CBS	10
2.4 Aantal wanbetalers	10
2.5 Achtergrondkenmerken.....	11
2.6 Uitvoering van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering.....	12
2.7 Kosten wanbetalers.....	13
2.8 Evaluatie.....	13
2.9 Conclusie	13
HOOFDSTUK 3. ONVERZEKERDEN	15
3.1 Inleiding.....	15
3.2 Wijze van monitoring door het CBS	16
3.3 Aantal onverzekerden.....	17
3.4 Achtergrondkenmerken.....	17
3.5 Voorlichting.....	19
3.6 Eerste ervaringen met de uitvoering van de wet.....	23
3.7 Kosten onverzekerden.....	24
3.8 Conclusie	24
HOOFDSTUK 4. VERDRAGSGERECHTIGDEN	25
4.1 Inleiding.....	25
4.2 Aantal verdragsgerechtigden.....	26
4.3 Kosten verdragsgerechtigden	26
4.4 Uitvoering.....	28
4.5 Relevante ontwikkelingen.....	29
4.6 Conclusie	31
HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN	33
5.1 Inleiding.....	33
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden	33
5.3 Kosten en baten gemoedsbezwaarden	33
5.4 Uitvoering.....	34
5.5 Conclusie	35
HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN	37
6.1 Inleiding.....	37
6.2 Wetgeving	37
6.3 Uitvoering.....	38
6.4 CVZ monitor.....	38
6.5 Relevantie ontwikkelingen.....	41
6.6 Conclusie	41
HOOFDSTUK 7. DE BES-EILANDEN	43
BIJLAGEN	45
Bijlage I Verklaring afkortingen	45

INLEIDING

Voor u ligt de VWS-verzekerdenmonitor 2011 (hierna: monitor). Deze monitor bevat informatie over de getalsmatige ontwikkeling van het verzekeringsstelsel in nationaal en internationaal verband en de kosten die zijn gemoeid met medisch noodzakelijke zorg aan illegalen. De monitor heeft betrekking op de stand van zaken per april 2011.

In deze monitor, wordt achtereenvolgens ingegaan op de AWBZ-verzekering en de Zvw-verzekeringsplicht (hoofdstuk 1), de wanbetalers (hoofdstuk 2), de onverzekerden (hoofdstuk 3), de verdragsgerechtigden (hoofdstuk 4), de gemoedsbezwaarden (hoofdstuk 5), illegalen (hoofdstuk 6) en de BES-eilanden (hoofdstuk 7).

Met betrekking tot het hoofdstuk over onverzekerden merk ik op dat de Eerste Kamer tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' heeft verzocht om verbeteringen aan te brengen in de VWS-verzekerdenmonitor om meer inzicht te krijgen in de samenstelling van de groep onverzekerden. Bij brief van 8 april 2011¹ heeft de minister de Kamer laten weten bij het opstellen van toekomstige VWS-verzekerdenmonitors zo goed mogelijk aan dat verzoek tegemoet te willen komen. Hiertoe wordt in overleg met het CBS en het CVZ gezien op welke wijze de achtergrondkenmerken van onverzekerden beter in beeld kunnen worden gebracht, waardoor beter inzicht in deze groep kan worden verkregen.

In deze VWS-verzekerdenmonitor 2011 kan nog niet geheel aan de wens van de Eerste Kamer tegemoet worden gekomen. Als gevolg van de inwerkingtreding van de Wet "Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering"² is het per 15 maart jl., door middel van bestandsvergelijking mogelijk geworden om de onverzekerden individueel te herleiden. Echter, de gegevens die het CBS nodig heeft om achtergrondkenmerken voor onverzekerden in beeld te brengen zijn voor 2011 nog niet beschikbaar.

Wel heeft het CBS op verzoek van VWS naast de aantallen onverzekerden, tevens een analyse over de achtergrondkenmerken van de onverzekerden uitgebracht over 2010. Hierdoor is meer inzicht verkregen in de specifieke groepen onverzekerden. Voor nadere informatie aangaande onverzekerden zij verwezen naar hoofdstuk 3.

¹ Kamerstukken I 2010/11, 32 150, F.

² Stb. 2011, 111.

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

1.1 Inleiding

Het Nederlandse sociale ziektekostenverzekeringsstelsel is opgebouwd uit twee compartimenten. In de eerste plaats een verzekering van rechtswege voor de gehele bevolking tegen de kosten van langdurige zorg. Dit is geregeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het tweede compartiment betreft de verzekering tegen de kosten van zorg gericht op herstel. Hier geldt voor de gehele bevolking een verplichting zich te verzekeren. Dit is opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het aansprakenpakket van de AWBZ en de Zvw samen bieden de gehele bevolking een adequate dekking tegen ziektekosten. Het Comité van Ministers van de Raad van Europa heeft op 8 december 2010, overeenkomstig het onderzoeksrapport van het comité van onafhankelijke deskundigen van de ILO, de resolutie vastgesteld dat Nederland voor wat betreft de gezondheidszorg (in de periode 1 juli 2008- 30 juni 2009) volledig voldeed aan de verplichtingen die de Europese Code inzake sociale zekerheid stelt. Met de sociale verzekeringen van de Zvw en de AWBZ zorgen we er in Nederland voor dat iedereen die daar recht op heeft, op een betaalbare manier noodzakelijke zorg krijgt. Dat is een kostbaar goed. Het sociale verzekeringsstelsel moet zorgvuldig worden beheerd, zodat het ook zo blijft, nu en in de toekomst.

Een belangrijk aspect hierbij is solidariteit. Die vormt de basis voor de sociale ziektekostenverzekeringen. Die solidariteit moet niet aangetast worden door medische kosten van personen die aan de verzekering mee zouden moeten doen, maar dat om wat voor reden dan ook niet doen. Dat is het geval bij onverzekerden, maar ook bij diegenen die wel een verzekering hebben gesloten, maar nalaten de premie te betalen, de wanbetalers.

Ten slotte zijn er personen die niet aan de sociale ziektekostenverzekeringen mee mogen doen, omdat ze niet rechtmatig in Nederland verblijven en op grond van de Koppelingswet daarvan zijn uitgesloten. Zij hebben in voorkomend geval natuurlijk wel behoefte aan medische zorg. Gezien hun beroepsethiek kunnen zorgaanbieders medisch noodzakelijke zorg niet weigeren. Zorgaanbieders kunnen als zij medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan een illegaal of een andere onverzekerbare vreemdeling, in die gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder geen kostenverhaal op (de particuliere ziektekostenverzekering van) de patiënt of op een andere voorziening mogelijk blijkt, onder voorwaarden, een beroep doen op een bijdrageregeling.

1.2 AWBZ-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

Binnen het kader van deze monitor over de getalsmatige ontwikkeling van het verzekeringsstelsel is het van belang te weten wie verzekerd is voor de AWBZ, wie verzekeringsplichtig is op grond van de Zvw en of een verzekeringsplichtige daadwerkelijk een zorgverzekering heeft gesloten.

Voor de volksverzekeringen, waarvan de AWBZ er één is, zijn van rechtswege verzekerd personen die in Nederland wonen of die, als ze hier niet wonen, aan de Nederlandse loonbelasting onderworpen zijn omdat ze in Nederland werken. Voorts zijn in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (BUB 1999) bepaalde groepen van verzekering voor de AWBZ uitgezonderd. 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 uitgesloten van de AWBZ-verzekering en daardoor van de toegang tot de zorgverzekering vreemdelingen die illegaal in Nederland verblijven en vreemdelingen zonder verblijfsvergunning (zie verder hoofdstuk 6).

Voor de Zvw is verzekeringsplichtig iedereen die AWBZ-verzekerd is. Militairen in werkelijke dienst en gemoedsbezwaarden zijn uitgezonderd van de verzekeringsplicht voor de Zvw.

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'³ (zie hoofdstuk 3).

Zorgverzekeraars kunnen op het moment dat bij de aanvraag van een zorgverzekering twijfel bestaat over de verzekeringsplicht van een aspirant-verzekerde, de SVB verzoeken informatie te verstrekken over de verzekeringsstatus van betrokkene, om vast te stellen of hij AWBZ-verzekerde is en moet worden geaccepteerd voor de zorgverzekering.

In het kader van de wet 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' zet de SVB een positieve, actuele AWBZ-verzekerdenregistratie op, die aansluit bij een reeds in uitvoering zijnde opzet voor een SVB-volksverzekerdenadministratie (VVA). Op termijn streeft de SVB naar een volledige verzekerdenadministratie, waarin van alle relevante personen de actuele en de historische verzekeringsstatussen zijn geregistreerd. Dit is vooral voor de uitvoering van de Algemene ouderdomswet (AOW) van belang.

1.3 Conclusie

Met de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering (zie hoofdstuk 3) is geregeld dat één instantie, namelijk de SVB, exclusief bevoegd is om vast te stellen of iemand AWBZ-verzekerd is en daarmee verzekeringsplichtig voor de Zvw.

³ Stb. 2011, 111.

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

2.1 Inleiding

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

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

2.2 Getroffen maatregelen

Om het aantal wanbetalers terug te dringen en te voorkomen dat wanbetalers door de zorgverzekeraars geroyeerd zouden worden (en dan onverzekerd zouden worden), heeft VWS vrij snel na de invoering van de Zvw afspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de volledige uitvoering van de basisverzekering bij verzekerden met een betalingsachterstand langer dan zes maanden. Deze afspraken houden in dat zorgverzekeraars verzekerden met een betalingsachterstand verzekerd houden en hun incasso-inspanningen, naarmate de achterstand toeneemt, intensiveren. Als tegenprestatie voor het verzekerd houden van de wanbetalers compenseert VWS de zorgverzekeraars zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt. Daarnaast heeft VWS gezorgd voor een wettelijk verbod op opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand van minimaal een maandpremie (Wet versterken incassoregime⁴).

Om het ontstaan van betalingsachterstanden bij minima te signaleren en te voorkomen, wisselen gemeenten en verzekeraars gegevens uit. Gemeenten, verzekeraars en schuldhulpverleningsorganisaties kunnen, waar nodig, wanbetalers met een laag inkomen en/of met hoge schulden ondersteunen met bijvoorbeeld collectieve contracten, schuldhulpverlening, budgetbeheer of hulp bij het aanvragen van zorgtoeslag (of andere toeslagen).

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 getreden⁵.

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. Wanbetalers die langer dan zes maanden hun premie niet hebben betaald, worden door de verzekeraar aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ heft dan een bestuursrechtelijke premie die 130% is van de gemiddelde nominale premie. Deze bestuursrechtelijke premie wordt vervolgens zoveel mogelijk via het principe van bronheffing

⁴ Stb. 2007, 540.

⁵ Stb. 2009, 356.

ingehouden op het inkomen van de wanbetaler. Het CVZ heft deze bestuursrechtelijke premie totdat de wanbetaler zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, een afbetalingsregeling heeft getroffen of een stabilisatieovereenkomst is overeengekomen die hij nakomt en weer gewoon zijn premie aan de zorgverzekeraar betaalt. Met de wet werd beoogd een daling van het aantal wanbetalers te realiseren met circa 50 000 wanbetalers per jaar en het aantal nieuwe wanbetalers zoveel mogelijk te beperken.

Naar aanleiding van de inwerkingtreding van de wet zijn in oktober en november 2009 advertenties geplaatst in huis-aan-huisbladen, regionale dagbladen en Spits. In die advertenties werd ingegaan op de getroffen wettelijke maatregelen en de gevolgen van het niet-betalen van de premie voor de zorgverzekering. Verder vervult Stichting de Ombudsman in opdracht van het Ministerie van VWS een aantal voorlichtingsactiviteiten gericht op wanbetalers. Het gaat daarbij onder meer om algemene voorlichting, doelgroepgerichte voorlichting (aan jongeren en allochtonen) en het bieden van advies en hulp aan wanbetalers.

2.3 Wijze van monitoring door CBS

Vanaf 2006 wordt het aantal wanbetalers door het CBS gemonitord. Voor het monitoren van wanbetalers verkreeg het CBS tot en met 2009 van de verzekeraars opgave wie de wanbetalers zijn. Zorgverzekeraars stuurden daartoe het burgerservicenummer van de verzekerden die minimaal zes maanden geen premie voor hun zorgverzekering hebben betaald, naar het CBS. Vervolgens werd door een bestandsvergelijking op persoonsniveau met zowel de registratie van alle verzekerden (het RBVZ-bestand), als met de GBA, het aantal wanbetalers bepaald. Bij het inwerkingtreden van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering op 1 september 2009 heeft het CBS een zogenaamde nulmeting gedaan en het aantal wanbetalers op die datum vastgesteld.

Anders dan in de voorgaande edities van de monitor wordt met ingang van dit jaar voor de omvang van het aantal wanbetalers niet langer uitgegaan van de aantallen personen die met een premieachterstand van zes maanden bij een zorgverzekeraar zitten en geen zorgverzekeringspremie betalen, maar van de aantallen wanbetalers die bij het CVZ zijn aangemeld en in het bestuursrechtelijk premiereregime zitten. Alleen van personen die zijn opgenomen in het bestuursrechtelijk premiereregime, die op 31 december van het desbetreffende jaar ingeschreven staan in de GBA en die op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden van 18 jaar of ouder, worden door CBS achtergrondkenmerken verzameld. Voor het bepalen van deze achtergrondkenmerken maakt het CBS gebruik van het GBA en aanvullende bestanden over uitkeringen, studenten en ontvangen zorgtoeslag. Het CBS verstrekt van deze wanbetalers de achtergrondkenmerken die hierna zijn opgenomen.

2.4 Aantal wanbetalers

Op 31 december 2010 waren er bij het CVZ 282.054 wanbetalers aangemeld aan wie het CVZ bestuursrechtelijke premie oplegt. Hoewel dit een daling betekent ten opzichte van 2009, blijkt uit recente gegevens van het CVZ dat het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premiereregime oploopt.

Tabel 1

Aantal wanbetalers					
	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal wanbetalers (aan het einde van een jaar) bij zorgverzekeraars	190.210	240.250	256.690	318.460	0
Aantal wanbetalers (aan het einde van een jaar) bij CVZ	0	0	0	28.670	282.054

Het aantal over de jaren 2006 t/m 2009 geeft de wanbetalers weer die geen premie betaalden aan hun zorgverzekeraar. Sinds de inwerkingtreding van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering op 1 september 2009 zijn deze wanbetalers overgeheveld van de zorgverzekeraars naar het bestuursrechtelijk premiereregime bij het CVZ. Daarmee is het aantal wanbetalers met een achterstand van meer dan zes maanden en dat geen premie betaalt aan de eigen zorgverzekeraar, tot 0 gereduceerd.

Het aantal voor het jaar 2010 geeft de wanbetalers weer die in het bestuursrechtelijk premiereregime zijn opgenomen en waarbij het CVZ de premie int.

Het CBS heeft voor 244.210 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken verzameld.

2.5 Achtergrondkenmerken

Wanbetalers en leeftijd

Opvallend is het relatief hoge aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie van jongeren (18-25 jaar) en jongvolwassenen (25-35 jaar). In deze leeftijdscategorieën gaat het om respectievelijk 41.500 en 68.370 wanbetalers. Op latere leeftijd (vanaf 50+) verbetert het betalingsgedrag weer.

Tabel 2

Wanbetalers met een bestuursrechtelijke premie naar geslacht en leeftijd			
	Wanbetalers		
	Totaal	Mannen	Vrouwen
Totaal	244.210	149.190	95.020
w.v.			
18 tot 20 jaar	6.320	3.550	2.770
20 tot 25 jaar	35.180	20.060	15.120
25 tot 30 jaar	37.260	22.460	14.810
30 tot 35 jaar	31.110	19.560	11.550
35 tot 40 jaar	30.220	19.150	11.070
40 tot 45 jaar	29.940	18.590	11.350
45 tot 50 jaar	27.190	16.360	10.830
50 tot 55 jaar	20.140	12.390	7.750
55 tot 60 jaar	12.560	8.030	4.530
60 tot 65 jaar	7.970	5.190	2.780
65 tot 70 jaar	3.530	2.300	1.230
70 tot 75 jaar	1.580	1.020	570
75 tot 80 jaar	680	360	320
80 jaar en ouder	510	170	350

Bron: CBS

Wanbetalers en herkomst

Van de ruim 244 000 wanbetalers eind 2010 is 56% autochtoon en heeft 44% een allochtone afkomst. Ook hier is sprake van oververtegenwoordiging van jongeren en jongvolwassenen. Onderstaande tabel geeft het aantal autochtonen en allochtonen weer en de verdeling per land van herkomst.

Tabel 3

Wanbetalers naar herkomstgroepering en leeftijd					
	Wanbetalers				
	Totaal	18 tot 35 jaar	35 tot 50 jaar	50 tot 65 jaar	65 jaar en ouder
Totaal	244.210	109.870	87.350	40.670	6.310
w.v.					
Autochtonen	137.370	52.690	52.950	27.440	4.300
Allochtonen totaal	106.840	57.180	34.410	13.230	2.010
w.v.					
Marokkanen	12.810	9.050	3.110	520	130
Turken	13.030	7.260	4.820	800	160
Surinamers	20.570	10.860	6.560	2.800	360
Antillianen en Arubanen	12.810	7.370	3.720	1.550	180
Overige niet-westerse allochtonen	18.880	11.270	5.590	1.860	160
Overige Westerse allochtonen	28.740	11.380	10.620	5.710	1.030

Bron: CBS

2.6 Uitvoering van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering

Zorgverzekeraars Nederland en het CVZ hebben in de zomer van 2009 aangegeven dat een gefaseerde melding van wanbetalers door zorgverzekeraars van groot belang was voor ordentelijke uitvoering. Daarop is besloten dat zorgverzekeraars volgens een door het CVZ vastgesteld schema tot en met september 2010 het stuwmeer van wanbetalers zouden aanmelden.

In tabel 1 hierboven is aangegeven hoeveel wanbetalers inmiddels bij het CVZ zijn aangemeld.

Zorgverzekeraars blijven de bij hen achterblijvende mensen met een betalingsachterstand overeenkomstig de in het incassoprotocol en het tussen ZN en de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren (NVVK) overeengekomen convenant benaderen, zodat de instroom van wanbetalers bij het CVZ zoveel mogelijk beperkt blijft.

Van 45% van de wanbetalers werd per eind december 2010 bestuursrechtelijke premie aan de bron (inkomen, uitkering of bijstand) ingehouden. Van 55% van de wanbetalers werd de premie geheel geïnd door het CJIB omdat bronheffing niet kon plaatsvinden vanwege geen of onvoldoende inkomen.

Per 31 december 2010 is voor een bedrag van ruim € 258 miljoen aan bestuursrechtelijke premie opgelegd. Per die datum is ook daadwerkelijk € 102 miljoen betaald. Het aandeel in de bestuursrechtelijke premie dat door het CJIB per incasso wordt geïnd is relatief hoog.

Tabel 4

Bestuursrechtelijke premie in euro's		
	Opgelegd	Betaald
Broninhouding	85.240.640	66.369.241
CJIB 30%	10.774.974	2.071.927
CJIB volledig	138.344.621	15.395.495
SVB broninhouding	3.239.520	2.577.039
UWV broninhouding	200.636.772	15.569.794
Totaal	258.236.527	101.982.496

Eind december 2010 heeft het CVZ de volgende aantallen afmeldingen gemeld.

Tabel 5

Aantal afmeldingen	
Aantal wanbetalers in premie inning	282.054
Afmeldingen	
Niet meer verzekerd	6.338
Schuld voldaan	15.292
Overleden	528
Minnelijke Schuldhulpverlening	3.102
Wettelijke schuldsanering	1.683
Niet meer premieplichtig	6.864
Ten onrechte aangemeld	15.587
Totaal	49.394

Een wanbetaler wordt afgemeld bij het CVZ wanneer een stabilisatieovereenkomst wordt gesloten. Wanneer echter een stabilisatieovereenkomst door de wanbetaler niet wordt nagekomen, dan keert betrokkene terug naar het bestuursrechtelijke premieregime bij het CVZ. Onderstaande tabel geeft de aantallen in 2010 weer.

Tabel 6

Toepassing stabilisatieovereenkomst	
Lopende SOVK	7.147
Afgewezen SOVK	3.599
Totaal	10.746

2.7 Kosten wanbetalers

Zorgverzekeraars houden wanbetalers in de verzekering. Zij worden niet geroyeerd en dit voorkomt dat deze mensen onverzekerd raken. De eerste zes maanden premie-achterstand komt voor rekening van de zorgverzekeraar. Op grond van de afspraken, neergelegd in de Regeling zorgverzekering, dienen de zorgverzekeraars incassomaatregelen te nemen om zoveel mogelijk premie over deze maanden binnen te krijgen. De Tweede Kamer is hierover geïnformeerd in de brief van 2 maart 2011⁶. Na de zesde maand krijgen zorgverzekeraars compensatie voor de gedeelde premie-inkomsten voor verzekerden met meer dan zes maanden betalingsachterstand. Dit is de wanbetalerbijdrage. Dit bedrag wordt jaarlijks vastgesteld aan de hand van de opgegeven aantallen wanbetalers, en (achteraf) gecorrigeerd voor alsnog via incasso verkregen premiegelden.

De compensatie over 2009 is voorlopig bepaald op € 245 miljoen. Als zorgverzekeraars in latere jaren alsnog premie van wanbetalers ontvangen, wordt dit in mindering gebracht op toekomstige compensatie. De kosten van de uitvoering van de wet en de wanbetalerbijdrage worden betaald uit de opbrengsten van de bestuursrechtelijke premie.

2.8 Evaluatie

Tijdens de parlementaire behandeling van de wanbetalersregeling is toegezegd het parlement te informeren over de uitvoering van de wet voor de verzekerden die op het moment van inwerkingtreding van de wet al een premieachterstand hadden van meer dan zes maanden. Hiertoe vindt op dit moment een evaluatieonderzoek plaats.

Om de onafhankelijkheid van dit onderzoek te borgen wordt het uitgevoerd door een extern onderzoeksbureau. Daarbij wordt in beeld gebracht op welke wijze de verschillende fasen (preventieve werking, bronheffing en incasso, terugkeer en normalisering) van de wanbetalersregeling in de praktijk uitwerken. Tevens wordt gekeken naar de rol van zorgverzekeraars in het voortraject (tot zes maanden) en bij de uitstroom uit het bestuursrechtelijk regime.

Het onderzoek is in maart van dit jaar gestart en zal naar verwachting in augustus worden afgerond. De Tweede Kamer zal na de zomer worden geïnformeerd over de uitkomsten van de evaluatie en de beleidsmatige consequenties die daaruit voortvloeien.

2.9 Conclusie

Om het aantal wanbetalers terug te dringen en te voorkomen dat wanbetalers door de zorgverzekeraars geroyeerd worden (en hiermee onverzekerden zouden worden) zijn vrij snel na de invoering van de Zvw maatregelen getroffen, die hierboven zijn opgesomd. Het voorlopige sluitstuk van deze maatregelen vormt de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering.

In 2009 en 2010 hebben zorgverzekeraars volgens een door het CVZ vastgesteld schema tot en met september 2010 het stuwmeer van wanbetalers aangemeld. Op 31 december 2010 waren er geen wanbetalers met een premieachterstand van meer dan zes maanden bij een zorgverzekeraar, tenzij betrokkenen een afbetalingsregeling hebben getroffen waarbij de opkomende maandpremies worden betaald. Hun aantal is onbekend.

Van de wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime wordt de premie geïnd door het CVZ.

⁶ Kamerstukken II 2010/11, 31 736, nr. 15

HOOFDSTUK 3. ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding

Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering⁷ (hierna: de wet) in werking getreden. Deze wet heeft tot doel om het aantal onverzekerden terug te dringen. Sinds de invoering van de Zvw moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekeringsovereenkomst hebben. Verzekeringsplichtigen die niet aan hun Zvw-verzekeringplicht voldoen en nalaten een zorgverzekeringsovereenkomst te sluiten, zijn onverzekerd. Uit de cijfers van het CBS van 29 maart 2011 blijkt dat er op 1 mei 2010 136.450 onverzekerden waren.

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 onverzekerd zijn mogelijk gevolgen heeft voor de volksgezondheid omdat onverzekerden daardoor zorg zouden kunnen mijden. Daardoor zou bovendien de gezondheidszorg met onnodige kosten kunnen worden opgezaaid.

De wet staat niet op zichzelf, maar is onderdeel van het totale wetgevingscomplex voor de financiering van de zorg in Nederland. Het gaat daarbij om de sociale verzekeringen van de Zvw en AWBZ. Inmiddels zijn verschillende wettelijke maatregelen getroffen met betrekking tot illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen en wanbetalers, die respectievelijk op 1 januari en 1 september 2009 in werking zijn getreden. Met de inwerkingtreding van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering is het hele raamwerk van wetgeving voor de financiering van de zorg in Nederland op 15 maart 2011 afgerond.

De maatregelen van de wet

Nu de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering in werking is getreden worden verzekeringsplichtigen zonder zorgverzekering via bestandskoppeling opgespoord.

Voor de actieve opsporing is allereerst van belang te weten wie er verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw. Dit is iedereen die verzekerd is voor de AWBZ (uitgezonderd zijn militairen in werkelijke dienst en gemoedsbezwaarden). Om de Zvw-verzekeringsplichtigen te kennen, is het dus van belang te weten wie er AWBZ-verzekerd zijn. Tot eind 2010 bestond er geen AWBZ-verzekerdenbestand. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de SVB een positieve, actuele AWBZ-verzekerdenregistratie opgebouwd die aansluit bij een reeds in uitvoering zijnde opzet voor een SVB-volksverzekerdenadministratie (VVA).

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

⁷ Stb. 2011, 111.

Met de wet worden de volgende maatregelen genomen:

1. Aanschrijving door CVZ

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

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

2. Boete(s)

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

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

3. Ambtshalve verzekering

Indien bij een volgende bestandsvergelijking blijkt dat onverzekerden na twee boetes nog altijd onverzekerd zijn, dan verzekert het CVZ hen ambtshalve bij een zorgverzekeraar.

Om te voorkomen dat betrokkene onmiddellijk na ambtshalve verzekering zijn premie niet betaalt, zal betrokkene gedurende een periode van twaalf maanden een bestuursrechtelijke premie verschuldigd zijn van 100% van de standaardpremie (in totaal ongeveer 1350 euro). Deze premie zal indien mogelijk door middel van bronheffing worden geïnd. Een ambtshalve verzekerde kan zich op deze manier niet onmiddellijk aan premiebetaling onttrekken.

In paragraaf 3.6 wordt ingegaan op de eerste ervaringen van het CVZ met de uitvoering.

3.2 Wijze van monitoring door het CBS

Het CBS heeft het in kaart brengen van het aantal onverzekerden opgenomen in haar reguliere takenpakket, waardoor zij jaarlijks het aantal onverzekerden presenteert.

Het CBS heeft het aantal onverzekerden in beeld gebracht door middel van een confrontatie op persoonsniveau van de registratie van alle Zvw-verzekerden met de GBA. Door de koppeling op persoonsniveau van de verschillende registraties is het mogelijk om kenmerken van de groep onverzekerden te presenteren. Het cijfer dat gepresenteerd wordt, betreft het aantal personen dat onverzekerd is op de peildatum en een half jaar na de peildatum nog steeds onverzekerd is. De personen die zich binnen een half jaar na de peildatum alsnog verzekerd hebben, geëmigreerd zijn of anderszins uitgeschreven zijn uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) worden niet tot deze groep onverzekerden gerekend. Bij deze methode heeft het CBS bepaalde groepen die geen basisverzekering hoeven af te sluiten niet gerekend tot het aantal onverzekerden. Het gaat daarbij

om militairen, gemoedsbezwaarden, asielzoekers, personen die in het buitenland werken en daar verzekerd zijn, personen die vanuit het buitenland naar Nederland gedetacheerd zijn en buitenlandse studenten die uitsluitend om studieredenen naar Nederland zijn gekomen. Onverzekerden onder grensarbeiders die in het buitenland wonen en in Nederland werken en Zvw-verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen blijven buiten beschouwing omdat zij niet in de GBA staan ingeschreven.

3.3 Aantal onverzekerden

Uit de publicatie van het CBS van 29 maart 2011 blijkt dat het aantal onverzekerden op 1 mei 2010 licht is gedaald naar 136.450, ten opzichte van het aantal onverzekerden op 1 mei 2009; toen waren er 152.240 onverzekerden.

In onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van het aantal onverzekerden in de loop der jaren.

Tabel 7

Peildatum	Aantal onverzekerden	% van de verzekeringsplichtigen
1 mei 2010	136.450	0,8%
1 mei 2009	152.240	0,9%
1 mei 2008	153.000	0,9%
1 mei 2007	151.000	0,9%
1 mei 2006	173.000	1,1%
31 december 2005 (Ten tijde van de Ziekenfondswet)	242.000 ⁸	1,5%

3.4 Achtergrondkenmerken

Het CBS heeft op verzoek van VWS naast de aantallen onverzekerden, tevens een analyse over de achtergrondkenmerken van de onverzekerden uitgebracht over 2010. Hierdoor is meer inzicht verkregen in de specifieke groepen onverzekerden.

Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel heeft de Eerste Kamer verzocht om verbeteringen aan te brengen in de VWS-verzekerdenmonitor, waardoor meer inzicht wordt verkregen in de samenstelling van de groep onverzekerden. Bij brief van 8 april 2011⁹ heeft de minister de Kamer laten weten bij het opstellen van toekomstige VWS-verzekerdenmonitors zo goed mogelijk aan dat verzoek tegemoet te willen komen. Hiertoe wordt in overleg met het CBS en het CVZ bezien op welke wijze de achtergrondkenmerken van onverzekerden beter in beeld kunnen worden gebracht, waardoor beter inzicht in deze groep kan worden verkregen.

In deze VWS-verzekerdenmonitor kan nog niet geheel aan de wens van de Kamer tegemoet worden gekomen. Als gevolg van de inwerkingtreding van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering is het per 15 maart jl., door middel van bestandsvergelijking mogelijk geworden om de onverzekerden individueel te herleiden. Echter, de gegevens die het CBS nodig heeft om achtergrondkenmerken voor onverzekerden in beeld te brengen zijn voor 2011 nog niet beschikbaar.

Achtergrondkenmerken onverzekerden op 1 mei 2010

Op 1 mei 2010 waren er ruim 136 duizend onverzekerden tegen ziektekosten. Dit is 10% minder dan in 2009. Het aandeel onverzekerden onder de inwoners van Nederland is hiermee gedaald van 0,9 naar 0,8 procent. Bijna 60 procent van alle onverzekerden is tussen de 20 en 40 jaar. Mannen zijn, evenals in voorgaande jaren, vaker onverzekerd dan vrouwen. Bijna vier op de vijf onverzekerden is allochtoon. Het aantal onverzekerden onder Antillianen en Arubanen is het sterkst gedaald.

Onder het totaal aantal onverzekerden bevinden zich 9600 studenten van hoger onderwijs.

⁸ Kamerstukken II 2006/07, 29 689, nr. 107.

⁹ Kamerstukken I 2010/11, 32 150, F.

In onderstaande tabel is aangegeven hoeveel onverzekerden een uitkering hebben in 2010 en wat voor soort uitkering.

Tabel 8

Onverzekerden met uitkering	
Personen met arbeidsongeschiktheidsuitkering	1.130
Personen met bijstandsuitkering	1.610
Personen met werkloosheidsuitkering	1.030
Personen met IOAW / IOAZ-uitkering	20
Totaal personen met een uitkering	3.770

In onderstaande kaart en bijbehorende tabel is het aantal onverzekerden in 2010 per provincie aangegeven.

Tabel 9

Onverzekerden; tegen ziektekosten naar provincie



© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 25-05-2011

Totaal mannen en vrouwen	Nederland	136450
	Groningen	4360
	Friesland	2700
	Drenthe	1650
	Overijssel	6390
	Flevoland	2900
	Gelderland	12610
	Utrecht	7270
	Noord-Holland	30110
	Zuid-Holland	42620
	Zeeland	2520
	Noord-Brabant	12700
	Limburg	10600

Nadere uitsplitsing onverzekerde allochtonen

In de onderstaande schema's zijn de allochtonen uitgesplitst naar land van herkomst.

Tabel 10

Onverzekerden naar herkomst		
	Land van herkomst	Aantal onverzekerden 1 mei 2010
	Totale bevolking	136.450
	Autochtoon	29.130
	Totaal allochtoon	107.310
Westerse landen	Duitsland	10.680
	Polen	6.490
	Bulgarije	4.550
	Verenigde Staten van Amerika	4.130
	Verenigd Koninkrijk	3.960
	Indonesië	3.530
	Voormalig Sovjet-Unie	3.210
	Frankrijk	2.890
	Japan	2.450
	Spanje	2.130
	Italië	2.040
	België	2.030
	Roemenië	1.690
	Voormalig Joegoslavië	1.420
Niet-westerse landen	China	5.030
	Nederlandse Antillen en Aruba	4.920
	Turkije	4.370
	Suriname	3.280
	Marokko	2.800
	India	1.490

3.5 Voorlichting

Campagne inwerkingtreding wet

Het Ministerie van VWS heeft in het kader van de inwerkingtreding van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering een voorlichtingscampagne gehouden. Het doel van deze voorlichtingscampagne was de bevolking te informeren over de gevolgen van genoemde wet. Daarnaast heeft de voorlichtingscampagne tot doel gehad onverzekerden aan te sporen zich alsnog te verzekeren, voordat zij worden opgespoord. De aangenomen Motie Smilde¹⁰ maakte het mogelijk dat onverzekerden die zich tussen aanneming van de wet en start van de uitvoering alsnog verzekerden niet met een boete werden geconfronteerd over de periode waarin zij onverzekerd zijn geweest.

De campagne "Ik zoek dekking" richtte zich op de omgeving van de onverzekerden, aangezien de individuele onverzekerden niet bekend waren. Voor het bereik van de doelgroep is ingezet op: massamedia: radio, dagbladen en online en drukbezochte internetsites. Radio (3FM, 538, Veronica e.v.) Inzet is drie weken lang, 3-4 spots per dag geweest.

Daarnaast zijn er advertenties in de grootste landelijke dagbladen opgenomen (Telegraaf, AD, alle regionale dagbladen, Spits en Metro). Tot slot heeft er een homepage takeover plaats gevonden op de websites van telegraaf.nl en nu.nl.

De campagne heeft gelopen van 23 februari tot en met 15 maart 2011.

¹⁰ Kamerstukken II 2009/10, 32150, nr.9



Brochures

Het Ministerie van VWS heeft de brochure die was ontwikkeld voor nieuw ingezetenen "Verplichte zorgverzekering in Nederland", waarin zij worden gewezen op de Zvw-verzekeringsplicht, vernieuwd en in een nieuw jasje gestoken.

Deze brochure is aan alle gemeenten toegestuurd en wordt veelvuldig door gemeenten opgevraagd. Een eerste herdruk van 10.000 exemplaren bleek al snel noodzakelijk.

De informatie in de brochure is in negen talen vertaald.

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

Pilot

Op 22 februari jl. heeft de Eerste Kamer (EK) ingestemd met het wetsvoorstel actieve opsporing onverzekerden. Tijdens het plenaire debat in de EK over het wetsvoorstel heeft de minister toegezegd om nog meer aan preventie te zullen gaan doen, met als doel voorkomen dat mensen opgespoord dienen te worden, doordat betrokkenen tijdig zelf een zorgverzekering sluiten. Om hier invulling aan te geven wil de minister een pilot houden onder een aantal gemeenten. Met de pilot moet onderzocht worden of gemeenten al dan niet een rol zouden moeten spelen bij het sluiten van een zorgverzekering voor nieuw geboren en immigranten. Momenteel wordt een aantal gemeenten benaderd om deel te nemen aan de pilot.

De Gemeente Naarden heeft reeds aangegeven belangstelling te hebben voor zo'n pilot. De Kamer zal nader over de voortgang worden geïnformeerd.

Stichting De Ombudsman

Tot de inwerkingtreding van de wet zijn door Stichting de Ombudsman verdergaande voorlichtingsactiviteiten ingezet die gericht zijn op specifieke groepen. Het doel hiervan was om het aantal

onverzekerden zoveel mogelijk terug te dringen voordat de onverzekerden actief werden opgespoord.

Stichting De Ombudsman heeft aangegeven het volgende te hebben gedaan aan voorlichting. De voorlichtingsactiviteiten waren er voornamelijk op gericht om mensen te informeren over het verplichte karakter van de zorgverzekering en over de gevolgen van het onverzekerd zijn. Ook is gewezen op de mogelijkheid om zorgtoeslag aan te vragen.

Er zijn diverse voorlichtingmiddelen ingezet: flyers, voorlichting op locatie, media-aandacht en een speciale website. Met behulp van de aangeboden informatie kunnen mensen zelf overgaan tot het afsluiten van een zorgverzekering of het aanvragen van zorgtoeslag. Op de speciale zorgverzekeringslijn (0800 6464644) en per mail via www.zorgverzekeringslijn.nl konden mensen advies op maat krijgen en/of bemiddeling. Ook zijn vele malen vrijwilligers op huisbezoek geweest.

In totaal zijn er 200.000 flyers verstuurd naar intermediairs als huisartsen, ziekenhuizen, apotheken, buurthuizen, maatschappelijk werk, voedselbanken, juridisch loketten, gemeenten, bibliotheken, kerken, moskeeën, verenigingen en scholen. Regelmatig werden flyers nabesteld.

Doelgroepgerichte voorlichting aan onverzekerden

De volgende doelgroepen kregen specifieke voorlichting en hulp:

- a. Gezinnen met kinderen
- b. Allochtonen
- c. Jongeren
- d. Dak- en thuislozen

Gezinnen met kinderen

Speciale flyers worden ontwikkeld om ouders erop te wijzen dat zij hun pasgeboren kinderen binnen vier maanden moeten aanmelden bij een zorgverzekeraar. Kinderen zijn niet automatisch verzekerd.

Ook was er aandacht voor thuiswonende kinderen die vanaf achttien jaar premieplichtig zijn. Zij hebben vanaf die datum recht op zorgtoeslag, waarbij alleen naar hun inkomen wordt gekeken en niet naar het gezinsinkomen.

De flyers zijn met begeleidend materiaal voor de dienstverlenende instanties verstuurd naar onder meer huisartsenposten, apotheken, gemeenten, bureaus Jeugdzorg en consultatiebureaus.

Allochtonen

Om allochtonen te bereiken zijn pakketten met informatie over de zorgverzekering in diverse talen (Arabisch, Turks, Engels en Frans) gestuurd naar moskeeën en organisaties van allochtonen. Ook zijn deze organisaties gewezen op de mogelijkheid om voorlichtingsbijeenkomsten te organiseren met een tolk. Tijdens die bijeenkomsten is praktische informatie verstrekt over het afsluiten van een zorgverzekering en het aanvragen van zorgtoeslag.

Informatie in verschillende talen was ook verkrijgbaar via de website www.zorgverzekeringslijn.nl. Op een 'Bel-me-terugformulier' konden zij aangeven of zij teruggebeld wilden worden in hun eigen taal.

Jongeren

Jongeren zijn vanaf achttien jaar premieplichtig. Vooral voor thuiswonende jongeren is het niet altijd duidelijk dat zij ook recht hebben op zorgtoeslag: het gezinsinkomen blijft buiten beschouwing. Om deze boodschap en het belang van een zorgverzekering over te brengen aan jongeren zijn er speciale kaarten '18 jaar!' ontwikkeld en verstuurd naar scholen, jongerenorganisaties en jongerencentra. In de begeleidende brief heeft De Ombudsman aangeboden om voorlichtingsbijeenkomsten te organiseren op de scholen en de jongeren te informeren over de zorgverzekering. Ook werden er via de website, gericht op jongeren, lesmateriaal en opdrachten geplaatst die docenten in hun lessen konden gebruiken. Voor jongeren is er een kennisquiz ontwikkeld.

Verder heeft De Ombudsman op verschillende jongerenfora op internet informatie geplaatst over het kiezen van een zorgverzekering en wat er allemaal bij komt kijken.

Dak- en thuislozen

Het ontbreken van een inschrijving bij de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) maakt dat zorgverzekeraars dak- en thuislozen – hoewel ten onrechte - niet altijd accepteren. De Ombudsman heeft zorgverzekeraars gewezen op dit punt. In individuele situaties werd bemiddeld. Een speciale folder voor dak- en thuislozen is met begeleidend materiaal voor de hulpverlener verstuurd naar daklozenopvangcentra, naar maatschappelijk werk en naar gemeenten. Met Stichting Zwerfjongeren Nederland is contact gezocht om ook zwerfjongeren van praktische informatie te voorzien en hulp aan te bieden.

Stichting de Ombudsman heeft bijgehouden welke vragen het meest door onverzekerden zijn gesteld. Het betrof de onderstaande vragen:

- 1) Hoe zit het als ik me aanmeld voor een zorgverzekering? Krijg ik een boete?
- 2) Geldt de zorgverzekering ook voor mij? (Veel verschillende situaties: werken in het ene land en wonen in het andere land; studeren en tijdelijk werken; tijdelijk verblijf; in het bezit van een verzekering tegen ziektekosten)
- 3) Kan ik een verzekering krijgen zonder GBA? (In veel gevallen was er al contact geweest met diverse zorgverzekeraars)

Waarom onverzekerd?

In onderstaande overzichten is in percentages weergegeven waarom contact is gezocht met de zorgverzekeringslijn van De Ombudsman en wat de reden van het niet hebben van een zorgverzekering is.

In onderstaand overzicht is weergegeven waarom contact is gezocht met Stichting De Ombudsman.

(n=1402)

Reden contact met St. de Ombudsman	Percentage
Onverzekerd	28%
Betalingsachterstand	50%
Probleem met zorgverzekeraar	13%
Overstappen	4%
Boete	5%
Totaal	100%

Toelichting op de tabel

De meeste mensen nemen contact op met de zorgverzekeringslijn van Stichting De Ombudsman omdat ze betalingsachterstanden hebben en willen weten wat ze daaraan kunnen doen. Veelal blijkt dat de schuld aan de zorgverzekeraar niet de enige schuld is. De enige optie is dan het aanvragen van schuldhulpverlening, zonodig met ondersteuning van vrijwilligers van De Ombudsman.

Daarna volgen de mensen die onverzekerd zijn en advies willen bij de keuze van een zorgverzekering en vragen hebben over de boete die ze riskeren, als ze zich aanmelden bij een zorgverzekeraar.

In onderstaand overzicht is weergegeven welke reden is opgegeven aan Stichting De Ombudsman voor het niet hebben van een zorgverzekering.

(n=392)

Reden onverzekerd	Percentage
Uit het buitenland	27%
Financieel	16%
Dak- of thuisloos	14%
Verandering leefsituatie	12%
Onwetendheid	10%
Psychisch	6%
Jongere	6%
Tijdelijk verblijf buitenland	5%
Illegaal	4%
Totaal	100%

Toelichting op de tabel

De meeste mensen die onverzekerd waren, kwamen uit het buitenland. Voor hen is niet altijd duidelijk hoe ons zorgstelsel in elkaar zit en wanneer zij verzekeringsplichtig zijn. Daarnaast zijn financiële redenen de belangrijkste reden om geen zorgverzekering af te sluiten. Mensen sluiten geen zorgverzekering af omdat ze geen of een te laag inkomen hebben of kampen met schulden.

Dienstverlening zorgverzekeraars

Stichting De Ombudsman benadert zorgverzekeraars en hulpverlenende instanties actief om ervoor te zorgen dat onverzekerden een zorgverzekering kunnen afsluiten. In dat kader heeft De Ombudsman een onderzoek gedaan naar de dienstverlening van zorgverzekeraars aan verzekerden en aan kandidaat-verzekerden. Via een enquête is het beleid van de zorgverzekeraars onder de loep genomen en 'mystery guests' zijn ingezet om de klantenservice van zorgverzekeraars te bevragen, onder meer over de GBA-inschrijving, de boete aan onverzekerden, de aanmelding van ex-gedetineerden en aanvullende verzekeringen. Uit het onderzoek blijkt dat de klantenservice vaak verkeerde of onvolledige informatie verstrekt, waardoor mensen op het verkeerde been worden gezet.

De onderzoeksresultaten zijn in maart 2010 gepubliceerd en aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Tijdens een bijeenkomst met de zorgverzekeraars zijn de gesignaleerde knelpunten besproken, met als doel de kwaliteit van de dienstverlening aan verzekerden en kandidaat-verzekerden te verbeteren.

De minister heeft in dit kader overleggen gevoerd met ZN en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Met haar brief van 11 mei 2011¹¹ heeft de minister richting de kamer gereageerd op het onderzoek van Stichting De Ombudsman.

3.6 Eerste ervaringen met de uitvoering van de wet

De uitvoering van de wet is opgedragen aan het CVZ.

De bestandsvergelijking tussen het bestand van AWBZ-verzekerden met het RBVZ wordt in opdracht van het CVZ door de SVB verricht. De aanschrijving van de onverzekerden en het opleggen van de boetes en de last vindt plaats door 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 worden aangeschreven in maandelijkse tranches van 25.000, om een goede uitvoering te waarborgen.

Mei 2011 zijn er reeds 60.000 onverzekerden aangeschreven. Het CVZ heeft tot nu toe naar aanleiding van de eerste aanmaningsbrief bijna 10.000 telefoontjes en 2.000 mails ontvangen. Er zijn 14 mensen in bezwaar gegaan en 4 onverzekerden hebben een klacht ingediend. De meeste klantreacties bestonden uit "ik ben niet AWBZ-verzekerd" en "ik heb al een zorgverzekering".

¹¹ Kamerstukken II 2010/11, 32 150, nr. 14.

Geconcludeerd kan worden dat de uitvoering goed verloopt.
In november 2011 zullen alle onverzekerden zijn aangeschreven.

3.7 Kosten onverzekerden

Uit de cijfers van het CBS van 29 maart 2011 blijkt dat er op 1 mei 2010 136.450 verzekeringsplichtigen onverzekerd zijn. Zij betalen geen nominale premie. In totaal is hierdoor circa 135 miljoen euro aan nominale premie misgelopen in 2010. Onverzekerden betalen wel inkomensafhankelijke premie.

3.8 Conclusie

Uit de cijfers van het CBS van 29 maart 2011 blijkt dat er op 1 mei 2010 136.450 verzekeringsplichtigen onverzekerd zijn.

De regering is van mening dat het ongewenst is dat er een situatie bestaat waarbij een deel van de verzekeringsplichtigen zich kan onttrekken aan de verzekeringsplicht. Op 15 maart 2011 is de wet 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' in werking getreden, waarmee onverzekerden tegen ziektekosten actief worden opgespoord en aangemaand een zorgverzekering te sluiten. Hiermee wordt het aantal onverzekerden teruggedrongen.

Inmiddels heeft het CVZ 60.000 onverzekerden opgespoord en aangeschreven. De uitvoering verloopt goed.

HOOFDSTUK 4. VERDRAGSGERECHTIGDEN

4.1 Inleiding

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

Tot 1 januari 2006 waren de Verordening en de verdragen uitsluitend van toepassing op ziekenfondsverzekerden, omdat alleen op die groep het totaal van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering, de AWBZ en de Ziekenfondswet (Zfw), van toepassing was. Met de invoering van de Zvw is vanaf 1 januari 2006 het totaal van de sociale ziektekostenverzekering van toepassing op iedereen die in Nederland woont of in Nederland werkt. De Zvw is, ondanks het privaatrechtelijke karakter, ondubbelzinnig een sociale verzekering. Juist om het sociale karakter van de Zvw veilig te stellen, heeft Nederland een beroep gedaan op de uitzonderingsbepaling in de Europese Schaderichtlijnen, zodat voorschriften kunnen worden gesteld met betrekking tot (onder andere) de acceptatie, de dekkingsomvang en de premiestelling van de verzekering. Hiertoe heeft Nederland het personele bereik van de sociale ziektekostenverzekering en het personele bereik van de Verordening uitgebreid.

Verdragsrecht

Als gevolg van de genoemde uitbreiding van het personele bereik van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering zijn de Verordening en de verdragen dwingendrechtelijk van toepassing geworden op alle werknemers en hun gezinsleden die zich binnen de EU verplaatsen, en op alle rechthebbenden op een Nederlands wettelijk pensioen (in de zin van de Verordening en de verdragen) alsmede hun gezinsleden die in een EU/EER-lidstaat of een verdragsland wonen. Dit is op 14 oktober 2010 bevestigd door het Europees Hof van Justitie in het arrest Van Delft.¹²

Grensarbeiders en hun gezinsleden

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

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

Gepensioneerden en hun gezinsleden

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

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

¹² Zaak C-345/09 (Van Delft e.a.), Pb EU C 346 van 18 december 2010.

Woonlandpakket

In de gevallen waarin op grond van de Verordening of een verdrag recht bestaat op zorg, gaat het altijd om de zorganspraken zoals die zijn geregeld volgens de sociale ziektekostenverzekering van het land waar die zorg wordt ingeroepen. Dus een verdragsgerechtigde die zorg inroept in zijn woonland krijgt de zorg zoals die is geregeld in het woonlandpakket, ten laste van Nederland. Hiertoe wordt jaarlijks door het land dat het wettelijk pensioen uitkeert, Nederland, een bedrag aan het desbetreffende woonland betaald. Tegenover dit financiële risico dat Nederland draagt, staat dat Nederland een bijdrage mag heffen bij de betrokkenen. De bijdrage bestaat uit drie componenten en is vastgesteld overeenkomstig de wijze waarop de premie is samengesteld voor mensen die in Nederland verzekerd zijn. Het totaal van deze componenten wordt vermenigvuldigd met de woonlandfactor. Dit is het verhoudingsgetal tussen de gemiddelde kosten van zorg in het woonland en de gemiddelde kosten van zorg in Nederland.

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

De introductie van de woonlandfactor is een belangrijke tegemoetkoming geweest aan de verdragsgerechtigden om te komen tot een aanvaardbare berekeningswijze van de verdragsbijdrage. Met deze introductie is ook tegemoetgekomen aan de motie Schippers¹³ en aan de uitspraak in kort geding van de Rechtbank te 's Gravenhage van 31 maart 2006¹⁴.

4.2 Aantal verdragsgerechtigden

Het aantal personen, dat in het woonland een verdragsrecht op zorg had ten laste van Nederland voor de invoering van de Zvw was 97 000. In 2011 is dat aantal afgerond 204 000.

Hieronder volgt een uitsplitsing van deze aantallen naar categorie. Tabel 11 bevat een uitsplitsing van de verdragsgerechtigden naar woonland.

Tabel 11

Aantal verdragsgerechtigden				
Categorie	2011	2010	2009	(Zfw)2005
Grensarbeiders/werknemers (Zvw verzekerd) ¹⁵	69.089	74.973	76.273	33.107
Gezinsleden van grensarbeiders/werknemers	28.985	29.633	28.647	5.282
Achtergebleven gezinsleden van grensarbeiders/werknemers ¹⁶	5.656	5.682	5.858	6.922
Gepensioneerden	76.019	73.693	72.620	32.354
Gezinsleden van gepensioneerden	24.053	24.918	25.423	18.827
Achtergebleven gezinsleden van gepensioneerden ¹⁷	32	38	40	50
Totaal	203.834	208.937	208.861	96.542

4.3 Kosten verdragsgerechtigden

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

¹³ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 52.

¹⁴ Stichting Belangenbehartiging Nederlandse Gepensioneerden in het buitenland en enige individuele belanghebbenden tegen de Staat der Nederlanden (KG 06/125).

¹⁵ Grensarbeiders/werknemers die in Nederland werken zijn Zvw-verzekerd.

Zij betalen derhalve geen verdragsbijdrage maar zijn premie verschuldigd aan hun zorgverzekeraar.

¹⁶ Het gaat hier om gezinsleden die in een ander land wonen dan de grensarbeider/werknemer zelf.

¹⁷ Het gaat hier om gezinsleden die in een ander land wonen dan de gepensioneerde zelf.

Over 2010 betaalden verdragsgerechtigden in totaal € 92 miljoen verdragsbijdrage en Nederland betaalde voor hen in de vorm van gemiddelde kostenbedragen in totaal € 137 miljoen aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan betrokkenen. Een nadere uitsplitsing wordt geboden in de onderstaande tabellen.

Tabel 12

Land	Bijdragen verdragsgerechtigden				Ontvangen bijdragen 2010 (€) ¹⁸
	Verdragsgerechtigden				
	Totaal	Grensarbeiders, werknemers ¹⁹	Verdragsgerechtigden (waarvan betalend) ²⁰		
<i>EU/EER/Zwi.</i>					
België	61.527	34.146	37.381	(18.434)	27.706.105
Bulgarije	69	0	69	(68)	7.648
Cyprus	85	1	84	(84)	32.175
Denemarken	79	7	72	(72)	152.292
Duitsland	53.598	29.000	24.598	(15.320)	20.738.859
Estland	3	1	2	(2)	429
Finland	50	11	39	(37)	65.554
Frankrijk	8.619	565	8.054	(7.573)	17.832.547
Griekenland	991	24	967	(915)	595.280
Hongarije	849	339	510	(487)	180.174
Ierland	314	3	311	(300)	848.239
IJsland	4	0	4	(4)	6.768
Italië	1.697	58	1.639	(1.586)	2.012.496
Letland	24	9	15	(11)	1.629
Liechtenstein	0	0	0		0
Litouwen	38	21	17	(17)	3.984
Luxemburg	183	15	168	(159)	305.533
Malta	132	3	129	(129)	89.910
Noorwegen	123	10	113	(108)	403.946
Oostenrijk	656	58	598	(574)	976.579
Polen	6.189	3.296	2.893	(1.416)	78.541
Portugal	2.621	44	2.577	(2.519)	1.892.675
Roemenië	115	27	88	(82)	7.367
Slovenië	51	2	49	(47)	32.377
Slowakije	658	560	98	(60)	10.051
Spanje	12.602	142	12.460	(12.200)	11.772.828
Tsjechië	708	494	214	(171)	81.323
Ver. Koninkrijk	1.406	105	1.301	(1.191)	2.225.756
Zweden	471	34	437	(405)	895.776
Zwitserland	767	83	684	(649)	857.075
<i>Bilateraal</i>					
Bosnië-Herzegovina	497	0	497	(482)	47.639
Kaapverdië	1.623	7	1.616	(1.514)	66.030
Kroatië	429	1	428	(416)	137.460
Macedonië	151	0	151	(150)	12.841
Marokko	20.799	0	20.799	(17.821)	373.657
Tunesië	820	0	820	(771)	23.810
Turkije	24.248	23	24.225	(22.473)	1.444.073
Voormalige Rep. Joegoslavië					
• Kosovo	2	0	2	(2)	-

¹⁸ De verdragsbijdragen uit Bosnië-Herzegovina en Rep. Srpska zijn getotaliseerd bij Bosnië-Herzegovina. De verdragsbijdragen uit Kosovo, Servië en Vojvodine zijn getotaliseerd bij Servië.

¹⁹ Deze personen zijn AWBZ-verzekerd en Zvw-verzekeringsplichtig en zijn derhalve geen verdragsbijdrage verschuldigd. Zij hebben op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening echter wel recht op het woonlandpakket (verdragsrecht).

²⁰ Verdragsgerechtigden onder de 18 jaar betalen, net als Zvw-verzekerden, geen nominale bijdrage.

•Montenegro	34	0	34	(32)	1.458
•Servië	465	0	465	(458)	49.057
•Vojvodine	137	0	137	(134)	-
Totaal	203.834	69.089	134.745	(108.873)	91.969.940

Tabel 13

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

4.4 Uitvoering

Het CVZ is belast met de uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen. Dit betekent enerzijds de administratie van de verdragsgerechtigden en de inning van de verdragsbijdragen, anderzijds 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. Verder is het CVZ belast met de afgifte van 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. Waar de meeste Nederlandse zorgverzekeraars deze kaart slechts op verzoek afgeven, gaat de dienstverlening van het CVZ een stap verder: alle verdragsgerechtigden hebben de EHIC toegezonden gekregen. Verder stuurt het CVZ in het kader van de inning van de verdragsbijdrage aan alle verdragsgerechtigden een jaarafrekening.

4.5 Relevante ontwikkelingen

Nieuwe berekening verdragsbijdrage en zorggebruik in Nederland

Zoals in de Verzekerdenmonitor 2009 is gememoreerd bevat de Verordening, ten opzichte van zijn voorganger Verordening nr. 1408/71, twee nieuwigheden:

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

In het Masterplan buitenland (over de internationale gevolgen van de Zvw)²¹ en de wijzigingen van de Regeling zorgverzekering tot vaststelling van de woonlandfactoren voor 2008 en 2009 is reeds aangegeven dat deze ontwikkelingen nauwlettend gevolgd zullen worden en mogelijk kunnen leiden tot een hogere verdragsbijdrage.

Het orgaan van tijdelijk verblijf, dat de zorg voor de genoemde groepen in Nederland organiseert, heeft met betrekking tot het zorggebruik van gezinsleden van grensarbeiders/werknemers in Nederland over de jaren 2006-2010 de volgende gegevens kunnen vastleggen:

Tabel 14

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal personen	530	1.750	2.500	3.039	3.340
Totaal €	€ 421.000	€ 1.750.000	€ 3.310.000	€ 3.314.996	€ 4.983.613

Waar in 2006 nog bescheiden gebruik werd gemaakt van de mogelijkheid om zorg in Nederland te halen, nam dit in volgende jaren nadrukkelijk toe. In 2010 is het zorggebruik wederom gestegen.

De onderstaande tabel brengt het totale zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland in 2010 in beeld. Dit betreft dus zowel de gezinsleden van grensarbeiders/werknemers als – sinds 1 mei 2010 – gepensioneerden en hun gezinsleden.

Tabel 15

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland		
Woonland	Aantal verdragsgerechtigden	Kosten
België	2.304	2.923.142,34
Bulgarije	1	27,38
Cyprus	9	3.516,05
Duitsland	2.307	3.083.559,40
Denemarken	3	654,99
Spanje	510	417.908,89
Frankrijk	324	189.938,97
Finland	1	176,03
Groot Brittannië	15	17.270,81
Griekenland	23	34.457,44
Hongarije	11	16.727,80
Italië	37	17.775,56
Ierland	13	4.506,97
Luxemburg	9	28.426,27
Letland	2	99,05
Malta	15	11.893,99
Oostenrijk	13	14.719,17
Portugal	70	94.157,39

²¹ Kamerstukken II 2007/08, 30 918, nr. 27.

Polen	14	11.432,11
Roemenië	2	620,56
Slowakije	3	3.961,50
Slovenië	2	107,62
Tsjechië	4	8.441,83
Zweden	10	2.754,53
Zwitserland	3	693,65
Totaal	5.705	6.886.970,30

Veel van de zorg wordt ingeroepen door gezinsleden van grensarbeiders/werknemers uit België en Duitsland, die vanwege de geringe reisafstand geen belemmering ondervinden om de zorg in Nederland te halen. Bij de gepensioneerden en hun gezinsleden komen, na Duitsland en België, veel verdragsgerechtigden uit Spanje en Frankrijk (504 respectievelijk 306 personen sinds 1 mei 2010) naar Nederland voor zorg.

Gelet op de ontwikkeling van de kosten van zorggebruik in Nederland is er aanleiding de berekening van de verdragsbijdrage, die thans alleen is afgestemd op zorgconsumptie in het woonland, te herzien op de wijze zoals beschreven in de Verzekerdenmonitor 2009. Omdat het gaat om aanpassing van de Europese Verordening heeft deze herziening overigens uitsluitend betrekking op de landen waarop deze Verordening van toepassing is en niet op de bilaterale verdragslanden. Bij de aangepaste berekening zal gebruik worden gemaakt van de werkelijke kosten die betrokkenen in Nederland maken. De aanpassing zal per 1 januari 2012 ingaan.

In samenspraak met het CVZ zal worden gezien hoe deze wijzigingen in administratief en uitvoeringstechnisch opzicht het best vormgegeven kunnen worden.

Evaluatie buitenlandtaak

Uit vragen van onder meer de Nationale Ombudsman en mevrouw Oomen-Ruijten, lid van het Europees Parlement, blijkt dat de uitvoering van de buitenlandregeling vijf jaar na de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet nog altijd klachten oplevert bij verdragsgerechtigden.

Daarom is besloten om de buitenlandtaak samen met het CVZ volledig te evalueren met als doel te bezien in hoeverre er structurele verbeteringen kunnen worden doorgevoerd die kunnen bijdragen aan een betere uitvoering ter voorkoming van toekomstige klachten. Daarbij wordt zowel aandacht besteed aan de feitelijke uitvoering als de toepasselijke wet- en regelgeving.

De resultaten van deze evaluatie worden na de zomer van 2011 verwacht.

Arrest in prejudiciële zaak C-345/09 (Van Delft e.a.)

Diverse gepensioneerden die een verdragsrecht ten laste van Nederland hebben en hiervoor een verdragsbijdrage verschuldigd zijn, hebben de toepasselijkheid van de Verordening voor de rechter ter discussie gesteld. Zij stellen een keuzerecht te hebben om al dan niet onder de werkingsfeer van de Verordening te komen. Als zij zich niet inschrijven bij het orgaan van de woonplaats, dan maken zij geen gebruik van de geboden zorg in het woonland en mag volgens hen Nederland ook geen bijdrage heffen, aldus betrokkenen.

Het Europees Hof heeft in zijn uitspraak van 14 oktober 2010 de opvatting van Nederland bevestigd, dat het hier gaat om een verplichte dekking en dat Nederland hiervoor een bijdrage mag heffen. Het Hof wijst betrokkenen erop dat de Verordening – in tegenstelling tot hetgeen beweerd werd – juist is gemaakt met als doel het vrij verkeer in Europa te bevorderen en dat Nederland hieraan nog een verdere bijdrage heeft geleverd door de introductie van de woonlandfactor (naar aanleiding van Motie Schippers en de uitspraak van de kort gedingrechter op 31 maart 2006).

Het Hof stelt nog de vraag of het overgangsrecht voor particulier verzekerden die op het moment van inwerkingtreding in het buitenland woonden, niet strijdig is met het beginsel van gelijke behandeling ten opzichte van particulier verzekerden die in Nederland woonden. Dit is een aspect dat door de nationale rechter moet worden beoordeeld.

De Centrale Raad van Beroep zal met inachtneming van het arrest van het Hof een eindoordeel vellen in de nationale zaken.

4.6 Conclusie

Het aantal personen dat onder de werkingssfeer van de Verordening en de verdragen valt is ten opzichte van vorig jaar licht gedaald. Over 2010 betaalden verdragsgerechtigden in totaal € 92 miljoen verdragsbijdrage en Nederland betaalde voor hen in totaal € 137 miljoen aan gemiddelde kosten aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan betrokkenen.

In 2010 is naast zorggebruik in het woonland voor een kleine € 7 miljoen zorg in Nederland gebruikt door verdragsgerechtigden. Omdat de hoogte van de verdragsbijdrage op dit moment alleen is afgestemd op zorgconsumptie in het woonland zal de berekening van deze bijdrage per 1 januari 2012 worden aangepast om ook het zorggebruik buiten het woonland erin tot uiting te brengen.

In de prejudiciële zaak (C-345/09) waarin enkele verdragsgerechtigden de toepasselijkheid van de Verordening ter discussie stelden heeft het Europees Hof van Justitie uitspraak gedaan. Het Hof heeft het standpunt van Nederland bevestigd dat de dekking van de Verordening een verplicht karakter heeft en dat Nederland hiervoor een bijdrage mag heffen. De vraag of het overgangsrecht voor particulier verzekerden die op het moment van inwerkingtreding in het buitenland woonden, niet strijdig is met het beginsel van gelijke behandeling ten opzichte van particulier verzekerden die in Nederland woonden, moet nog door de Centrale Raad van Beroep worden beantwoord.

Ten slotte wordt nog opgemerkt dat er op dit moment de buitenlandtaak door het Ministerie van VWS en het CVZ gezamenlijk wordt geëvalueerd. De resultaten van de evaluatie worden na de zomer van 2011 verwacht.

HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

5.1 Inleiding

Mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering als zodanig, kunnen van de Zvw-verzekeringplicht worden uitgezonderd. Bij gemoedsbezwaren blijft in het geval van de AWBZ, de verzekering van rechtswege als zodanig bestaan, maar wordt de betrokkene vrijgesteld van de verplichting tot premiebetaling. Gemoedsbezwaarden zijn uitgezonderd van de verplichting tot het sluiten van een zorgverzekering. De gemoedsbezwaarden hebben wel de verplichting, evenals dat voor de AWBZ-verzekering het geval is, tot het betalen van de wettelijke inkomensafhankelijk bijdrage in de vorm van een vervangende belasting. Deze extra belasting die de gemoedsbezwaarde voor de Zvw betaalt, wordt apart gezet op een rekening bij CVZ. De hoogte van de vervangende belasting Zvw is gelijk aan de inkomensafhankelijke bijdrage die de gemoedsbezwaarde zou hebben moeten betalen, indien hij wel verzekeringplichtig zou zijn geweest.

Gemoedsbezwaarden hebben recht op vergoeding van ziektekosten uit de door hen betaalde bedragen aan premievervangende belasting, voor zover de ziektekosten niet uitstijgen boven het saldo van de betaalde vervangende belasting en voor zover het gaat om in de Zvw geregelde aanspraken. Van het saldo van de bijdragevervangende belasting dat na aftrek van de tot uitkering gebrachte vergoedingen voor ziektekosten na afloop van een kalenderjaar resteert, wordt een bedrag ter grootte van de helft van de afgedragen bijdragevervangende belasting, of zoveel als van die helft resteert, gestort in het Zorgverzekeringsfonds. Het eventuele restant blijft staan ter beschikking van de gemoedsbezwaarde voor een volgend jaar.

5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

Tabel 16

Aantal gemoedsbezwaarden	
Peildatum	Aantal gemoedsbezwaarden
31 december 2010	11.819
31 december 2009	11.979
31 december 2008	11.700
31 december 2007	11.392
31 december 2006	11.139

Volgens opgave van het CVZ betreft het 3.489 huishoudens.

5.3 Kosten en baten gemoedsbezwaarden

In de volgende tabel zijn de baten en lasten met betrekking tot gemoedsbezwaarden in 2009 opgenomen.

Tabel 17

Baten en lasten gemoedsbezwaarden in 2010						
	2006	2007	2008	2009	2010	Totaal
Bedragen x 1 miljoen euro						
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1 januari (A)	1,2	1,1	1,0	1,0	0,0	4,3
<i>Resultaten rekening</i>						
Ingehouden bijdragevervangende belasting	0,2	0,3	0,4	0,5	6,0	7,4
Verleende vergoedingen voor zorgkosten	0,0	0,1	0,0	-0,5	3,9	3,5
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden voor toevoeging aan het Zorgverzekeringsfonds	0,2	0,2	0,4	1,0	2,1	3,9
<i>Resultaatbestemming</i>						
Toevoeging ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds	0,1	0,1	0,2	0,8	2,2	3,4
Toevoeging aan rekening gemoedsbezwaarden (B)	0,1	0,1	0,2	0,3	-0,1	0,6
<i>Totaal resultaat bestemming</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,4</i>	<i>1,1</i>	<i>2,1</i>	<i>4,0</i>
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31 december (A+B)	1,3	1,2	1,2	1,3	-0,1	4,9

Bron: CVZ

5.4 Uitvoering

In een uitvoeringstoets van 25 augustus 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 kan 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 2009²² aangepast. Op drie punten is een vereenvoudiging gerealiseerd:

1. Mutaties in de hoogte van de bijdragevervangende belasting:

De vereenvoudiging ziet er op dat een wijziging van de bijdragevervangende belasting wordt berekend en doorwerkt in het saldo van het spaartegoed van het volgende jaar. Voorheen werd elk (voorgaand) jaar opnieuw berekend bij een mutatie.

2. Verzoek om vergoeding in het volgende jaar:

CVZ brengt declaraties van zorgkosten uitsluitend in mindering op het spaartegoed van het jaar waarin de declaratie is ingediend. Voorheen werden declaraties ten laste gebracht van het spaartegoed van het jaar waarin de kosten werden gemaakt. Dit kon leiden tot berekeningen met terugwerkende kracht.

Daarnaast is geregeld dat een gemoedsbezwaarde uiterlijk tot het einde van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de zorg aanving, kosten kan declareren. Dit betekent een verruiming ten opzichte van de oude regeling waarin dit was beperkt tot het jaar volgend op het jaar waarin de kosten werden gemaakt.

3. Niet langer deel uitmaken van een gezamenlijke huishouding:

Geregeld is dat als een gemoedsbezwaarde het gezamenlijke huishouden verlaat, het saldo van het spaartegoed van het huishouden alleen nog op verzoek evenredig wordt verdeeld over de

²² 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.

gemoedsbezwaarden die deel uitmaken van dat huishouden. Daarvoor werd voor elke gemoedsbezwaarde het saldo met terugwerkende kracht opnieuw berekend.

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

5.5 Conclusie

Het aantal gemoedsbezwaarden blijft constant. De uitvoering van de regeling voor gemoedsbezwaarden is per 1 januari 2010 op een aantal punten vereenvoudigd. Dit zal moeten leiden tot een efficiëntere en meer transparante uitvoering van de regeling, hetgeen voor betrokkenen bovendien tot voordeel heeft dat declaraties sneller kunnen worden afgewikkeld. De overgang van de oude naar de nieuwe regeling heeft in 2010 geleid tot extra werk voor het CVZ.

HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN

6.1 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. Zij zijn op grond van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval in aanmerking komende medische zorg te verlenen.

Nederland heeft ook internationale verdragen geratificeerd en is op grond daarvan gebonden iedereen medische zorg te verlenen ook in geval die personen onvoldoende middelen hebben om die zorg te betalen. Dit is onder andere geregeld in het Europees Sociaal Handvest.

Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen de rekening van de verleende medische zorg (niet volledig) kunnen betalen, worden zorgaanbieders geconfronteerd met onbetaalde rekeningen. In gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder geen kostenverhaal op deze patiënten mogelijk blijkt, kunnen zorgaanbieders, onder voorwaarden, een beroep doen op een wettelijke bijdrageregeling. Deze wettelijke bijdragemogelijkheid voor zorgaanbieders 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. Dit heeft geresulteerd in het wettelijk regelen van een vorm van financiering voor zorgaanbieders ten laste van de rijksbegroting. Uitgangspunt is dat de patiënt in eerste instantie zelf aansprakelijk is voor de kosten van aan hem verleende zorg. In de regel zal een ziektekostenverzekering de kosten van de patiënt overnemen. Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen. Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen geen verzekering hebben ten laste waarvan de kosten kunnen worden gebracht, zullen zij de kosten van verleende medische zorg zelf moeten betalen. Het kan voorkomen dat deze personen zelf over onvoldoende financiële middelen beschikken om de kosten van de verleende zorg te voldoen.

6.2 Wetgeving

Met ingang van 1 januari 2009 is de wet in werking getreden die de mogelijkheid biedt tot verstrekking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen die de kosten van de verleende zorg niet zelf kunnen betalen. Deze wettelijke regeling is neergelegd in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet. Als vreemdelingen vanwege hun verblijfsstatus zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen²³ de rekening van de zorgaanbieder niet kunnen betalen en zij onverzekerd en onverzekerbaar zijn tegen ziektekosten, kunnen zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg een bijdrage vragen.

Belangrijk uitgangspunt van de regeling is dat iemand die niet verzekerd is zelf de kosten van de aan hem verleende medisch noodzakelijke zorg moet betalen. 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.

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 deze contracten zijn afspraken gemaakt en procedures vastgelegd zodat de werkwijze bij zorgvragen van onverzekerbare illegale vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Tevens zijn in de contracten afspraken neergelegd over de hoogte van de vergoeding van de zorgaanbieder.

²³ 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.

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, moet de medisch noodzakelijke zorg ook kunnen worden ingeroepen bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. In die gevallen is voor de zorgaanbieder voorzien in een vergoeding van 80% van de oninbare vordering. Kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling worden voor zover de kosten niet op de patiënt kunnen worden verhaald, voor 100% aan de zorgaanbieder vergoed.

6.3 Uitvoering

Het CVZ voert 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 heeft een website over de regeling waarin informatie over de financiering van de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen is opgenomen. Verder zijn er 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.

Het CVZ heeft in juni 2010 aan alle ziekenhuizen een brief gezonden waarin de regeling nogmaals is uitgelegd, een uitleg van het begrip 'illegaal' en –ter informatie- een conceptpublicatie voor het personeelsblad van de ziekenhuizen. In november 2010 heeft het CVZ overleg gevoerd met vertegenwoordigers van de gecontracteerde ziekenhuizen over incasso-inspanningen van ziekenhuizen en de implicaties voor de toegang tot de zorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen.

In september 2010 heeft het CVZ overleg gevoerd met en informatie over de uitvoering van de regeling gegeven aan de vergadering van de Stuurgroep Lampion en het Breed Medisch Overleg (het BMO is een netwerk van organisaties en personen die betrokken zijn bij de medische zorg voor mensen zonder verblijfsvergunning). Het CVZ heeft verder werkbezoeken gebracht aan vijf apotheken met een hoge omzet.

6.4. CVZ monitor

In verband met de evaluatie van de uitvoering van de wet, alsmede naar aanleiding van de vraag om monitoring van de regeling vanuit van het Parlement brengt het CVZ op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport halfjaarlijks een monitor uit. Het CVZ plaatst deze rapporten op haar website (www.cvz.nl, onder "financiering onverzekerbare vreemdelingen"). Op 11 oktober 2010 heeft het CVZ de 4^e monitor en op 13 april 2011 de 5^e monitor over deze regeling uitgebracht.

Naar aanleiding van deze rapportages is het volgende te melden.

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. Tot die datum konden zorgaanbieders voor eerstelijnszorg een bijdrage vragen bij de Stichting Koppeling, Omdat de bijdragemogelijkheid voor tweedelijns- en AWBZ-zorg nieuw was, moest bij het indienen van het wetsvoorstel op basis van verschillende aannames en veronderstellingen een schatting van die kosten worden gemaakt. Die schatting heeft geresulteerd in een geraamd bedrag aan totale kosten van € 44 miljoen. Voorgesteld was om op basis van de realisatiecijfers van het gebruik van de regeling, te bezien of aanpassing van dat cijfer nodig zou zijn.

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. Daardoor is een ont koppeling ontstaan tussen de datum waarop de zorg wordt geleverd en de verantwoording van de kosten. Dit effect doet zich onder andere voor bij gecontracteerde AWBZ-instellingen. Het CVZ had met die instellingen afgesproken in 2010 declaraties in te dienen voor in 2009 geleverde zorg. De door het CVZ in 2010 aan AWBZ-instellingen gedane betalingen hadden voor een deel dus betrekking op het zorgjaar 2009. Voor het CVZ is het tot nu toe moeilijk geweest om een goed kostenbeeld te schetsen.

In 2009 heeft het CVZ slechts € 6 miljoen uitbetaald. Maar dat bedrag vormde een onbetrouwbare indicatie voor de structurele kosten. In de monitorrapportages van 2010 heeft het CVZ de in 2010 gedane betalingen zo goed mogelijk toegerekend naar 2009 waardoor een betrouwbare indicatie van het structurele kostenniveau kon worden gegeven.

Inmiddels heeft het CVZ de jaarcijfers over 2010 opgesteld. In die cijfers is nog maar beperkt sprake van aanloopeffecten. In de 5^e monitor heeft het CVZ aangegeven voor een inzicht in het structurele kostenniveau voor het eerst te kunnen uitgaan van de bedragen zoals die ook zijn opgenomen in het door het CVZ uitgebrachte "Financieel Verslag Uitvoeringstaken CVZ" (FVU).

De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2010 opgelopen naar € 14,4 miljoen. Dit bedrag is samengesteld uit de volgende kosten per zorgvorm.

Tabel 18

CVZ zorgkosten bijdrageregeling 2010 in euro's	
Zorgvorm	Kosten 2010
Ziekenhuizen	8.626.000
Farmacie	3.279.000
GGZ-instellingen	1.098.000
GGD'en ²⁴	450.000
Huisartsenzorg	226.000
Verloskundigen	228.000
AWBZ-instellingen	159.000
Ambulancevervoer	124.000
Kraamzorg	118.000
Tandheelkundige zorg	52.000
Hulpmiddelen	30.000
Paramedische zorg	24.000
Totaal	14.414.000

De kosten van de regeling voor 2010 blijken dus fors lager dan het geraamde bedrag aan kosten bij indiening van het wetsvoorstel. Het CVZ geeft aan dat de onderschijding vooral wordt veroorzaakt door lagere kosten van de ziekenhuizen, de GGZ- en de AWBZ-instellingen. Het betreft drie zorgvormen waarvoor vóór de invoering van de wettelijke bijdrageregeling geen bijdrage kon worden verleend op grond van de regeling van de Stichting Koppeling voor eerstelijnszorg. Verder betreft het drie zorgvormen waarbij het CVZ de instelling pas betaalt ver nadat de zorg feitelijk is geleverd. Daardoor is eerst gedurende het jaar 2010 geconstateerd dat bij deze zorgvormen sprake is van een aanzienlijke onderschijding van de begroting.

Contractering

Ziekenhuizen

Sinds 1 januari 2009 heeft het CVZ 24 ziekenhuizen gecontracteerd voor het leveren van ziekenhuiszorg²⁵ aan onverzekerbare vreemdelingen. In 2010 heeft het CVZ ook het AMC 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.

Het CVZ heeft de gecontracteerde ziekenhuizen voorgesteld om de overeenkomst voor 2011 te verlengen. Alle gecontracteerde ziekenhuizen hebben daarmee ingestemd.

Van deze gelegenheid is gebruik gemaakt om de afgesloten overeenkomsten te herzien. Enkele bepalingen zijn daarbij in overeenstemming gebracht met de uitvoeringspraktijk. Zo is nu voor alle ziekenhuizen vastgelegd dat zij hun declaraties baseren op de bij de 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

²⁴ De kosten van de GGD'en hebben betrekking op nabetalingen over 2009 als gevolg van de door de GGD'en bij het CVZ ingediende afrekening. Verder zijn voorschotten betaald aan de GGD'en te Den Haag en Friesland ten behoeve van hun betalingen in 2010 aan eerstelijnszorgverlener.

²⁵ Waar in deze monitor 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.

het CVZ gecontracteerd ziekenhuis. De contractering van deze 'achtervang-ziekenhuizen' is gebaseerd op voorkomende casuïstiek. Inmiddels heeft het CVZ 16 ziekenhuizen als 'achtervang-ziekenhuis' gecontracteerd. De overeenkomsten met deze ziekenhuizen zijn voor 2011 ongewijzigd verlengd.

Apotheken

Door het CVZ waren op 31 december 2010 in totaal 361 apotheken gecontracteerd voor het leveren van geneesmiddelen aan onverzekerbare vreemdelingen. Ook deze overeenkomsten eindigden op 31 december 2010 met de mogelijkheid van verlenging. Twintig apotheken hebben de overeenkomst niet verlengd. In gemeenten waar deze apotheken gevestigd zijn zal het CVZ een aanbestedingsprocedure starten. Alle apotheken in de betreffende gemeente kunnen dan een offerte uitbrengen.

In 2010 heeft het CVZ een zesde apotheek gecontracteerd in Amsterdam en een tweede apotheek in Leiden. De hulpverleningsorganisaties STIOM (Stichting ter ondersteuning van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening Den Haag) en OKIA (Ondersteuningskomitee Illegale Arbeiders Den Haag) hebben bij het CVZ aangedrongen op het contracteren van een tweede apotheek voor de gemeente Den Haag. De door deze organisaties aangedragen argumenten hebben bij het CVZ geleid tot het voornemen om met ingang van 1 januari 2012 een tweede apotheek in de gemeente Den Haag te contracteren. Het CVZ zal daarvoor dit najaar een aanbestedingsprocedure uitschrijven.

Er zijn 46 gemeenten waar het CVZ geen apotheek heeft gecontracteerd terwijl er wel een apotheek aanwezig is. Het betreft hier gemeenten waar weinig tot geen onverzekerbare vreemdelingen verblijven, zodat er in 2008/2009 bij deze apotheken geen behoefte bestond om een overeenkomst met het CVZ aan te gaan. Ook in deze gemeenten zal het CVZ in 2011 een aanbestedingsprocedure starten.

Het CVZ is er nog niet in geslaagd om een oplossing te vinden voor de afdracht van apotheken van de door onverzekerbare vreemdelingen gedane betalingen. Het CVZ zal de gecontracteerde apotheken vragen om deze bedragen rechtstreeks naar het CVZ over te maken.

AWBZ-instellingen

Het CVZ heeft 27 instellingen gecontracteerd voor de levering van AWBZ-zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. Het CVZ heeft aan deze instellingen voorgesteld om de overeenkomst ongewijzigd met één jaar te verlengen. Hoewel deze procedure nog niet is afgerond, veronderstelt het CVZ dat alle gecontracteerde instellingen met dit voorstel zullen instemmen.

GGZ-instellingen

Het CVZ heeft 40 instellingen gecontracteerd voor de levering van GGZ-zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. Als bijzonderheid geldt hierbij dat de overeenkomst zowel betrekking heeft op AWBZ-zorg als op Zvw-zorg. Inmiddels is aan de GGZ-instellingen een gewijzigde overeenkomst voorgelegd die meer gelijkenis vertoont met de ziekenhuis-overeenkomst. Ook GGZ-instellingen kunnen nu declaraties insturen ná het sluiten van de DBC.

Overige overeenkomsten

Het CVZ heeft 26 leveranciers gecontracteerd voor de levering van hulpmiddelen aan onverzekerbare vreemdelingen. Het CVZ heeft deze leveranciers voorgesteld om de overeenkomst ongewijzigd te verlengen. De procedure is nog niet afgerond. Bij hulpmiddelen is overigens vaak één incidentele zorgvraag aanleiding voor het afsluiten van een overeenkomst. Deze leveranciers zullen de overeenkomst, zo is de verwachting, pas verlengen als zich weer een nieuwe concrete zorgvraag voordoet.

Voor ambulancevervoer heeft het CVZ een overeenkomst afgesloten met Ambulancezorg Nederland. Voor ziekenvervoer heeft het CVZ een overeenkomst afgesloten met Buitengewoon Personenvervoer Nederland. Deze overeenkomsten zijn voor het jaar 2011 ongewijzigd verlengd.

Rol GGD'en

De GGD'en verwerkten tot en met 2008 voor de Stichting Koppeling declaraties van eerstelijnszorgverleners. Het CVZ heeft de GGD'en gemandateerd om deze rol ook in 2009 namens het CVZ uit te voeren.

Het CVZ heeft de GGD'en voor 2010 de keuze voorgelegd om deze declaraties zelf af te blijven handelen of door het CVZ af te laten handelen. Alleen de GGD'en in de provincie Friesland en de regio Den Haag hebben er voor gekozen om het declaratieverkeer in 2010 zelf te blijven verzorgen. De GGD Friesland heeft deze werkzaamheden per 1 januari 2011 ook overgedragen aan het CVZ. Overleg met de GGD Den Haag heeft er toe geleid dat het CVZ vanaf 1 juli 2011 ook de declaratieafhandeling van deze GGD over zal nemen.

In 2011 zal het CVZ de relatie met de GGD'en financieel afwikkelen.

Daarmee eindigt in 2011 de betrokkenheid van de GGD'en bij de afhandeling van declaraties van eerstelijnszorgverleners.

Het CVZ heeft in de 5^e monitor aangegeven plezierig te hebben samengewerkt met de GGD'en en dat hun betrokkenheid bij het declaratieverkeer een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de soepele invoering van de Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen.

6.5 Relevantie ontwikkelingen

Evaluatie bijdrageregeling

Er is een wettelijke evaluatie voorzien binnen drie jaar na inwerkingtreding van de wet. De wet is in werking getreden op 1 januari 2009, zodat de evaluatie eind 2011 gerealiseerd moet zijn.

Uit het oogpunt van objectiviteit is besloten de evaluatie van deze regeling te laten uitvoeren door een onafhankelijk onderzoeksbureau. Inmiddels heeft VWS na een aanbestedingsprocedure de opdracht daarvoor gegeven aan Bureau Berenschot.

Het doel van de evaluatie is wettelijk bepaald: nodig is te onderzoeken of de regeling doeltreffend is en welke effecten de huidige regeling in de praktijk heeft, zodat het parlement inzicht krijgt in de werking van de bijdrageregeling van artikel 122a Zvw. Bedoeling is de uitkomst daarvan tevens te vergelijken met de vóór 1 januari 2009 geldende regelingen²⁶. Knelpunten zullen worden geïnventariseerd en waar nodig of mogelijk worden voorzien van suggesties voor oplossingsrichtingen. Naast het CVZ en zorgaanbieders zijn bij de uitvoering van de regeling de patiënten en belangenbehartigende organisaties van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen betrokken. Hun betrokkenheid is van groot belang. Er zullen daarom in het kader van de evaluatie gesprekken met deze partijen worden gevoerd. Ook zullen uitkomsten van het evaluatieonderzoek met hen worden besproken.

6.6 Conclusie

VWS constateert dat de uitvoering van de bijdrageregeling naar tevredenheid verloopt en dat CVZ het dossier strak in handen heeft.

Kosten bijdrageregeling

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. Tot die datum konden zorgaanbieders voor eerstelijnszorg een bijdrage vragen bij de Stichting Koppeling. Omdat de bijdragemogelijkheid voor tweedelijns- en AWBZ-zorg nieuw was, moest bij het indienen van het wetsvoorstel op basis van verschillende aannames en veronderstellingen een schatting van die kosten worden gemaakt. Die schatting heeft geresulteerd in een geraamd bedrag aan totale kosten van € 44 miljoen. Voorgesteld was om op basis van de realisatiecijfers van het gebruik van de regeling, te bezien of aanpassing van dat cijfer nodig zou zijn. In de 5^e monitor heeft het CVZ aangegeven voor een inzicht in het structurele kostenniveau te kunnen uitgaan van de bedragen zoals die ook zijn opgenomen in het door het CVZ uitgebrachte "Financieel Verslag Uitvoeringstaken CVZ" (FVU). De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2010 opgelopen naar € 14,4 miljoen.

De kosten van de regeling voor 2010 blijken dus fors lager dan het geraamde bedrag aan kosten bij indiening van het wetsvoorstel. Het CVZ geeft aan dat de onderschrijding vooral wordt

²⁶ Dit betreft de Regeling Stichting Koppeling voor eerstelijnszorgaanbieders en de beleidsregel dubieuze debiteuren bij ziekenhuiszorg. Voor AWBZ-zorg bestond geen bijdrageregeling. Bij BOPZ-opnames van illegalen is de uitspraak van de rechtbank 's-Gravenhage inzake Bavo tegen de Staat der Nederlanden van belang. In deze zaak werd de Staat verplicht enige vorm van vergoeding te verlenen aan zorgaanbieders bij BOPZ-opname van illegalen.

veroorzaakt door kosten van de ziekenhuizen, de GGZ-instellingen en de AWBZ-instellingen. Het betreft drie zorgvormen die vóór de invoering van de wettelijke bijdrageregeling geen beroep konden doen op de regeling van de Stichting Koppeling voor eerstelijnszorg.

Eigen betalingen medicijnen

In de VWS-verzekerdenmonitor 2010 is aangegeven dat blijkt dat er nauwelijks sprake was van eigen betalingen voor medicijnen door illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Zoals in die monitor is aangegeven heeft het CVZ op verzoek van VWS de gecontracteerde apotheken nog eens gewezen op hun plicht om de kosten van geleverde medicijnen in eerste aanleg te verhalen op die patiënten.

In reactie hebben apotheken daarop het volgende aangegeven:

- Er kan sprake zijn van het verstrekken van meerdere medicijnen waarbij sommige geneesmiddelen volledig worden betaald. Die betaling blijkt dan niet uit het declaratieverkeer.
- Apotheekmedewerkers hebben aarzelingen om illegalen in de aanwezigheid van andere apothekbezoekers aan te spreken op hun betaalplicht.
- De betaalcapaciteit van illegalen is vaak al 'opgesoupeerd' door andere zorgverleners.
- Niet alle softwareapplicaties kunnen de eigen betaling correct verwerken.

Het CVZ is er nog niet in geslaagd om een oplossing te vinden voor de afdracht van apotheken van de door illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen gedane betalingen. Het CVZ heeft aangegeven de gecontracteerde apotheken te vragen om deze bedragen rechtstreeks naar het CVZ over te maken zodat de eigen betalingen inzichtelijk worden.

Tandartskosten

In de 4e CVZ monitor van oktober 2010 heeft het CVZ betreffende tandartszorg aangegeven dat hoewel duidelijk is dat belangenbehartigende organisaties de beperkte dekking voor mondzorg als knelpunt blijven ervaren, het CVZ slechts kan constateren dat zich sinds het uitbrengen van de voorjaarsmonitor 2010 geen nieuwe ontwikkelingen bij dit onderwerp hadden voorgedaan.

Het CVZ heeft een terugloop in het aantal meldingen over problemen bij de mondzorg geconstateerd. Daarbij geeft het CVZ aan dat het echter aannemelijk lijkt dat die terugloop wordt veroorzaakt door het feit dat de melders weten dat dit onderwerp bekend is bij het CVZ.

In de 5e CVZ monitor komt dit onderwerp niet meer ter sprake.

Voorlichting vaststellen doelgroep

Het CVZ heeft voor zorgaanbieders een uitleg opgesteld over hoe kan worden vastgesteld dat een patiënt behoort tot de groep illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Deze uitleg stelt het CVZ bij op basis van praktijkervaring. Het CVZ brengt deze uitleg bij gelegenheid ter kennis van zorgaanbieders en is eind 2010 door de Landelijke Huisartsenvereniging op haar website geplaatst.

HOOFDSTUK 7. DE BES-EILANDEN

Een bijzonder aspect van het stelsel van Nederlandse ziektekostenverzekeringen wordt gevormd door de ziektekostenverzekering op Bonaire, St. Eustatius en Saba (BES-eilanden). Op 10 oktober 2010 zijn de BES-eilanden openbaar lichaam van Nederland geworden. Nederland is sindsdien verantwoordelijk voor de sociale ziektekostenwetgeving op de BES-eilanden.

Omdat de voormalige Nederlands-Antilliaanse regelgeving noch de Nederlandse regelgeving op het gebied van de sociale ziektekostenverzekering een oplossing bood voor de huidige situatie op de BES-eilanden is per 1 januari 2011 voorzien in een nieuwe ziektekostenverzekering, voor alle inwoners van de BES-eilanden, die op de specifieke situatie van de eilanden is toegespitst en die alle bestaande regelingen vervangt. Het zorgaanbod ter plaatse is door de geringe populatie op de eilanden gering. Dit betekent dat voor veel, meer specialistische, zorg uitgeweken moet worden naar Curaçao, Sint Maarten, Venezuela, de Verenigde Staten of zelfs Nederland. Daarnaast kan het voorkomen dat medisch specialisten worden ingevlogen.

De verzekering omvat zowel curatieve zorg als langdurige. 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, brilleneenmalige sanering gebit) aanspraken als minder omvangrijke aanspraken (aantal ligdagen ziekenhuis bij bevalling) bevat. De kosten van de verzekering worden deels uit premies (als onderdeel van de door de minister van Financiën ingevoerde "vlaktaks" van 30,4%) en deels uit rijksbijdragen gefinancierd.

BIJLAGEN

Bijlage I Verklaring afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BSN	Burgerservicesnummer
CBP	College bescherming Persoonsgegevens
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CJIB	Centraal Justitieel Incassobureau
CVZ	College voor zorgverzekeringen
EER	Europese Economische Ruimte
EU	Europese Unie
GBA	Gemeentelijke basisadministratie
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GSD	Gemeentelijke sociale diensten
MIN. SZW	Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid
MIN. VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
NVZ	Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RBVZ	Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet
SVB	Sociale Verzekeringsbank
Verordening	Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VVA	SVB-volksverzekerdenadministratie
WAO	Wet Arbeidsongeschiktheid
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WWB	Wet werk en bijstand
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zfw	Ziekenfondswet
Zvw	Zorgverzekeringswet