

VWS-verzekerdenmonitor 2009

Den Haag, juni 2009

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
HOOFDSTUK 1. AWBZ-VERZEKERING EN ZVW-VERZEKERINGSPLICHT	7
1.1 Inleiding	7
1.2 AWBZ-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen	7
1.3 AWBZ-Verzekerdenbestand	7
HOOFDSTUK 2. WANBETALERS	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Wijze van monitoring door CBS	9
2.3 Aantal wanbetalers	9
2.4 Achtergrondkenmerken	10
2.5 Getroffen maatregelen	11
2.6 Kosten wanbetalers	12
2.7 Uitvoering	12
2.8 Conclusie	12
HOOFDSTUK 3. ONVERZEKERDEN	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Wijze van monitoring door CBS	13
3.3 Aantal onverzekerden	14
3.4 Achtergrondkenmerken	14
3.5 Bestuurlijke boete	15
3.6 Getroffen maatregelen	16
3.6.1 Doelgroepgerichte voorlichting	16
3.6.2 Wetsvoorstel opsporing en verzekering onverzekerden	17
3.7 Kosten onverzekerden	17
3.8 Uitvoering	18
3.9 Conclusie	18
HOOFDSTUK 4. VERDRAGSGERECHTIGDEN	19
4.1 Inleiding	19
4.2 Aantal verdragsgerechtigden	20
4.3 Kosten verdragsgerechtigden	20
4.4 Uitvoering	22
4.5 Relevante ontwikkelingen	22
4.6 Conclusie	24
HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN	25
5.1 Inleiding	25
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden	25
5.3 Kosten en baten gemoedsbezwaarden	25
5.4 Uitvoering	26
5.5 Conclusie	26
HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN	27
6.1 Inleiding	27
6.2 Wetgeving	27
6.3 Uitvoering	28
6.4 CVZ monitor	28
6.5 Conclusie	31
HOOFDSTUK 7. DE BES-EILANDEN	32
HOOFDSTUK 8. UITVOERINGSORGANISATIE	33
BIJLAGEN	34
Bijlage I Verklaring afkortingen	34
Bijlage II Publicatie CBS Onverzekerden 15 april 2009	35
Bijlage III Publicatie VWS 15 april 2009	38
Bijlage IV Doelgroepgerichte voorlichting Stichting de Ombudsman 2009	39

INLEIDING

Op 27 juni 2008 is de eerste VWS-verzekerdenmonitor (hierna: monitor) aan het parlement aangeboden. Deze monitor is tot stand gekomen omdat het parlement bij verschillende gelegenheden had gevraagd om geïnformeerd te worden over de getalsmatige ontwikkeling van het verzekeringsstelsel in nationaal en internationaal verband en de kosten die zijn gemoeid met medisch noodzakelijke zorg aan illegalen. Met de monitor is een samenhangend beeld geboden over de getalsmatige ontwikkeling van zowel de nationale als de internationale aspecten van het verzekeringsstelsel en de kosten die zijn gemoeid met medisch noodzakelijke zorg aan illegalen. Aan de hand van de bevindingen kan geconstateerd worden of de maatregelen die zijn getroffen op de diverse beleidsterreinen ook daadwerkelijk hebben geleid tot het gewenste resultaat.

De verzekerdenmonitor 2008 is positief ontvangen door het parlement. Diverse partijen, uit zowel de Eerste als de Tweede Kamer, hebben aangegeven een jaarlijkse monitor zeer op prijs te stellen. De minister van VWS heeft naar aanleiding hiervan bij diverse gelegenheden¹ toegezegd de monitor jaarlijks te zullen presenteren. De onderliggende monitor 2009 heeft betrekking op de stand van zaken van juni 2009.

In de 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), de BES-eilanden (hoofdstuk 7) en de uitvoeringsorganisatie (hoofdstuk 8).

¹ Kamerstukken II, 2007/08, 29 689, nr. 197; Kamerstukken I, 2007/08, 31 249, C 8; Kamerstukken II, 2008/09, 31 736, nr.3; Kamerstukken I, 2008/09, 31 249, G; Kamerstukken II, 2008/09, 31 739, nr.6.

HOOFDSTUK 1. AWBZ-VERZEKERING EN ZVW-VERZEKERINGSPLICHT

1.1 Inleiding

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

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 te samen bieden de gehele bevolking een adequate dekking tegen ziektekosten.

Voor de volksverzekeringen, waarvan de AWBZ er één is, zijn van rechtswege verzekerd personen die in Nederland wonen of, 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 bepaalde groepen aangewezen als verzekerd en worden bepaalde groepen van verzekering voor de AWBZ uitgezonderd.

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

1.2 AWBZ-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

Bij aanmelding bij een zorgverzekeraar stelt de verzekeraar vast of iemand AWBZ-verzekerd is. Daarvoor heeft de verzekeraar niet de beschikking over een bestaand bestand van alle personen die voor de AWBZ verzekerd zijn. Een dergelijk bestand bestaat tot op heden in Nederland niet, evenmin als er voor de andere volksverzekeringen een verzekerdenbestand bestaat.

In het kader van de volksverzekeringen hanteert de Sociale verzekeringsbank (SVB) momenteel een beperkte verzekerdenadministratie. Dit houdt in dat alleen uitzonderingen op de hoofdregel 'wonen in Nederland betekent verzekerd voor de volksverzekeringen' (het ingezetenenbegrip in de zin van de volksverzekeringen) worden vastgelegd. Daarbij worden alleen de relevante meldingen van gebeurtenissen of feiten geregistreerd. Er is geen sprake van het structureel vaststellen van een positief of negatief verzekeringstijdvak. Een gevolg hiervan is dat er tot nu toe in Nederland ook geen centrale administratie is die uitmaakt of iemand al dan niet AWBZ-verzekerd is.

Op grond van de huidige, gebrekkige registratie wordt er van uitgegaan dat het aantal AWBZ-verzekerden circa 16,52 miljoen bedraagt, het aantal Zvw-verzekeringsplichtigen (AWBZ-verzekerden minus militairen in actieve dienst en gemoedsbezwaarden) circa 16,46 miljoen in 2008. Het aantal Zvw-verzekerden in 2008 is 16,29 miljoen mensen.

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 wetsvoorstel 'opsporing onverzekerden en verzekering zorgverzekering' (zie hoofdstuk 3, paragraaf 8) wordt geregeld dat er één instantie is die vaststelt of iemand AWBZ-verzekerd is. Aangezien de SVB ook voor de andere volksverzekeringen de verzekeringsstatus vaststelt, is de SVB hierin gespecialiseerd. Om tot een eenduidige vaststelling te komen, is er in dit wetsvoorstel voor gekozen om de SVB hierbij de exclusieve bevoegdheid te geven om de AWBZ-verzekeringsstatus vast te stellen. Uiteraard geldt bij het vaststellen van die AWBZ-verzekeringsstatus de gebruikelijke publiekrechtelijke rechtsbescherming.

1.3 AWBZ-Verzekerdenbestand

In het kader van het wetsvoorstel 'opsporing onverzekerden en verzekering zorgverzekering' is aan de SVB gevraagd een positieve, actuele AWBZ-verzekerdenregistratie op te zetten die aansluit bij

een reeds in uitvoering zijnde opzet voor een SVB-volksverzekerdenadministratie (VVA). De SVB heeft aangegeven dat een dergelijk bestand uiterlijk 1 januari 2010 operationeel kan zijn. 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. De SVB werkt momenteel aan de vaststelling van de historische verzekeringsstatussen (het VVA-traject).

Het AWBZ-verzekerdenbestand (minus de gemoedsbezwaarden en de militairen in werkelijke dienst) vormt het bestand voor de Zvw-verzekeringplichtigenpopulatie. Vergelijking van dit Zvw-verzekeringplichtigenbestand met het bestand van daadwerkelijk Zvw-verzekerden, het RBVZ-bestand, geeft inzicht in de mensen die niet aan hun verzekeringsplicht hebben voldaan. Dit bestand onverzekerden zal gebruikt worden voor het actief benaderen van deze mensen om hen aan te sporen aan de verzekeringsplicht te voldoen (zie hierover hoofdstuk 3).

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

2.1 Inleiding

Sinds 1 januari 2006 is in principe elke Nederlandse ingezetene verplicht zich te verzekeren ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bovendien is elke verzekerde van 18 jaar en ouder 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 genomen om ervoor te zorgen dat de zorgverzekering voor iedereen betaalbaar is. De voornaamste daarvan is de zorgtoeslag, die een financiële tegemoetkoming voor de nominale premie van de zorgverzekering voor verzekerden met inkomen onder een bepaalde inkomensgrens biedt. 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 hoe om te gaan met wanbetalers. Een verzekeraar die het incassoprotocol naleeft ontvangt een compensatie voor de gederfde premie uit het Zorgverzekeringsfonds bij een premie-achterstand van zes maandpremies.

Als ondersteunende maatregel is in de "Wet verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering" geregeld dat iemand met een premie-achterstand van een maand zijn verzekering niet kan opzeggen. Tegelijkertijd werd wenselijk geacht meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep wanbetalers. Daartoe doet het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) jaarlijks onderzoek.

2.2 Wijze van monitoring door CBS

In 2006, 2007 en 2008 is het aantal wanbetalers door het CBS gemonitord. Voor het monitoren van wanbetalers is het nodig dat het CBS van de verzekeraars verneemt wie de wanbetalers zijn. Zorgverzekeraars hebben hiervoor de sofinummers van hun verzekerden die minimaal 6 maanden geen premie voor hun basisverzekering betaald hebben naar het CBS gestuurd. Vervolgens zijn door een confrontatie op persoonsniveau met zowel de registratie van alle verzekerden, als met de GBA, de achtergrondkenmerken van de wanbetalers bepaald. Alleen personen die minimaal 6 maanden geen premie voor hun basisverzekering betaald hebben en op 31 december van het desbetreffende jaar ingeschreven staan in de GBA en op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden van 18 jaar of ouder, worden tot de groep wanbetalers gerekend. Voor het bepalen van de achtergrondkenmerken van de wanbetalers maakt het CBS gebruik van het GBA, het RBVZ-bestand, bestanden van zorgverzekeraars met sofinummers van hun wanbetalers en aanvullende bestanden over uitkeringen, studenten en ontvangen zorgtoeslag.

2.3 Aantal wanbetalers

Op 28 april 2008 heeft het CBS gerapporteerd over de stand van het aantal wanbetalers op 31 december 2008. Het aantal wanbetalers is in een jaar tijd met 16% gestegen tot 279 520. Dit is 2,2% van het totaal aantal verzekerden. Meer dan 95 000 personen staan al drie jaar te boek als wanbetaler ².

² Dit wil overigens niet zeggen dat deze groep wanbetalers nooit een deel van de schuld heeft afgelost; dat kan namelijk wel het geval zijn.

Onderstaande tabel geeft het aantal wanbetalers per peildatum weer.

Tabel 1.

Peildatum	Aantal wanbetalers	% van de betreffende bevolkingsgroep
31 december 2008	279 520	2,2
31 december 2007	240 250	1,9
1 mei 2007	190 210 ³	1,5
31 december 2006	240 000 ⁴	1,9
bron:cbs		

2.4 Achtergrondkenmerken

Wanbetalers en leeftijd

Ruim 148 000 wanbetalers zijn tussen de 20 en 40 jaar oud. Er is ook een sterke groei bij de personen van 70 jaar of ouder (van 3700 naar 5720) personen), al is het totaal aantal wanbetalers in deze groep nog steeds erg laag.

Tabel 2.

Wanbetalers naar leeftijd			
	Wanbetalers		Ten opzichte van alle wanbetalers 2008
	31 december 2008	Vaste kern 2006-2008	Vaste kern 2006-2008
	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	%
Totaal	279.520	95.860	34,3
18 tot 20 jaar	7.180	0	0,0
20 tot 25 jaar	39.260	12.340	31,4
25 tot 30 jaar	39.060	14.140	36,2
30 tot 35 jaar	34.000	12.330	36,3
35 tot 40 jaar	36.540	13.350	36,5
40 tot 45 jaar	34.650	12.580	36,3
45 tot 50 jaar	31.020	11.450	36,9
50 tot 55 jaar	22.520	8.370	37,2
55 tot 60 jaar	14.910	5.400	36,2
60 tot 65 jaar	9.950	3.300	33,2
65 tot 70 jaar	4.710	1.430	30,4
70 tot 75 jaar	2.480	700	28,2
75 tot 80 jaar	1.550	300	19,4
80 jaar en ouder	1.690	200	11,8
Bron: CBS			

Wanbetalers en herkomst

Van de 279 520 wanbetalers eind 2008 is bijna 59% autochtoon (163 570) en heeft 41% (115 940) een allochtone afkomst. Bijna 15% van de Antillianen en Arubanen (13 830) is wanbetaler.

³ Van de geschatte 240 000 per ultimo 2006, waren er op 1 mei 2007 nog 211 599 personen wanbetaler. Van deze groep waren 190 210 op 31 december 2006 ook aanwezig in het GBA.

⁴ Eerste schattingen van het College voor Zorgverzekeringen.

Onderstaande tabel geeft het aantal autochtonen en allochtonen weer en de verdeling per land van herkomst.

Tabel 3.

Peildatum	31 december 2008		31 december 2007	
	Aantal wanbetalers	% van de betreffende bevolkingsgroep	Aantal wanbetalers	% van de betreffende bevolkingsgroep
Totale bevolking	279 520	2,2	240 250	1,9
Autochtoon	163 570	1,6	139 000	1,3
Totaal allochtoon	115 940	4,7	101 250	4,2
w.v.				
Marokko	13 920	6,5	12 000	5,7
Turkije	13 990	5,4	12 070	4,8
Suriname	23 680	9,3	20 460	8,2
Ned. Antillen en Aruba	13 830	14,6	12 150	13,2
Overige niet-Westerse landen	19 420	4,6	17 410	4,4
Overige Westerse landen	31 110	2,5	27 160	2,2

Bron: CBS

De vier grote steden hebben, met uitzondering van Utrecht, fors meer wanbetalers dan het gemiddelde in Nederland.

Tabel 4.

Wanbetalers en vaste kern wanbetalers zorgverzekeringswet naar de vier grote steden, 31 december 2008			
	Wanbetalers		T.o.v. alle wanbetalers 2008
	31 december 2008	Vaste kern 2006-2008	Vaste kern 2006-2008
	aantal	aantal	%
Totaal	279.520	95.860	34,3
Amsterdam	21.090	6.450	30,6
Rotterdam	23.500	9.060	38,6
Den Haag	19.550	3.880	19,8
Utrecht	4.910	1.480	30,1
Rest van Nederland	210.470	74.980	35,6

bron: CBS

2.5 Getroffen maatregelen

Om het aantal wanbetalers terug te dringen en te voorkomen dat wanbetalers door de zorgverzekeraars geroyeerd zouden worden (en hiermee onverzekerden 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 en professionaliseren. Als tegenprestatie 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 betalingsachterstand van minimaal een maandpremie (Wet versterken incassoregime⁵).

Het probleem van wanbetaling is met bovenstaande maatregelen echter niet opgelost. Wanbetalers komen door hun slechte betaalgedrag hun wettelijke premieplicht niet na. Zoals hiervoor al is

⁵ Stb. 2007, 540.

aangegeven komt de solidariteit in het verzekeringsstelsel, die de basis vormt voor de Zvw, hierdoor onder druk te staan. De druk op het (alsnog) betalen van de nominale premie moet daarom zo hoog mogelijk worden opgevoerd.

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

Thans is in de Eerste Kamer aanhangig het wetsvoorstel inzake de Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de Zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)(31.736).

Het wetsvoorstel 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 schuldhelpverlening. Indien iemand zes maanden premie-achterstand heeft komt iemand in aanmerking voor de heffing en inning van een (hogere) bestuursrechtelijke premie. In die situatie zal zoveel mogelijk inhouding op salaris of uitkering plaatsvinden. Ook zal door intensieve incassoactiviteiten getracht worden het aantal wanbetalers terug te dringen.

Wanbetalers die langer dan zes maanden hun premie niet hebben betaald, worden door de verzekeraar aangemeld bij het CVZ. Het CVZ heft daarop een bestuursrechtelijke premie die 130% is van de gemiddelde nominale premie. Deze bestuursrechtelijke premie wordt vervolgens via het principe van bronheffing ingehouden op het inkomen van de wanbetaler en indien nodig op de zorgtoeslag. Het CVZ heft deze bestuursrechtelijke premie totdat de wanbetaler zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan en weer gewoon zijn premie aan de zorgverzekeraar gaat betalen.

De parlementaire behandeling van het genoemde wetsvoorstel zal naar verwachting nog voor de zomer worden afgerond. Het streven is er op gericht dat de wet nog dit jaar in werking treedt. Beoogd wordt een daling van het aantal wanbetalers te realiseren met circa 50 000 wanbetalers per jaar en het aantal zoveel mogelijk te beperken.

2.6 Kosten wanbetalers

In verband met de compensatie aan zorgverzekeraars voor de gedeerde premie-inkomsten voor verzekerden met meer dan 6 maanden betalingsachterstand is in 2008 over de jaren 2006 en 2007 door het CVZ cumulatief € 160 miljoen uitgekeerd. In dit bedrag zit verwerkt een correctie op de in 2006 aan zorgverzekeraars verstrekte compensaties, in verband met alsnog via incasso ontvangen achterstallige premies over 2006.

De kosten van deze compensatie zullen – indien het wetsvoorstel wordt aanvaard – in de toekomst gedekt worden door de opbrengsten van de bestuursrechtelijke premie.

2.7 Uitvoering

De uitvoering van het wetsvoorstel zal worden opgedragen aan het CVZ, dat belast is met het heffen van de bestuursrechtelijke premie bij betrokkenen. De voorbereidingen verlopen volgens planning.

2.8 Conclusie

Om het aantal wanbetalers terug te dringen en te voorkomen dat wanbetalers door de zorgverzekeraars geroyeerd zouden worden (en hiermee onverzekerden zouden worden) heeft VWS vrij snel na de invoering van de Zvw afspraken gemaakt met ZN over de volledige uitvoering van de basisverzekering bij verzekerden met een betalingsachterstand langer dan 6 maanden. Het probleem van wanbetaling is met de getroffen maatregelen echter niet opgelost. Uit de cijfers van het CBS van 23 april 2009 blijkt dat het aantal wanbetalers is toegenomen. Het wetsvoorstel structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering dat momenteel bij de Eerste Kamer in behandeling is, zal naar verwachting in belangrijke mate bijdragen aan het terugdringen van het aantal wanbetalers.

HOOFDSTUK 3. ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding

Sinds de invoering van de Zvw op 1 januari 2006 moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekeringsovereenkomst sluiten.

Verzekeringsplichtigen die niet aan hun Zvw-verzekeringsplicht voldoen en nalaten een zorgverzekeringsovereenkomst te sluiten, zijn onverzekerd.

Het is om verschillende redenen ongewenst dat verzekeringsplichtigen zich niet verzekeren:

- zij betalen alleen de procentuele, inkomensafhankelijke bijdrage en onttrekken zich aan de solidariteit;
- het heeft gevolgen voor de zorgaanbieders die geconfronteerd worden met dubieuze debiteuren;
- het heeft mogelijk gevolgen voor de volksgezondheid omdat onverzekerden wellicht zorg mijden.

Om te voorkomen dat verzekeringsplichtigen nalaten een zorgverzekering te sluiten is in de Zvw een sanctie opgenomen die het voor verzekeringsplichtigen onaantrekkelijk maakt zich aan de verzekeringsplicht te onttrekken. Verzekeringsplichtigen die zich niet tijdig verzekeren zijn een boete verschuldigd ter hoogte van 130% van de premie over de termijn waarover zij hebben nagelaten zich te verzekeren, met een maximum van vijf jaar.

Aanvankelijk is gedacht dat goede voorlichting in combinatie met een robuust boetebeleid ertoe zou leiden dat verzekeringsplichtigen wel een zorgverzekering zouden sluiten. Echter, gebleken is dat ondanks alle voorlichting over de verzekeringsplicht voor de Zvw en het boetebeleid er in Nederland nog steeds verzekeringsplichtigen zijn die geen zorgverzekering hebben gesloten en dus onverzekerd zijn.

Minister Hoogervorst heeft de Kamer bij de invoering van de Zvw toegezegd de onverzekerdenproblematiek te zullen evalueren en te monitoren om te bezien hoe het probleem van onverzekerden zich ontwikkelt⁶. Inzicht hebben in de aantallen onverzekerden is hierbij van groot belang. Daarom is in 2006 aan het CBS gevraagd om het aantal onverzekerden voor de Zvw in kaart te brengen. Het CBS heeft daarover op 5 juli 2006 een eerste rapportage uitgebracht. Het CBS heeft het in kaart brengen van het aantal onverzekerden opgenomen in haar reguliere takenpakket, waardoor zij jaarlijks het aantal onverzekerden zal presenteren.

3.2 Wijze van monitoring door CBS

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 Gemeentelijke Basisadministratie (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 omdat hun verzekering op andere wijze is geregeld, 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 illegalen, grensarbeiders die in het buitenland wonen en in Nederland werken en Zvw-verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen blijven buiten beschouwing omdat zij niet in de GBA staan ingeschreven.

⁶ Kamerstukken II, 2006/07, 29 689, nr. 63.

3.3 Aantal onverzekerden

Het CBS heeft in haar publicatie van 15 april 2009⁷ aangegeven dat het aantal onverzekerden in 2008 aanzienlijk lager uit valt, dan eerder gepubliceerde cijfers over het aantal onverzekerden in 2006 en 2007 (die uitkwamen op ruim 240 respectievelijk 230 duizend onverzekerden). Als gevolg van aanloopproblemen in de aanlevering voor de jaren 2006 en 2007 heeft een aantal zorgverzekeraars een te laag aantal bij hen ingeschreven verzekerden tegen ziektekosten gerapporteerd aan het Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen. In de berekeningsmethodiek van het CBS leidt deze onderrapportage van het aantal verzekerden tot een overschatting van het aantal onverzekerden in beide jaren.

Het CBS heeft aangegeven in overleg met betrokken partijen nader onderzoek te gaan doen naar de omvang van deze onderregistratie. De uitkomsten zullen naar verwachting leiden tot een neerwaartse bijstelling van de gepubliceerde aantallen onverzekerden over 2006 en 2007. Onder de voorwaarde dat het geactualiseerde register van alle verzekerden op korte termijn beschikbaar is, kunnen de herziene cijfers rond 1 augustus beschikbaar zijn.

De cijfers van 2008 zijn als gevolg van het bovenstaande niet vergelijkbaar met eerdere jaren.

Niettegenstaande de lagere aantallen onverzekerden dan waarvan eerder werd uitgegaan, blijft het thans geschatte aantal onverzekerden met ruim 170 000 nog altijd een relevant aantal.

Tabel 5.

Peildatum	Aantal onverzekerden	% van de betreffende bevolkingsgroep
1 mei 2008	171 280 (voorlopig cijfer)	1,0%
1 mei 2007	231 000 ⁸ (wordt herzien)	1,4%
1 mei 2006	241 000 ⁹ (wordt herzien)	1,5%
31 december 2005 (Ten tijde van de Ziekenfondswet)	242 000 ¹⁰	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 2008. Hierdoor is meer inzicht verkregen in de specifieke groepen onverzekerden. Ook deze achtergrondkenmerken zijn nog voorlopig, evenals het aantal onverzekerden in 2008.

Achtergrondkenmerken onverzekerden op 1 mei 2008

Op 1 mei 2008 waren ruim 171 duizend inwoners van Nederland onverzekerd. Dat is 1,0 procent van de bevolking. Allochtonen zijn vaker onverzekerd dan autochtonen: 0,4 procent van de autochtonen is op 1 mei 2008 onverzekerd, tegen 3,6 procent van de allochtonen.

In absolute zin betreffen de grootste groepen onverzekerden onder niet-westerse allochtonen met name inwoners afkomstig uit de Nederlandse Antillen en Aruba, Turkije, Suriname, Marokko en China. Er is een duidelijk verschil tussen de eerste en tweede generatie allochtonen: 1,0 procent van de tweede generatie is onverzekerd tegen 6,1 procent van de eerste generatie.

CBS vindt het aandeel onverzekerden uit de nieuwe EU-lidstaten Bulgarije, Polen en Roemenië en de Verenigde Staten van Amerika (VS) opvallend. Onverzekerden uit de VS en een aantal andere westerse landen zijn vaak op een andere manier verzekerd in het land van herkomst. Dat neemt echter niet weg dat ze moeten voldoen aan de verzekeringsplicht in het kader van de Zvw. Ruim de helft van het aantal onverzekerden bestaat uit twintigers en dertigers. Mannen zijn vaker

⁷ Zie Bijlage I.

⁸ Kamerstukken II, 2007/08, 29 689 en 30918, nr. 193.

⁹ Kamerstukken II, 2006/07, 29 689, nr. 133.

¹⁰ Kamerstukken II, 2006/07, 29 689, nr. 107.

onverzekerd dan vrouwen, dat geldt vooral voor de leeftijdscategorie van 25 tot 60 jaar. Van alle onverzekerden is 58 procent man. Op 1 mei 2008 was 0,4 procent van alle uitkeringsgerechtigden onverzekerd. Dat is veel minder dan het gemiddelde voor de gehele bevolking.

Nadere uitsplitsing onverzekerde allochtonen

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

Tabel 6.

	1 mei 2008	
	Aantal	% van de betreffende bevolkingsgroep
Totale bevolking	171 280	1,0%
Autochtoon	56 030	
Totaal allochtoon	115 250	
Marokko	4 440	
Turkije	5 360	
Suriname	4 930	
Ned. Antillen en Aruba	5 700	
Overige niet-Westerse landen	32 750	
Overige Westerse landen	62 060	

Tabel 7.

	Land van herkomst	Aantal onverzekerden 2008
Westerse	Bulgarije	3 300
Landen	Duitsland	10 860
	Verenigd Koninkrijk	4 750
	Verenigde Staten	4 640
	Polen	7 240
	Frankrijk, België, Italië en Spanje	9 040
	Roemenie	1 360
	Marokko	4 440
Niet-Westerse Landen	Turkije	5 360
	Suriname	4 930
	China	5 000
	Nederlandse Antillen	5 700

3.5 Bestuurlijke boete

Zoals in de inleiding (3.1) is beschreven, is de sanctie die is gesteld op het niet tijdig nakomen van de verzekeringsplicht een bestuurlijke boete ter grootte van 130% van de verschuldigde premie over de periode dat men ten onrechte niet verzekerd was, tot een maximum van vijf jaren. Het betalen van een boete leidt er niet toe dat met terugwerkende kracht verzekering tot stand komt. Eventuele kosten voor medische zorg die in de onverzekerde periode door de boeteplichtige zijn betaald, blijven voor zijn rekening.

Dit boetebeleid oogt robuust. Niettemin moet worden vastgesteld dat het niet in alle opzichten een adequaat middel blijkt om te bereiken dat alle verzekeringsplichtigen daadwerkelijk tot verzekering overgaan. In het huidige boetebeleid krijgt iemand pas een boete opgelegd, wanneer hij zich te laat heeft aangemeld voor een zorgverzekering. In de praktijk is gebleken dat het bestaande boetebeleid onvoldoende prikkel vormt voor verzekeringsplichtigen om zich te verzekeren. De boete kan zelfs zo hoog oplopen dat die in de praktijk een hoge drempel opwerpt voor (langdurig) onverzekerden om zich alsnog te verzekeren. Daarnaast gaat er geen dreiging uit van de boetebepaling aangezien deze in de praktijk niet kan worden geëffectueerd bij het ontbreken van betaal mogelijkheden bij boeteplichtigen in relatie tot de hoogte van de boete. In dergelijke

gevallen wordt de boete namelijk verlaagd rekening houdend met de mate waarin betrokkenen in staat zijn deze te betalen, of zelfs op nihil gesteld. Het komt erop neer dat bepaalde groepen personen zich in feite ongestraft aan de verzekeringsplicht voor de Zvw kunnen onttrekken door te wachten met het sluiten van een verzekering totdat de noodzaak van medische zorg zich voordoet. In potentie gaat het hier om een groep van ten minste 2 miljoen mensen, waaronder mensen met een inkomen op, rond of onder het bijstandsniveau (sociaal minimum).

3.6 Getroffen maatregelen

Het Ministerie van VWS heeft bij de inwerkingtreding van de Zvw een voorlichtingscampagne gehouden waarin via de media (tv, radio, kranten) burgers over hun verzekeringsplicht zijn voorgelicht. VWS heeft destijds ook een speciaal traject ontwikkeld voor de voorlichting aan 'moeilijk bereikbare en kwetsbare doelgroepen'. Het betrof onder meer: dak- en thuislozen, verslaafden, psychiatrische patiënten, gehandicapten, (oudere) allochtonen, vereenzaamde ouderen en analfabeten.

Naast voorlichting zijn er naar aanleiding van het rapport "Zorg verzekerd"¹¹ stappen ondernomen om onverzekerde tegen te gaan, zoals het bevorderen van collectieve (aanvullende) verzekeringen voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima en het vergroten van de postadressenregeling.

Ondanks genoemde maatregelen in combinatie met alle voorlichting over de verzekeringsplicht voor de Zvw en een dreiging van een boete, blijken er toch verzekeringsplichtigen te zijn die nalaten om binnen de wettelijk gestelde termijn een zorgverzekering af te sluiten. Dit zijn onverzekerde verzekeringsplichtigen (onverzekerden).

Bij brief van 3 maart 2008¹² is het Plan van aanpak inzake het terugdringen van onverzekerden, waaronder de doelgroepgerichte voorlichting en actieve opsporing van onverzekerden door bestandsvergelijking, aan de beide Kamers gezonden. De in het plan van aanpak genoemde maatregelen zijn uitgewerkt in het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' dat naar verwachting in de tweede helft van dit jaar aan het parlement kan worden aangeboden.

3.6.1 Doelgroepgerichte voorlichting

Om het aantal onverzekerden verder terug te dringen voordat de onverzekerden actief worden opgespoord in 2010, zijn verdergaande voorlichtingsactiviteiten ingezet die gericht zijn op specifieke groepen. Deze groepen zijn naar voren gekomen uit de nadere analyse van het CBS. Het gaat daarbij om doelgroepgerichte voorlichting aan allochtonen, gezinnen met kinderen, jongeren die de leeftijd van 18 jaar bereiken, nieuwe ingezetenen, gedetineerden, ex-asielzoekers en rechthebbenden op generaal pardon.

Het Ministerie van VWS heeft in december 2008 door middel van paginagrootte advertenties ouders gewezen op het feit dat zij voor hun kinderen geen premie hoeven te betalen en dat het van belang is hen te verzekeren.

Daarnaast heeft het Ministerie van VWS een brochure ontwikkeld voor nieuw ingezetenen, waarin zij worden gewezen op de Zvw-verzekeringsplicht. Deze brochure wordt veelvuldig opgevraagd door gemeenten. De informatie in de brochure is in negen talen vertaald.

Verder heeft VWS een brochure ontwikkeld voor buitenlandse werknemers in Nederland. 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 Polen. 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.

Een groot deel van de doelgroepgerichte voorlichting is georganiseerd door Stichting de Ombudsman die in het 2007, 2008 en 2009 subsidie heeft gekregen ten behoeve van voorlichting aan diverse groepen onverzekerden. De Stichting zet zich in om zoveel mogelijk mensen zonder

¹¹ Het rapport "Zorg verzekerd" is bij brief van 13 december 2005 (Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 47) aan beide Kamers gezonden.

¹² Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 180.

zorgverzekering te bereiken en heeft zich op verschillende manieren gericht op gezinnen met kinderen, allochtonen, dak- en thuislozen en onverzekerde jongeren. Deze Stichting heeft een gratis telefoonlijn geopend om hulp te bieden bij het sluiten van de zorgverzekering en het aanvragen van de zorgtoeslag. Van de onverzekerden die de Stichting de Ombudsman hebben gebeld of hebben benaderd met vragen, is gebleken dat 98% een zorgverzekering heeft gesloten.

Een uitgebreid overzicht van de voorlichtingsactiviteiten van Stichting de Ombudsman is te vinden in bijlage III.

3.6.2 Wetsvoorstel opsporing en verzekering onverzekerden

Het wetsvoorstel in het kort

Het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' beoogt dat verzekeringsplichtigen zonder zorgverzekering via bestandskoppeling opgespoord worden. 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 op heden bestaat er echter geen AWBZ-verzekerdenbestand. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de SVB een voorstel gedaan voor het opzetten van zo'n positieve, actuele AWBZ-verzekerdenregistratie die aansluit bij een reeds in uitvoering zijnde opzet voor een SVB-volksverzekerdenadministratie (VVA). Daardoor is een koppeling mogelijk van dat bestand van AWBZ-verzekerden met het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet (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 zal naar voren komen welke personen niet hebben voldaan aan hun verzekeringsplicht ingevolge de Zvw.

Deze bestandsvergelijking zal in opdracht van het CVZ door de SVB worden verricht.

Het CVZ zal een door middel van bestandsvergelijking opgespoorde onverzekerde vervolgens aanschrijven met de mededeling dat hij 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.

In het wetsvoorstel wordt voorts een nieuw boeteregime geïntroduceerd. Het gekozen systeem 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. 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 boete op. Indien bij een volgende bestandsvergelijking zou blijken dat een onverzekerde zich nog steeds niet verzekerd heeft zal CVZ betrokkene ambtshalve onderbrengen bij een zorgverzekeraar. Om te voorkomen dat betrokkene onmiddellijk na ambtshalve verzekering zijn premie niet betaalt, zal gedurende een periode van twaalf maanden een situatie op hem van toepassing worden die vergelijkbaar is met het wanbetalersregime zoals dat is geregeld in de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering. Dat betekent dat hij gedurende die periode een bestuursrechtelijke premie verschuldigd wordt van 100%, die zo mogelijk door middel van bronheffing zal worden geïnd. Een ambtshalve verzekerde kan zich op deze manier niet onmiddellijk aan premiebetaling onttrekken.

Beoogd wordt het wetsvoorstel op zo kort mogelijke termijn in werking te laten treden. Tot die tijd geldt de huidige wetgeving en het daarbij horende boetebeleid.

3.7 Kosten onverzekerden

Uit voorlopige cijfers van het CBS van 15 april 2009 blijkt dat er op 1 mei 2008 171 280 verzekeringsplichtigen onverzekerd zijn. Zij betalen geen nominale premie. In totaal is hierdoor

circa 180 miljoen euro aan nominale premie misgelopen in 2008¹³. Onverzekerden betalen wel inkomensafhankelijke premie.

Voor deze onverzekerden worden nauwelijks zorgkosten uitgespaard. Zodra zij namelijk zorg nodig hebben, sluiten zij alsnog een zorgverzekering. Hiermee onttrekt deze groep zich aan de kern van het verzekeren; geruime tijd premie betalen, zonder dat daar per definitie geconsumeerde zorg tegenover staat.

3.8 Uitvoering

De uitvoering van het wetsvoorstel wordt opgedragen aan het CVZ.

De bestandsvergelijking tussen het bestand van AWBZ-verzekerden met het RBVZ zal in opdracht van het CVZ door de SVB worden verricht.

De inning van door het CVZ opgelegde boetes door het Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB) te laten uitvoeren. De verantwoordelijkheid voor het boeteregime blijft bij het CVZ.

De voorbereidingen voor de uitvoering verlopen naar tevredenheid.

3.9 Conclusie

Om onverzekertheid te voorkomen is al een groot aantal maatregelen in de voorlichtingssfeer getroffen. Aanvankelijk is gedacht dat goede voorlichting in combinatie met een robuust boetebeleid ertoe zou leiden dat verzekeringsplichtigen wel een zorgverzekering zouden sluiten. Echter, gebleken is dat voorlichting en het boetebeleid niet hebben kunnen voorkomen dat er onverzekerden zijn.

Uit voorlopige cijfers van het CBS van 15 april 2009 blijkt dat er op 1 mei 2008 171 280 onverzekerde verzekeringsplichtigen waren. Het CBS geeft aan dat het aantal onverzekerden in 2008 niet te vergelijken is met cijfers van eerdere jaren.

Niettegenstaande de lagere aantallen onverzekerden dan waarvan eerder werd uitgegaan, blijft het thans geschatte aantal onverzekerden met ruim 171 000 nog altijd een relevant aantal.

Verondersteld wordt dat het aantal onverzekerden zonder nadere maatregelen niet veel verder zal teruglopen, ook gelet op de situatie van voor de invoering van de Zvw waarbij het aantal onverzekerden rond de 1,5% bleef schommelen.

Het kabinet is van mening dat het ongewenst is dat er een situatie bestaat waarbij een deel van de verzekeringsplichtigen zich kan onttrekken aan de verzekeringsplicht. De voorlopige cijfers van het CBS doen dan ook niets af aan de voornemens van het kabinet om het aantal onverzekerden terug te dringen door middel van actieve opsporing.

Bij brief van 3 maart 2008 is het 'Plan van aanpak inzake terugdringing onverzekerden Zorgverzekeringswet', gestuurd aan de Tweede Kamer¹⁴. Ter uitwerking van de in het plan van aanpak genoemde maatregelen is het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' in voorbereiding. Op 15 mei 2009 heeft de Ministerraad ingestemd met doorgeleiding van het conceptwetsvoorstel naar de Raad van State voor advisering.

Tot het moment van inwerkingtreding van het wetsvoorstel worden verdergaande voorlichtingsactiviteiten ingezet die gericht zijn op specifieke groepen om het aantal onverzekerden verder terug te dringen. Een groot deel van de doelgroepgerichte voorlichting is georganiseerd door Stichting de Ombudsman die in het 2007, 2008 en 2009 subsidie heeft gekregen ten behoeve van voorlichting aan onverzekerden.

¹³ Gemiddelde nominale premie in 2008 bedroeg € 1047,-.

¹⁴ Kamerstukken II, 2007/08, 29 689, nr. 180.

HOOFDSTUK 4. VERDRAGSGERECHTIGDEN

4.1 Inleiding

De Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 (hierna: Verordening) en de tussen Nederland en andere staten bestaande bilaterale sociale zekerheidsverdragen (hierna: verdragen) hebben ten doel te voorkomen dat mensen die zich binnen Europa of binnen de verdragslanden verplaatsen helemaal niet sociaal verzekerd zijn 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.

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-verzekeringsplichtig. 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. Zij worden beschermd door de Verordening en de verdragen. Zij hebben recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland (verdragsrecht). Met België en Duitsland is inmiddels afgesproken dat deze gezinsleden ook in Nederland zorg kunnen 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.

Woonlandpakket

In de gevallen waarin op grond van de Verordening of een verdrag recht bestaat op zorg, gaat het altijd om de zorgaanspraken zoals die zijn geregeld volgens de sociale ziektekostenverzekering van het land waar die zorg wordt ingeroepen. Dus wie zorg inroept in zijn woonland krijgt de zorg zoals die is geregeld in het wettelijke pakket van dat woonland (woonlandpakket) ten laste van Nederland.

Hiertoe wordt jaarlijks 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 Schippers¹⁵ en aan de uitspraak in kort geding van de Rechtbank te 's Gravenhage van 31 maart 2006¹⁶.

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 2009 is dat aantal afgerond 209 000.

Hieronder volgt een uitsplitsing van deze aantallen naar categorie. Tabel 8 bevat een uitsplitsing van de verdragsgerechtigden naar woonland.

Tabel 8.

Categorie	2009	2008	2005
Grensarbeiders/werknemers (Zvw verzekerd)*	76 273	69 106	33 107
Gezinsleden van grensarbeiders/werknemers	28 647	25 290	5 282
Achtergebleven gezinsleden van grensarbeiders/werknemers ¹⁷	5 858	6 238	6 922
Gepensioneerden	72 620	73 307	32 354
Gezinsleden van gepensioneerden	25 423	25 590	18 827
Achtergebleven gezinsleden van gepensioneerden ¹⁸	40	50	50
Totaal	208 861	199 581	96 542

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

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.

¹⁵ Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 52.

¹⁶ Stichting Belangenbehartiging Nederlandse Gepensioneerden in het buitenland en enige individuele belanghebbenden tegen de Staat der Nederlanden (KG 06/125).

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

¹⁸ Het gaat hier om gezinsleden die in een ander land wonen dan de gepensioneerde zelf.

Over 2008 betaalden verdragsgerechtigden in totaal € 72,5 miljoen verdragsbijdrage en Nederland betaalde voor hen in de vorm van gemiddelde kostenbedragen in totaal € 182 miljoen aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan betrokkenen.

Tabel 9.

Land	Aantal verdragsgerechtigden	Ontvangen bijdrage 2008 (€)
<i>EU/EER/Zwitserland</i>		
België	62 897	23 591 939
Bulgarije	47	3 285
Cyprus	70	25 365
Denemarken	97	117 754
Duitsland	60 931	14 553 391
Estland	3	657
Finland	61	68 622
Frankrijk	8 236	13 260 499
Griekenland	901	528 350
Hongarije	518	121 370
Ierland	321	702 102
Verenigd Koninkrijk	1 558	1 854 552
IJsland	1	4 389
Italië	1 752	1 803 699
Letland	5	1 166
Liechtenstein	0	0
Litouwen	15	2 135
Luxemburg	194	287 999
Malta	123	73 018
Noorwegen	122	277 590
Oostenrijk	611	681 197
Polen	3 792	58 456
Portugal	2 571	1 617 584
Roemenië	74	5 124
Slovenië	49	26 345
Slowakije	517	6 910
Spanje	13 123	9 636 578
Tsjechië	724	53 281
Zweden	371	517 236
Zwitserland	716	697 174
<i>Bilateraal</i>		
Bosnië-Herzegovina	313	18 987
• Repl. Srpska	102	6 435
Kaapverdië	1 734	31 722
Kroatië	390	94 873
Macedonië	167	9 594
Marokko	19 351	375 701
Tunesië	788	30 348
Turkije	25 052	1 287 694
Voormalige Republiek Joegoslavië		
• Kosovo	30	2 678
• Montenegro	31	1 144
• Servië	425	32 134
• Vojvodine	77	5 843
Totaal	208 861	72 474 920

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 de woonstaat kan zien dat betrokkene inderdaad recht heeft op zorg ten laste van Nederland. Eind maart heeft de Nationale Ombudsman een onderzoek gepubliceerd omtrent de achterstanden bij CVZ bij het vaststellen van de definitieve jaarafrekening van de verdragsbijdrage over 2006. CVZ heeft nog niet alle verdragsgerechtigden een definitieve jaarafrekening kunnen sturen waardoor een aantal verdragsgerechtigden nog wacht op teruggave van teveel betaalde bijdrage. Momenteel werkt het CVZ aan een nieuw ICT-systeem dat de afwikkeling in toekomstige jaren moet versnellen. Tot die tijd blijft het CVZ zijn best blijft doen binnen de bestaande mogelijkheden om ervoor te zorgen dat betrokkenen zo snel mogelijk hun geld terugkrijgen. Voor het overige verloopt de uitvoering door het CVZ naar behoren.

4.5 Relevante ontwikkelingen

Nieuwe berekening verdragsbijdrage

In verband met de vele wijzigingen in nationale wetgeving en uitgebreide jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie is de noodzaak ontstaan om Verordening nr. 1408/71, die in 1971 is vastgesteld en sindsdien op diverse onderdelen is aangepast, te moderniseren. De nieuwe Verordening nr. 883/04 zal naar verwachting op 1 maart 2010 in werking treden. Er zijn -voor zover in dit kader van belang- twee nieuwigheden:

1. Naast het recht op zorg in het woonland krijgen gepensioneerde verdragsgerechtigden en hun gezinsleden onder de nieuwe Verordening 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 Zvw-verzekerden hebben dit recht al sinds 2006.
2. Daarnaast komen ook de kosten van ingeroepen zorg bij tijdelijk verblijf van een verdragsgerechtigde buiten zijn woonland onder de nieuwe Verordening ten laste van Nederland (nu nog 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)¹⁹ 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 in Nederland over de jaren 2006-2008 de volgende gegevens kunnen vastleggen:

Tabel 10.

<i>Jaar</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Aantal personen	530	1.750	2.500
Totaal €	€ 421.000	€ 1.750.000	€ 3.310.000

Waar in 2006 nog bescheiden gebruik werd gemaakt van de mogelijkheid om zorg in Nederland te halen, nam dit in 2007 en 2008 nadrukkelijk toe. Wel wordt opgemerkt dat het hier gaat om gezinsleden van grensarbeiders, die vanwege de geringe reisafstand geen belemmering ondervinden om de zorg in Nederland te halen. De verwachting is dat verdragsgerechtigden die verder van Nederland wonen minder frequent naar Nederland zullen komen en dit voornamelijk zullen doen voor (dure) specialistische zorg en minder gebruik zullen maken van niet-specialistische zorg (bijv. huisarts of medicijnen) in Nederland.

¹⁹ Kamerstukken II, 2007/08, 30 918, nr. 27.

Geconcludeerd kan worden dat een stijgende tendens waarneembaar is voor zorggebruik in Nederland door verdragsgerechtigden. Deze tendens zal doorzetten als gevolg van het feit dat onder de nieuwe Verordening meer verdragsgerechtigden rechtstreeks recht krijgen op zorg in Nederland. In welke mate dat zal gebeuren is thans nog niet bekend.

Gelet hierop is er aanleiding de berekening van de verdragsbijdrage, die thans alleen is afgestemd op zorgconsumptie in het woonland, te herzien. 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.

Beoogd wordt met ingang van 1 januari 2011 de verdragsbijdrage als volgt te berekenen. In de berekening wordt expliciet tot uitdrukking gebracht dat een deel van de zorg buiten het woonland wordt geconsumeerd. De gedachte achter deze splitsing is dat het grootste deel van de zorg wordt genoten in het woonland, en een beperkt deel van de zorg daarbuiten. Omdat de woonlandfactor is bedoeld voor de zorg die in het woonland wordt genoten, wordt de verdragsbijdrage gesplitst.

De verdragsbijdrage voor het gedeelte van de zorg dat buiten het woonland wordt genoten (met name in Nederland, maar ook in derde landen) wordt niet gecorrigeerd door de woonlandfactor. Bij het berekenen van het af te splitsen percentage wordt uitgegaan van het totaal van de gemiddelde kosten van het zorggebruik in de woonlanden ten opzichte van de kosten van door verdragsgerechtigden in Nederland ingeroepen zorg. Er wordt uitgegaan van het totaal van de gemiddelde kosten in alle woonlanden gezamenlijk en het totaal van de extra kosten in Nederland. Daarmee wordt voorkomen dat binnen de groep verdragsgerechtigden te grote verschillen ontstaan. Dit draagt bij aan solidariteit binnen de totale groep.

Voorts wordt het Nederlandse verplicht eigen risico in rekening gebracht bij verdragsgerechtigden die daadwerkelijk gebruik maken van Nederlandse zorg. Op het verplicht eigen risico wordt de compensatie eigen risico voor chronisch zieken in mindering gebracht voor alle personen die het eigen risico moeten betalen.

Omdat de verordening tot toepassing van de nieuwe Europese sociale zekerheidsverordening 883/04 een artikel bevat dat stelt dat de verdragsbijdrage die een gepensioneerde verschuldigd is nooit hoger zal zijn dan wat betrokkene zou moeten betalen als hij in het pensioenland verzekerd zou zijn, wordt de bijdrage die de verdragsgerechtigden verschuldigd zijn, gemaximeerd op dit bedrag. Momenteel geldt nog een hogere bijdrage voor verdragsgerechtigden die wonen in IJsland, Ierland en Noorwegen.

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

Met het oog op de inwerkingtreding van de nieuwe Verordening op 1 maart 2010 zal het CVZ in het najaar van 2009 in samenwerking met VWS, Zorgverzekeraars Nederland, zorgverzekeraar CZ (het orgaan van de woonplaats) en zorgverzekeraar Agis (het orgaan van tijdelijk verblijf) een conferentie voor zorgverzekeraars organiseren waar zij geïnformeerd worden over de nieuwe Verordening.

Onderzoek naar herziening Verordeningregels voor gepensioneerden

Voor de positie van verdragsgerechtigden is verder nog van belang dat de Europese Commissie, mede op aandringen van de Nederlandse regering, een onderzoek laat uitvoeren naar de mogelijkheid om de regels voor gepensioneerden die in een ander land wonen dan het land waaruit het pensioen afkomstig is, drastisch te herzien. Van Nederlandse zijde bestaat daarbij een sterke voorkeur om als uitgangspunt te hanteren dat betrokkenen zowel voor wat betreft de zorgaanspraken als voor wat betreft de premiebetaling gaan vallen onder de wetgeving van hun woonland. Dat zou betekenen dat alle thans bij het CVZ ingeschreven verdragsgerechtigden verzekerd worden in hun woonland en de daar geldende premie gaan betalen. Buitenlandse verdragsgerechtigden die thans ingeschreven zijn bij het Nederlandse orgaan van de woonplaats (zorgverzekeraar CZ) worden dan gewoon Nederlandse verzekerden en zijn dan de Nederlandse premies verschuldigd.

Gezien de aanmerkelijke financiële consequenties die hieraan voor zowel de betrokken personen als voor de lidstaten verbonden zijn, zal het daadwerkelijk realiseren van een wijziging op dit vlak ongetwijfeld een kwestie van lange adem worden.

Verdrag met Turkije

Op het vlak van de bilaterale sociale zekerheidsverdragen kan gemeld worden dat het verdrag tot wijziging van het verdrag van 1966 inmiddels door Turkije is ondertekend. Het verdrag wordt binnenkort voor advies naar de Raad van State gestuurd, waarna de parlementaire goedkeuringsprocedure kan worden gestart.

Hiermee wordt een einde gemaakt aan de situatie dat verdragsgerechtigden, met een beroep op het feit dat het oude verdrag tussen Turkije en Nederland - in tegenstelling tot alle andere, meer recente verdragen - spreekt van 'verzekerden' terwijl betrokkenen niet daadwerkelijk verzekerd zijn maar alleen op grond van het verdrag als rechthebbende (en bijdrageplichtige) worden gekwalificeerd, bij het CVZ met succes bezwaar kunnen aantekenen tegen de inschrijving als verdragsgerechtigde.

4.6 Conclusie

Door de uitbreiding van de personele werkingssfeer van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering is het aantal personen dat onder de werkingssfeer van de Verordening en de verdragen is gekomen verdubbeld van 97 000 personen in 2005 naar 209 000 personen in 2008. In totaal betaalden de verdragsgerechtigden over 2008 € 72,5 miljoen verdragsbijdrage aan Nederland en betaalde Nederland voor hen € 182,4 miljoen aan het buitenland in de vorm van gemiddelde kostenbedragen.

Na inwerkingtreding van de nieuwe Verordening kunnen gepensioneerde verdragsgerechtigden zonder tussenkomst van het orgaan van de woonplaats zorg invoeren in Nederland. De kosten hiervan komen ten laste van Nederland. Verder zullen de kosten van zorg die door verdragsgerechtigden in een derde land wordt gebruikt, ten laste van Nederland komen. Vanwege deze ontwikkelingen wordt beoogd de berekening van de verdragsbijdrage per 1 januari 2011 te herzien, zoals al is aangegeven in het Masterplan buitenland²⁰. In de berekening zal expliciet tot uitdrukking worden gebracht dat een deel van de zorg buiten het woonland wordt geconsumeerd. Ten slotte wordt nog opgemerkt dat momenteel in opdracht van de Europese Commissie de mogelijkheid wordt onderzocht om verdragsgerechtigden zowel voor wat betreft de zorganspraken als voor wat betreft de premiebetaling te laten vallen onder de wetgeving van hun woonland.

²⁰ Kamerstukken II, 2007/08, 30918, nr.27.

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-verzekeringsplicht 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 verzekeringsplichtig zou zijn geweest. Het saldo op de rekening van CVZ kan een gemoedsbezwaarde gebruiken om de kosten te vergoeden van verleende zorg vergelijkbaar met het pakket van de zorgverzekering. Na aftrek van de gedeclareerde kosten wordt na opmaak van de eindafrekening over een gegeven jaar, de helft van de resterende vervangende belasting in het Zorgverzekeringsfonds gestort. De andere helft staat op individuele basis ter beschikking van zorgkosten die een gemoedsbezwaarde het volgende jaar maakt.

5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

Tabel 11.

Jaartal	Aantal gemoedsbezwaarden
31 december 2008	11 700
31 december 2007	11 392
31 december 2006	11 139

Volgens opgave van het CVZ betreft het circa 3 400 huishoudens.

5.3 Kosten en baten gemoedsbezwaarden

Het totaal van de vervangende belasting die de gemoedsbezwaarden in 2008 naar verwachting zullen afdragen is door het CVZ geraamd op € 5,69 miljoen. Het is een raming omdat op dit moment nog niet alle inkomensgegevens over 2008 van de Belastingdienst zijn ontvangen.

In 2008 zijn 2.833 declaraties ontvangen; deze zijn met name eind 2008 ingediend. Omdat op dit moment nog niet alle declaraties zijn beoordeeld en vastgesteld, heeft het CVZ een schatting gemaakt op basis van de uitbetalingen zorgkosten over 2007. Op basis hiervan bedragen de geraamde zorgkosten voor 2008 € 3,14 miljoen.

Uit de overheveling van de restant spaartegoeden 2007 is een bedrag van € 1,11 miljoen beschikbaar.

Samenvattend komt de raming 2008 neer op:

Tabel 12.

Realisatie budgetjaar 2008	
<i>bedragen x 1 miljoen euro</i>	
Ingehouden bijdragevervangende belasting	5,69
Verleende en te verlenen vergoeding voor zorgkosten	3,14
Saldo	2,55
Afdracht aan fonds	1,50
Toevoeging aan spaartegoed	1,05

5.4 Uitvoering

Het CVZ heeft aangegeven dat behoefte bestaat aan een vereenvoudiging van de regelgeving voor wat betreft de wijze waarop de eindafrekening ten behoeve van de afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds tot stand komt. De huidige berekeningswijze leidt door tussentijdse mutaties namelijk tot arbeidsintensieve herberekeningen. In overleg met CVZ zal VWS de mogelijkheden hiertoe bezien. Voor het overige zijn er geen bijzonderheden op het gebied van de uitvoering.

5.5 Conclusie

Zowel het aantal gemoedsbezwaarden als het aantal declaraties vertoont een constante lijn. Bezien zal worden in hoeverre de regeling administratief vereenvoudigd kan worden.

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. Uitgangspunt is dat de patiënt in eerste instantie zelf aansprakelijk is voor de kosten van aan hem verleende zorg. In het algemeen zal een ziektekostenverzekering de kosten van de patiënt overnemen. Niet rechtmatig verblijvende vreemdelingen zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen. In veel gevallen zal moeten worden geconstateerd dat deze personen zelf over onvoldoende financiële middelen beschikken om de kosten van verleende zorg te voldoen. Het gevolg daarvan is dat de zorgaanbieder een financieel risico draagt dat de kosten van de door hem aan een illegaal verblijvende vreemdeling verleende zorg niet aan hem worden vergoed.

6.2 Wetgeving

Ter voorkoming van aanmerkelijke inkomensschade van zorgaanbieders is in oktober 2007 een wetsvoorstel aan het Parlement voorgelegd dat de mogelijkheid biedt van 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 die verleende zorg niet kunnen betalen.

Na instemmen met het wetsvoorstel door de Tweede en Eerste Kamer eind 2008 is deze wet op 1 januari 2009 in werking getreden²¹.

Het gaat in de wet om het verstrekken van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan vreemdelingen die op grond van de bepalingen van de Koppelingswet vanwege hun verblijfsstatus zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen²², en die de rekening van de zorgaanbieder niet kunnen betalen en bovendien onverzekerd zijn tegen ziektekosten. Met het oog op de leesbaarheid wordt verder gesproken over 'illegalen', hoewel deze aanduiding de bepaalde groepen vreemdelingen waarvoor zorgaanbieders een bijdrage kunnen vragen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen, niet volledig juist weergeeft.

Uitgangspunt van de wet 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 bijdrage 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. Daarbij dienen afspraken te worden gemaakt en procedures te worden vastgelegd, zodat de werkwijze bij zorgvragen van onverzekerbare illegale vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. In het kader van het contract tussen het CVZ en de zorgaanbieder wordt voor de zorgverlening aan de illegaal een passende vergoeding bepaald.

Er kan slechts bij niet direct toegankelijke zorg van worden uitgegaan dat deze in alle gevallen kan worden ingeroepen bij daartoe gecontracteerde zorgaanbieders. 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 voorziet het wetsvoorstel in een vergoeding van 80% van de oninbare vordering. Kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling worden voor zover de kosten niet kunnen worden verhaald, voor 100% vergoed.

²¹ Wet van 30 oktober 2008, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verstrekking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen en van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten met het oog op verzekering van bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen (Stb. 2008, 526).

²² 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. Vreemdelingen die niet rechtmatig verblijven.

6.3 Uitvoering

Het CVZ voert de wettelijke bijdrageregeling uit. In het kader van de uitvoering heeft het CVZ eind november 2008 een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd over de nieuwe wettelijke regeling voor landelijke partijen die betrokken zijn bij de zorg voor illegalen, zoals koepel- en brancheverenigingen binnen de zorg en belangenbehartigende organisaties voor illegalen. Begin december 2008 heeft het CVZ voorlichtingsbrieven verstuurd naar alle ziekenhuizen, apotheken, huisartsen, tandartsen, verloskundigen en kraamzorgorganisaties. Deze voorlichtingsbrief bevatte, naast algemene informatie over het wettelijk kader, op de betreffende beroepsgroep toegesneden informatie over de uitvoering van de wet. Algemene informatie over de wet is te vinden op de website van het CVZ. Op de website zijn ook de gegevens gepubliceerd van de gecontracteerde zorgaanbieders. Verder heeft het CVZ een 'Helpdesk illegalen' ingericht waar zorgaanbieders telefonisch of per mail hun vragen kunnen stellen.

6.4 CVZ monitor

In verband met de evaluatie van de uitvoering van de wet en naar aanleiding van de vraag om monitoring van de regeling vanuit zowel de Tweede als de Eerste Kamer der Staten-Generaal heeft het CVZ in onderling overleg met VWS de structuur voor een monitor opgezet waarmee nauwkeurige monitoring van de wet mogelijk is.

Op 31 maart 2009 heeft het CVZ voor de eerste maal gerapporteerd over de regeling in de "Monitor gefinancierde zorgverlening illegale vreemdelingen".

In deze eerste monitor rapporteert CVZ over het invoeringstraject. De belangrijkste bevindingen uit het rapport over contracteren, vergoeding van direct toegankelijke zorg en voorlichting zijn hierna weergegeven.

Ziekenhuizen

Bij de contractering van ziekenhuizen is het CVZ voor de bepaling van de regio's uitgegaan van de GGD-regio's zoals die bestonden onder de uitvoering van de regeling van de Stichting Koppeling. Rekening houdend met enkele fusies en onder samenvoeging van enkele kleine regio's heeft het CVZ 26 regio's vastgesteld.

Voor de contractering van de ziekenhuiszorg in deze 26 regio's heeft het CVZ een Europese aanbestedingsprocedure gevolgd. De te contracteren ziekenhuizen moesten in staat zijn om alle DBC's uit het B-segment te leveren en 95% van de DBC's uit het A-segment. Het contract is gegund aan het ziekenhuis dat voor alle DBC's uit het B-segment de laagste totaalprijs offereerde. Deze ziekenhuizen zijn zowel voor de niet direct toegankelijke als voor de direct toegankelijke zorg gecontracteerd.

Langs deze weg heeft het CVZ 22 ziekenhuizen gecontracteerd. Er zijn op dit moment nog vier lege percelen:

- Twente (Enschede of Almelo);
- Rivierenland (Tiel);
- Waardenland (Dordrecht of Gorinchem);
- Zuid-Hollandse eilanden (Spijkenisse of Middelharnis).

Zoals het CVZ in de rapportage aangeeft, streeft het er nog steeds naar om alsnog een ziekenhuis in deze percelen te contracteren.

Apotheken

Voor de contractering van geneesmiddelenzorg heeft het CVZ een Europese aanbestedingsprocedure gevolgd. Daarin is ook meteen de levering van hulpmiddelen meegenomen voor zover die door apotheken plaatsvindt.

Het CVZ streeft er naar om per gemeente één apotheek te contracteren. In 2009 zijn er 441 Nederlandse gemeenten. Vanwege de combinatie van grondoppervlak en spreiding van illegalen heeft het CVZ in Amsterdam en Rotterdam 5 respectievelijk 3 apotheken gecontracteerd. Dat leidt tot $441 + 4 + 2 = 447$ (deel)gemeenten.

In 46 kleine gemeenten is geen apotheek aanwezig. Zo ontstonden 401 'aanbestedingspercelen'.

Inmiddels zijn er 329 apotheken gecontracteerd.

In 52, vooral kleinere, gemeenten is geen enkele apotheek ingegaan op het contractvoorstel van het CVZ. Het CVZ heeft de apotheken in deze 'lege percelen' in april 2009 nogmaals benaderd.

Het declaratieverkeer tussen het CVZ en de apothekers verloopt door tussenkomst van Clearing House Apothekers BV (CHA).

Over de maanden januari en februari hebben de 329 gecontracteerde apotheken voor in totaal € 334.000 gedeclareerd bij CHA.

De niet gecontracteerde apotheken leveren alleen geneesmiddelen aan illegalen tijdens de waarneming (avond, nacht, weekend). Deze geneesmiddelen worden door hen bij de gecontracteerde apotheken in rekening gebracht. De KNMP heeft daarvoor inmiddels een samenwerkingsovereenkomst opgesteld.

Sinds 1 januari 2009 komen alleen gecontracteerde apotheken in aanmerking voor een bijdrage als zij geneesmiddelen aan illegalen leveren. In voorkomende gevallen moet daardoor een grotere reisafstand worden afgelegd. Dat is niet alleen het geval in gemeenten met grote bewonersaantallen. Juist plattelandsgemeenten kunnen in oppervlakte heel groot zijn. Daarbij heeft de aanbestedingsprocedure tot gevolg gehad dat de gecontracteerde apotheek zich niet altijd in de hoofdplaats van de gemeente bevindt. Het CVZ geeft in de rapportage aan dat het echter tot nu toe niet de indruk heeft dat hiermee de toegang tot de zorg beperkt is.

AWBZ- en GGZ-instellingen

AWBZ- en GGZ-zorg vindt, afgezien van crisisopvang, plaats op basis van een verwijzing of indicatie.

Het CVZ zal AWBZ- en GGZ-zorg daarom contracteren. De crisisopvang wordt daarbij meegecontracteerd.

In deze sectoren is sprake van een grote diversiteit aan voorzieningen waarbij het zowel voor de extramurale als voor de intramurale zorg niet goed mogelijk is om gericht een beperkt aantal zorgaanbieders te contracteren.

Het CVZ zal daarom overgaan tot het gericht contracteren van die instellingen die feitelijk zorg leveren aan illegalen.

Ambulancevervoer

Ambulancezorg Nederland heeft ingestemd met een door het CVZ voorgelegde standaardovereenkomst. Ambulancezorg Nederland kan daarbij optreden als contractpartner voor het CVZ voor alle ambulancevervoerders.

Daarmee is in één overeenkomst voor het gehele land zowel het direct toegankelijke als het niet direct toegankelijke ambulancevervoer geregeld.

Rol van de GGD'en

De GGD'en vervullen een coördinerende rol bij de uitvoering voor eerstelijnszorgaanbieders van de regeling van de Stichting Koppeling. De administratieve rol van de GGD'en gaf hen daarbij de mogelijkheid om de vinger aan de pols te houden bij de toegankelijkheid van het zorgaanbod voor illegalen. In de praktijk werd door de GGD'en op verschillende wijze invulling aan deze rol gegeven.

Zoals tijdens de parlementaire behandeling van de wet is aangegeven was het de bedoeling deze samenwerking onder de nieuwe regeling voort te zetten. Het CVZ heeft daarom de GGD'en gevraagd om deze rol ook in 2009 te vervullen. Het CVZ geeft aan dat daarbij wel sprake is van belangrijke verschillen ten opzichte van de regeling Stichting Koppeling.

- Apotheken ontvangen niet langer een bijdrage via de GGD;
- De tandartszorg is ingeperkt tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet;
- Het CVZ geeft een vergoeding voor de beheerskosten die met een vaste formule gerelateerd is aan de zorgkosten;
- Van de GGD'en wordt geen projectverslag e.d. verwacht;
- Het CVZ heeft landelijk een declaratieformulier vastgesteld.

Het CVZ heeft met de afzonderlijke GGD'en overleg gevoerd over de samenwerking. Daarbij heeft het CVZ als inzet gehad om zo weinig mogelijk individueel afwijkende afspraken te maken.

Inmiddels hebben alle coördinerende GGD'en zich, in ieder geval voor 2009, bereid verklaard om als declaratie-adres te fungeren.

Huisartsen

Zorg verleend door huisartsen is direct toegankelijke zorg. De vergoeding bedraagt daarom 80% van de oninbare vordering (voor verleende zorg bij zwangerschap en bevalling 100%).

Bij de plenaire behandeling van de wet in de Eerste Kamer is een motie aangenomen waarin aandacht wordt gevraagd voor huisartsenpraktijken die bovengemiddeld worden bezocht door illegale vreemdelingen. In de motie wordt een heroverweging gevraagd van de vergoedingsmogelijkheid van 80% van de oninbare vordering voor deze zorg, zodat in deze praktijken werkzame huisartsen niet worden geconfronteerd met een bovenmatig ondernemersrisico.

Het CVZ heeft geen signalen ontvangen waaruit zou blijken dat deze vergoeding tot problemen leidt maar zal ervaringen rond de 80%-vergoeding van huisartsenzorg blijven monitoren.

Verloskundigenzorg en kraamzorgorganisaties

Voor verloskundigenzorg en kraamzorgorganisaties betekent de nieuwe regeling inhoudelijk nauwelijks een wijziging ten opzichte van de oude situatie. Men declareert nog steeds via de GGD. De vergoeding voor deze zorg bedraagt op basis van een amendement van de Tweede Kamer 100% van de oninbare vordering.

Tandartszorg

De vergoeding van tandartszorg bedraagt 80% van de oninbare vordering. De vergoeding is beperkt tot zorg met betrekking tot het Zvw- en AWBZ-pakket voorzover medisch noodzakelijk. In de praktijk betekent dit dat het CVZ geen kosten vergoedt voor zorg die tandartsen leveren aan illegalen van 22 jaar en ouder.

Begin januari is het CVZ regelmatig benaderd door tandartsen met vragen over de vergoeding van behandelingen die reeds in 2008 waren begonnen.

Het CVZ heeft, in overeenstemming met de gebruikelijke lijn bij pakketwijzigingen, aan de tandartsen toestemming gegeven om de kosten voor een reeds in 2008 aangevangen behandeling nog volledig ten laste van de regeling 2008 te laten vallen.

Met name bij de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer is aangegeven dat wordt gevreesd dat door de beperking tot tandheelkundige zorg uit het basispakket veel menselijk leed en ernstige ziekten en complicaties kunnen worden veroorzaakt. Tevens is aangegeven dat dit zou kunnen leiden tot substitutie. Om deze reden heeft Mevrouw Slagter van de SP een breed gesteunde motie ingediend met het verzoek tandartszorg voor illegalen vanwege de te verwachten betalingsonmacht toch te laten vallen onder medisch noodzakelijke zorg zodat zorgaanbieders in aanmerking kunnen komen voor een bijdrage van het CVZ. Deze motie is aangehouden na toezegging dat een nadere afweging over een eventuele wetswijziging voor een ruimere vergoeding van tandheelkundige hulp zal worden gemaakt. Deze afweging zal worden gemaakt aan de hand van gegevens over de effecten voor de tweedelijnszorg, als illegalen niet de noodzakelijke tandheelkundige zorg kunnen krijgen omdat zij die niet kunnen betalen.

Zoals in de brief van 3 december 2008²³ aan de Eerste Kamer der Staten-Generaal is aangegeven zal worden gekeken naar de effecten die de wet heeft voor toegang voor illegalen tot tandheelkundige hulp.

De eerste rapportage van het CVZ bevat, zoals aangegeven, nog geen kwantitatieve gegevens. Om deze reden kunnen aan deze gegevens met betrekking tot dit onderwerp nog geen conclusies worden verbonden.

Het CVZ heeft aangegeven in een volgende rapportage bijzondere aandacht te zullen besteden aan dit onderwerp en daarbij ook te zullen analyseren hoe vaak illegalen gebruik maken van specialistische tandheelkundige zorg in het ziekenhuis en of sprake is van substitutie.

²³ Kamerstukken I 2008/09, 31 249, G.

6.5 Conclusie

Het CVZ heeft in de eerste rapportage geconcludeerd dat de invoering van de wet zonder grote problemen is verlopen. CVZ geeft aan dat de ontvangen signalen ruwweg in drie categorieën zijn te onderscheiden;

Effecten die bij de invoering van artikel 122a voorzien waren:

- (beperking vergoedingsmogelijkheid tandheelkundige zorg tot het basispakket, bereikbaarheid apotheken);
- Onwennigheid en onbekendheid bij individuele zorgverleners;
- Kleinere onvolkomenheden die opgelost konden worden in de sfeer van de casuïstiek.

Betreffende de contractering geeft het CVZ in de rapportage aan dat met veel zorgverleners de contractering nog formeel moet worden afgerond. Het constateert daarbij met waardering dat bij zorgverleners grote bereidheid bestaat om zorg te verlenen op basis van, per mail bevestigde, telefonische afspraken. Zorgaanbieders doen dat vanuit het, terechte, vertrouwen dat deze principe-afspraken gevolgd zullen worden door overeenkomsten en, vervolgens, betalingen. Het CVZ constateert dat door deze bereidheid het feit dat veel zaken nog formeel moeten worden afgerond, geen gevolgen heeft gehad voor de toegang tot de zorg voor illegalen.

Bij de Verzekerdenmonitor 2010 zal uitgebreidere en verdergaande informatie over de uitvoering van deze regeling aan het Parlement worden gezonden.

Daarmee zal worden voldaan aan de toezegging aan de Eerste Kamer tijdens de plenaire behandeling op 28 oktober 2008 van het wetsvoorstel om de effecten die de wet heeft voor de inkomensschade voor huisartsenpraktijken die bovengemiddeld worden bezocht door illegale vreemdelingen, en voor de toegang van illegalen tot tandheelkundige hulp te bezien. Daarmee zal tevens worden voldaan aan de toezeggingen bij de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in april 2008 in de Tweede Kamer om de uitvoering van de regeling en de gevolgen daarvan voor zorgaanbieders te monitoren en aan de Kamer te sturen.

VWS constateert dat de uitvoering van de op 1 januari 2009 in werking getreden wet tot op heden naar tevredenheid verloopt en dat CVZ het dossier strak in handen heeft.

HOOFDSTUK 7. DE BES-EILANDEN

Op 1 januari 2011 worden Bonaire, St. Eustatius en Saba (BES-eilanden) openbaar lichaam van Nederland. De BES-eilanden komen dan onder de Nederlandse sociale ziektekostenwetgeving te vallen.

Momenteel zijn de ziektekostenverzekeringen op de Nederlandse Antillen in verschillende, op specifieke groepen personen gerichte regelingen ondergebracht. Daardoor bestaat er een lappendeken aan verzekeringen voor curatieve zorg: landsdienaren (ambtenaren) en werknemers vallen onder publiekrechtelijke ziektekostenregelingen, sommige mensen hebben een particuliere verzekering, er zijn pro pauper regelingen voor de minst draagkrachtigen en er zijn mensen die in het geheel niet verzekerd zijn.

Wel is de gehele bevolking voor de kosten van langdurige zorg gedekt op grond van de Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten (AVBZ).

De verzekeringssituatie voor de zorg op de BES-eilanden kent, vergeleken met de Nederlandse situatie, een aantal knelpunten. Naast de hiervoor aangegeven lappendeken van verzekeringen voor curatieve zorg, is het zorgaanbod ter plaatse 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. Verder hapert de financiering van de ziektekostenverzekeringen op de BES-eilanden. Doordat de premies doorgaans te laag zijn in relatie tot de gemaakte kosten, kampen de bestaande regelingen met financiële tekorten.

Omdat de bestaande Nederlandse-Antilliaanse regelgeving noch de Nederlandse regelgeving op het gebied van de sociale ziektekostenverzekering een oplossing biedt voor de huidige situatie op de BES-eilanden wordt voorzien in een nieuwe ziektekostenverzekering, gebaseerd op de AWBZ- en Zvw-verzekering, voor alle inwoners van de BES-eilanden die op de specifieke situatie van de eilanden is toegespitst. De verzekering omvat zowel curatieve zorg als langdurige zorg en zal bij inwerkingtreding alle bestaande regelingen vervangen.

Een ontwerp voor een ziektekostenverzekering voor de BES-eilanden zal in het najaar aan het parlement worden voorgelegd.

HOOFDSTUK 8. UITVOERINGSORGANISATIE

De uitvoering van de beleidsonderwerpen die zijn opgenomen in deze monitor is primair in handen van het CVZ. Daarnaast worden taken uitbesteed aan andere uitvoeringsinstanties zoals de SVB en het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB).

Het CVZ heeft een platte en formele structuur. De organisatiestructuur wordt in de loop van 2009 en aangepast aan het sterk veranderende takenpakket zoals zich dat de afgelopen jaren, met de invoering van de Zorgverzekeringswet, voor het CVZ heeft ontwikkeld. De nadruk van die reorganisatie ligt op de verdere ontwikkeling van het CVZ als uitvoeringsorganisatie van regelingen voor bijzondere groepen, zoals die in deze monitor zijn opgenomen. Daarnaast zal het CVZ zich blijven bezighouden met de uitvoering van de risicoverevening en met rapportage over het wettelijk verzekeringspakket en de interpretatie van de verzekerde prestaties.

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
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



Centraal Bureau voor de Statistiek

Persbericht

PB09-028
15 april 2009
9.30 uur

Ruim 170 duizend onverzekerden tegen ziektekosten

- Tweederde van de onverzekerden is allochtoon
- Ruim de helft van het aantal onverzekerden is tussen de 20 en 40 jaar
- Weinig onverzekerden onder uitkeringsgerechtigden

Op 1 mei 2008 waren 171 duizend inwoners van Nederland niet verzekerd tegen ziektekosten. Dat is 1,0 procent van de bevolking. Uit de voorlopige cijfers van het CBS blijkt verder dat allochtonen vaker onverzekerd zijn dan autochtonen. Opvallend is het grote aandeel onverzekerden uit nieuwe EU-lidstaten. Ruim de helft van het aantal onverzekerden zijn twintigers en dertigers. De cijfers van 2008 zijn niet vergelijkbaar met eerdere jaren.

Allochtonen zijn vaker onverzekerd dan autochtonen: 0,4 procent van de autochtonen is op 1 mei 2008 onverzekerd, tegen 3,6 procent van de allochtonen. Opvallend is het grote aandeel onverzekerden uit de nieuwe EU-lidstaten Bulgarije, Polen en Roemenië en de Verenigde Staten van Amerika (VS). Onverzekerden uit de VS en een aantal andere westerse landen zijn echter vaak op een andere manier verzekerd in het land van herkomst. Dat neemt echter niet weg dat ze niet voldoen aan de verzekeringplicht in het kader van de Zorgverzekeringswet.

In absolute zin betreffen de grootste groepen onverzekerden onder niet-westerse allochtonen met name inwoners afkomstig uit de Nederlandse Antillen en Aruba, Turkije, Suriname, Marokko en China.

Er is een duidelijk verschil tussen de eerste en tweede generatie allochtonen: 1,0 procent van de tweede generatie is onverzekerd tegen 6,1 procent van de eerste generatie.

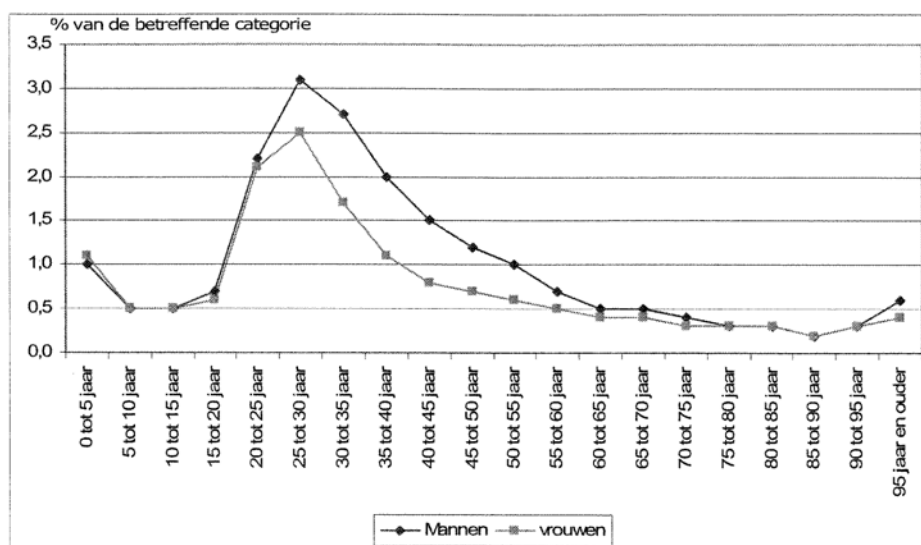
Ruim de helft van het aantal onverzekerden zijn twintigers en dertigers. Mannen zijn vaker onverzekerd dan vrouwen, dat geldt vooral voor de leeftijdscategorie van 25 tot 60 jaar. Van alle onverzekerden is 58 procent man.

Op 1 mei 2008 was 0,4 procent van alle uitkeringsgerechtigden onverzekerd. Dat is veel minder dan het gemiddelde voor de gehele bevolking.

www.cbs.nl

Het cijfer voor 2008 valt aanzienlijk lager uit dan eerder gepubliceerde cijfers over het aantal onverzekerden in 2006 en 2007 die uitkwamen op ruim 240 respectievelijk 230 duizend onverzekerden. Bij de eerste publicatie in 2007 met cijfers over 2006 is reeds aangegeven dat er in de berekeningswijze een risico zit dat door onderrapportage van het aantal verzekerden door de zorgverzekeraars het aantal onverzekerden zou worden overschat. Er zijn nu duidelijke aanwijzingen dat, als gevolg van aanloopproblemen, dit voor de jaren 2006 en 2007 het geval is geweest. Een aantal zorgverzekeraars heeft bij de opgaven voor deze jaren een te laag aantal bij hen ingeschreven verzekerden gerapporteerd.

Aandeel onverzekerden tegen ziektekosten naar leeftijd.



Toelichting

Sinds 1 januari 2006 is in principe elke Nederlandse ingezetene verplicht zich te verzekeren in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het aantal onverzekerden is tot stand gekomen door een confrontatie op persoonsniveau van de registratie van alle verzekerden met de Gemeentelijke Basisadministratie (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. Er is hierbij geen rekening gehouden met sterfte en een andere verzekeringsplicht.

Bij deze methode is rekening gehouden met het feit dat bepaalde groepen geen basisverzekering hoeven af te sluiten omdat hun verzekering op andere wijze is geregeld. 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 illegalen, grensarbeiders die in het buitenland wonen en in Nederland werken en Nederlanders die in het buitenland wonen blijven buiten beschouwing omdat zij niet in de GBA staan ingeschreven.

Een aantal zorgverzekeraars heeft als gevolg van aanloopproblemen in de aanlevering voor de jaren 2006 en 2007 een te laag aantal bij hen ingeschreven verzekerden tegen ziektekosten gerapporteerd aan het Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen. In de berekeningsmethodiek van het CBS leidt deze onderrapportage van het aantal verzekerden tot een overschatting van het aantal onverzekerden in beide jaren.

Meer informatie kunt u vinden op de website van het CBS (www.cbs.nl) in het artikel 'Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten 2006 - nieuwe methode'

Er wordt in overleg met de betrokken partijen nader onderzoek gedaan naar de omvang van deze onderregistratie. De uitkomsten zullen naar verwachting leiden tot een neerwaartse bijstelling van de gepubliceerde aantallen onverzekerden over 2006 en 2007. Onder de voorwaarde dat het geactualiseerde register van alle verzekerden op korte termijn beschikbaar is, kunnen de herziene cijfers rond 1 augustus beschikbaar zijn.

Tabel 1. Onverzekerden tegen ziektekosten naar herkomstgroepering.

1 mei 2008		
	Aantal	% van de betreffende bevolkingsgroep
Totale bevolking	171 280	1,0
Autochtoon	56 030	0,4
Totaal allochtoon	115 250	3,6
Westers allochtoon	62 060	4,3
w.v.		
Bulgarije	3 300	32,1
Verenigde Staten van Amerika	4 640	14,5
Polen	7 240	11,6
Roemenië	1 360	11,4
Overige westerse landen	45 520	3,4
Niet-westers allochtoon	53 190	3,0
w.v.		
Marokko	4 440	1,3
Turkije	5 360	1,4
Suriname	4 930	1,5
Nederlandse Antillen en Aruba	5 700	4,3
Overige niet-westerse landen	32 750	5,5

Bron: CBS



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minder mensen onverzekerd tegen ziektekosten

Nieuwsbericht, 15 april 2009



Op 1 mei 2008 waren er 171.000 onverzekerden. Een jaar eerder waren dat er volgens het CBS 231.000.

Dat blijkt uit de voorlopige cijfers die het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) vandaag bekend gemaakt heeft. Ruim de helft van het aantal onverzekerden zijn twintigers en dertigers. Ook blijkt uit de cijfers dat allochtonen vaker onverzekerd zijn dan autochtonen.

Voorlopige cijfers

Het CBS benadrukt dat het om voorlopige cijfers gaat. De definitieve cijfers volgen in augustus 2009. Ook worden de cijfers over 2006 en 2007 herzien door het CBS. Het is gebleken dat het systeem dat gebruikt is voor de cijfers te kampen had met aanloopproblemen, waardoor het bestand niet volledig was. Als gevolg daarvan was er in eerdere metingen een onderrapportage van het aantal verzekerden. De definitieve cijfers over 2006 en 2007 over onverzekerden zijn daardoor waarschijnlijk lager dan waarvan aanvankelijk werd uitgegaan.

Terugdringen

Minister Klink wil het aantal onverzekerden in Nederland terugdringen. Hij heeft daarvoor een wetsvoorstel in voorbereiding, waarmee het mogelijk wordt onverzekerden op te sporen, aan te schrijven, te beboeten en te verzekeren.



Hilversum, maart 2009

Voorlichting aan onverzekerden door Stichting De Ombudsman

In opdracht van het ministerie van VWS heeft Stichting De Ombudsman zich ook in 2008 (eerder in 2007 en 2006) ingespannen om zoveel mogelijk mensen zonder zorgverzekering te bereiken.

Via een algemene voorlichtingscampagne, doelgroepgerichte voorlichting en een speciale zorgverzekeringslijn is een groot aantal mensen geïnformeerd over de zorgverzekering en de zorgtoeslag.

Algemene voorlichtingscampagne

De algemene voorlichtingscampagne was erop gericht zoveel mogelijk mensen te informeren over het verplichte karakter van de zorgverzekering en het belang ervan, de gevolgen van onverzekerd zijn en de mogelijkheid om zorgtoeslag aan te vragen.

Deze informatie is verspreid via flyers, berichten op websites, radiospotjes op regionale en lokale zenders, berichten in landelijke, regionale dagbladen en huis-aan-huisbladen. Met behulp van de aangeboden informatie konden mensen zelf tot het afsluiten van een zorgverzekering en het aanvragen van de zorgtoeslag overgaan.

Voor vragen of ondersteuning belden mensen naar de zorgverzekeringslijn: 0800 6464644.

De ondersteuning die Stichting De Ombudsman bood, varieerde van informatie en advies tot bemiddeling en huisbezoek.

In 2008 zijn in totaal 320.000 flyers verstuurd naar intermediairs als huisartsen, ziekenhuizen, buurthuizen, maatschappelijk werk, voedselbanken, juridisch loketten, gemeenten, bibliotheken, kerken en moskeeën. Ook was het mogelijk om flyers na te bestellen.

Doelgroepgerichte voorlichting

Daarnaast heeft Stichting De Ombudsman voorlichtingsactiviteiten ontwikkeld voor een aantal gerichte doelgroepen.

Gezinnen met onverzekerde kinderen

Via krantenartikelen en via speciale flyers, verspreid onder organisaties waar ouders en kinderen komen, zoals huisartsen, consultatiebureaus en bureaus Jeugdzorg zijn ouders geïnformeerd over het afsluiten van een zorgverzekering voor hun kinderen.

Onverzekerde ouders meldden ook vaak hun kinderen niet aan bij een zorgverzekeraar.

De problematiek van onverzekerde kinderen is door het ministerie van VWS via een paginagrote advertentie in de huis-aan-huisbladen aan de orde gesteld, met een verwijzing naar de zorgverzekeringslijn van Stichting De Ombudsman. Naar aanleiding van deze campagne zijn veel vragen binnengekomen. Zo kwamen er vragen binnen van ouders die hadden verzuimd hun pasgeboren baby binnen vier maanden aan te melden bij een zorgverzekeraar. Zij waren niet op de hoogte van deze verplichting.

Jongeren van 18 jaar

Jongeren zijn vanaf 18 jaar premieplichtig voor de Zorgverzekeringswet. Via een speciale website en flyers, verspreid op scholen en onder jongerenorganisaties, werden zij naar de website verwezen. Zij konden vervolgens doorlinken naar de website van een zorgverzekeraar. De informatie was gericht op jongeren die nog geen zorgverzekering

hadden. Ook werd gewezen op het aanvragen van zorgtoeslag, ter compensatie van de premie.

Allochtonen zonder zorgverzekering

De Ombudsman heeft zich in de tweede helft van 2008 actief ingezet om allochtone burgers beter te bereiken met informatie over de zorgverzekering. Via de reguliere kanalen werden allochtonen onvoldoende bereikt. Veel mensen halen hun informatie uit persoonlijke buurt- of wijkcontacten.

De Ombudsman is daarom de wijken ingegaan om kleinschalige voorlichtingbijeenkomsten te organiseren, zonodig in eigen taal of met behulp van een tolk. In totaal zijn 25 bijeenkomsten gehouden, veelal op uitnodiging van een organisatie voor allochtonen. Via deze bijeenkomsten en informatiemappen is een diverse groep mensen bereikt. Daaruit is een netwerk van sleutelfiguren ontstaan, met als doel de informatie over de zorgverzekering te verspreiden.

Daarnaast zijn flyers, vergezeld van een uitgebreide, informatieve brief, verstuurd naar moskeebesturen en Islamitische verenigingen/organisaties. In deze brief werd verzocht het belang van een zorgverzekering onder de achterban te benadrukken.

Onverzekerde dak- en thuislozen

Om het aantal onverzekerde dak- en thuislozen terug te dringen heeft De Ombudsman drie activiteiten ondernomen: het geven van voorlichting, het wegnemen van praktische obstakels en het bemiddelen in individuele gevallen.

- Voorlichting

Er is een speciale flyer ontwikkeld voor dak- en thuislozen. Op deze flyer staan een stappenplan en handige tips over het afsluiten van een zorgverzekering. Deze flyer is verstuurd naar de opvanglocaties van dak- en thuislozen. In de begeleidende brief voor de medewerkers van de maatschappelijke opvang werd hen gevraagd alert te zijn op het onverzekerd zijn van hun cliënten en actie te ondernemen.

In de daklozenkranten zijn advertentie en berichten geplaatst over de zorgverzekering en de zorgverzekeringslijn van Stichting De Ombudsman. Ook op internetsites die bezocht worden door dak- en thuislozen en hun hulpverleners is aandacht besteed aan de zorgverzekering en is gevraagd het nummer van de zorgverzekeringslijn te vermelden. Tevens zijn presentaties verzorgd tijdens onder meer de Algemene Ledenvergadering van de Landelijke Vereniging Thuislozen en een bijeenkomst van de Belangenvereniging Amsterdamse dak- en thuislozen.

- Structurele problemen

Dak- en thuislozen ontmoeten bij het afsluiten van een zorgverzekering veel praktische obstakels. De Ombudsman heeft deze obstakels geïnterviewd en aangekaart bij de betrokken (hulpverlenings-)instanties en de centrumgemeenten. Eén van de meest voorkomende problemen is het ontbreken van een inschrijving in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). Veel zorgverzekeraars weigeren – onterecht - mensen die niet staan ingeschreven in de GBA.

- Individuele Bemiddeling

De Ombudsman heeft veel dak- en thuislozen of hun bezorgde familie of kennissen die naar de zorgverzekeringslijn belden, kunnen helpen bij het afsluiten van een zorgverzekering. In veel situaties was bemiddeling nodig. Meestal kon niet worden volstaan met één telefoontje. Het aangaan van een zorgverzekering voor dak- en thuislozen vraagt om een reeks administratieve handelingen die voor hen moeilijk uitvoerbaar zijn. Zoals het aanvragen van een uitkering, het regelen van een correspondentieadres en zorgtoeslag.

Zorgverzekeringslijn

Stichting De Ombudsman heeft een speciale telefoonlijn geopend waar mensen terecht konden voor onafhankelijk en laagdrempelig advies over de zorgverzekering: de zorgverzekeringslijn. Het gratis nummer 0800 64 64 644 was gedurende de voorlichtingscampagne geopend (april tot en met december 2008) op werkdagen van 10.00 tot 16.00 uur. Mensen zonder zorgverzekering konden hier terecht voor advies en ondersteuning bij het afsluiten van een zorgverzekering en het aanvragen van zorgtoeslag. Desgewenst kwam een vrijwilliger op huisbezoek.

De zorgverzekeringslijn stond ook open voor andere vragen over de zorgverzekering, bijvoorbeeld over betalingsachterstanden.

Via deze zorgverzekeringslijn zijn meer dan duizend mensen geïnformeerd en op weg geholpen, onder hen ook professionals en familie en vrienden van onverzekerden.

De helft van de bellers had aan een eenmalig advies niet voldoende en kreeg begeleiding, bemiddeling of bezoek van een vrijwilliger aangeboden. In onderstaande tabel is in percentages aangegeven om welke redenen mensen naar de zorgverzekeringslijn belden en waarom zij zich niet eerder hadden verzekerd.

Tabel Belangrijkste reden voor contact met zorgverzekeringslijn

Reden contact	Percentage
Onverzekerd	60%
Betalingsachterstand	10%
Overstappen	10%
Zorgtoeslag	10%
Probleem met zorgverzekeraar	10%
Totaal	100%

Toelichting tabel Belangrijkste reden voor contact met zorgverzekeringslijn

De belangrijkste reden om contact met De Ombudsman op te nemen was dat men niet langer onverzekerd wilde zijn (60%). Angst voor een boete bleek een grote drempel om een zorgverzekering af te sluiten.

Bij de mensen met betalingsachterstanden (10%) speelde vaak het probleem dat onduidelijk was of ze nog verzekerd waren of dat de zorgverzekeraar hen had geroyeerd.

Daarnaast werd de zorgverzekeringslijn geraadpleegd door mensen die aan het eind van het jaar wilden overstappen, vragen of problemen hadden op het terrein van de zorgtoeslag of een geschil met de eigen zorgverzekeraar hadden, bijvoorbeeld over het niet vergoeden van medische behandelingen en zorg.

Tabel Waarom onverzekerd?

Reden onverzekerd	Percentage
Financieel	40%
Psychisch	10%
Uit het buitenland afkomstig	25%
Dak- of thuisloos	15%
Illegaal	10%
Totaal	100%

Toelichting tabel Waarom onverzekerd?

Alle mensen die belden naar de zorgverzekeringslijn en aangaven dat zij onverzekerd waren, werd gevraagd naar de reden van het onverzekerd zijn. In 40% van de zaken waren ze niet verzekerd vanwege hun financiële situatie, vaak in combinatie met een verandering in leefsituatie als scheiding of werkloosheid. Ook jongeren die vanaf hun 18^e premieplichtig worden en daarvoor niet altijd de middelen hebben, vallen onder deze categorie.

Van de bellers gaf 10% aan vanwege psychische factoren geen zorgverzekering te hebben afgesloten. Een kwart van de onverzekerden kwam uit het buitenland en was niet op de hoogte van het verplichte karakter van de Zorgverzekeringswet. Dak- en thuisloosheid was een andere reden om geen zorgverzekering te hebben (15%). Mensen zonder verblijfsstatus (10%) vroegen naar mogelijkheden om zich toch te verzekeren. Hen werd gewezen op de regeling voor illegalen.

