

VWS-verzekerdenmonitor 2010

Den Haag, 2010

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 Verzekerdenbestand.....	8
1.4 Conclusie.....	8
HOOFDSTUK 2. WANBETALERS.....	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Getroffen maatregelen.....	9
2.3 Wijze van monitoring door CBS.....	10
2.4 Aantal wanbetalers.....	10
2.5 Achtergrondkenmerken.....	11
2.6 Uitvoering van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering.....	12
2.7 Kosten wanbetalers.....	13
2.8 Conclusie.....	13
HOOFDSTUK 3. ONVERZEKERDEN.....	15
3.1 Inleiding.....	15
3.2 Wijze van monitoring door het CBS.....	16
3.3 Aantal onverzekerden.....	16
3.4 Achtergrondkenmerken.....	17
3.5 Getroffen maatregelen.....	19
3.6 Doelgroepgerichte voorlichting.....	19
3.7 Wetsvoorstel opsporing en verzekering onverzekerden.....	22
3.8 Uitvoering.....	22
3.9 Kosten onverzekerden.....	23
3.10 Conclusie.....	23
HOOFDSTUK 4. VERDRAGSGERECHTIGDEN.....	25
4.1 Inleiding.....	25
4.2 Aantal verdragsgerechtigden.....	26
4.3 Kosten verdragsgerechtigden.....	26
4.4 Uitvoering.....	28
4.5 Relevante ontwikkelingen.....	29
4.6 Conclusie.....	32
HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN.....	33
5.1 Inleiding.....	33
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden.....	33
5.3 Kosten en baten gemoedsbezwaarden.....	33
5.4 Uitvoering.....	34
5.5 Conclusie.....	35
HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN.....	36
6.1 Inleiding.....	36
6.2 Wetgeving.....	36
6.3 Uitvoering.....	37
6.4 CVZ monitor.....	37
6.5 Conclusie.....	42
HOOFDSTUK 7. DE BES-EILANDEN.....	43
HOOFDSTUK 8. UITVOERINGSORGANISATIE.....	44
BIJLAGEN.....	45
Bijlage I Verklaring afkortingen.....	45
Bijlage II Publicatie CBS Onverzekerden 31 maart 2010.....	46
Bijlage III Doelgroepgerichte voorlichting Stichting de Ombudsman 2010.....	47

INLEIDING

Op 27 juni 2008 is de eerste VWS-verzekerdenmonitor (hierna: monitor) aan het parlement aangeboden. Die 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 hiertoe een samenhangend beeld geboden. 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 2010 heeft betrekking op de stand van zaken per april 2010.

In de monitor wordt achtereenvolgens ingegaan op de AWBZ-verzekering en de Zvw-verzekeringplicht (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 verzekerd is voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), wie verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet (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 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 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 AWBZ-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.

Verder zijn uitgesloten van de AWBZ-verzekering en daardoor van de toegang tot de zorgverzekering vreemdelingen die illegaal in Nederland verblijven en vreemdelingen zonder verblijfsvergunning (zie verder hoofdstuk 6).

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.

Volgens gegevens van het CBS telde Nederland in 2009 16,51 miljoen inwoners. Het CBS geeft aan dat in 2007 en 2008 de bevolkingsgroei van Nederland sterk opliep, mede onder invloed van de economische bloei in de voorafgaande periode. In 2009 begonnen de effecten van de economische crisis op de bevolkingsgroei zichtbaar te worden. De (arbeids)immigratie uit andere EU-lidstaten nam af en de stijging van het aantal geboorten sloeg om in een daling. Toch was er nog een beperkte verdere toename van de bevolkingsgroei. In 2010 daalt de groei naar verwachting tot 60 duizend personen. Daarna wordt een geleidelijke verdere afname voorzien, tot iets meer dan 40 duizend personen in 2015. Volgens de nieuwe bevolkingsprognose voor de korte termijn, telt Nederland in 2016 16,9 miljoen inwoners.²

In beginsel zijn deze inwoners allemaal AWBZ-verzekerd. Daarop is echter zoals aangegeven een aantal uitzonderingen gemaakt in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan buitenlandse diplomaten en ambtenaren, personeel van volkenrechtelijke organisaties en personen die op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening onder de wetgeving van een ander land vallen. Andersom

² Bron: CBS: Bevolkingstrends, Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland, Jaargang 58 – 1e kwartaal 2010.

zijn er personen die in het buitenland wonen en toch onder de Nederlandse wetgeving vallen, zoals Nederlandse ambtenaren in het buitenland en tijdelijk buiten Nederland studerende.

De regering acht het wenselijk 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 ervoor gekozen om de SVB de exclusieve bevoegdheid te geven om de AWBZ-verzekeringsstatus vast te stellen. Dit wordt geregeld in het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering'³ (zie hoofdstuk 3).

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

Op dit moment dient iedere verzekeraar voor zich nader onderzoek te plegen naar deze verzekeringsstatus, hetgeen in gelijke situaties tot verschillende conclusies zou kunnen leiden. Met de vaststelling door de SVB zullen dit soort situaties niet meer kunnen voorkomen.

1.3 Verzekerdenbestand

In het kader van het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden 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).

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-verzekeringsplichtigenpopulatie. Vergelijking van dit Zvw-verzekeringsplichtigenbestand 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).

1.4 Conclusie

De geconstateerde groei van de bevolking, met een trend die duidt op een geleidelijke toename van het aantal ingezetenen, wettigt de conclusie dat ook het aantal AWBZ-verzekerden zal toenemen. Relevant in dit verband is dat er momenteel sprake is van een gebrekkige registratie van dat aantal AWBZ-verzekerden. In het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' (zie hoofdstuk 3) wordt geregeld dat één instantie, namelijk de SVB, exclusief bevoegd is om vast te stellen of iemand AWBZ-verzekerd is.

Op dit moment dient iedere verzekeraar voor zich nader onderzoek te plegen naar deze verzekeringsstatus, hetgeen in gelijke situaties tot verschillende conclusies zou kunnen leiden. Met de vaststelling van de verzekeringsstatus door de SVB zullen dit soort situaties niet meer kunnen voorkomen.

³ Kamerstukken II, 2009/10, 32 150.

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

2.1 Inleiding

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

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

2.2 Getroffen maatregelen

Om het aantal wanbetalers terug te dringen en te voorkomen dat wanbetalers door de zorgverzekeraars geroyeerd zouden worden (en 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 voor het verzekerd houden van de wanbetalers compenseert VWS de zorgverzekeraars zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt. Daarnaast heeft VWS gezorgd voor een wettelijk verbod op opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand van minimaal een maandpremie (Wet versterken incassoregime⁴).

Om het ontstaan van betalingsachterstanden bij minima te signaleren en te voorkomen, wisselen gemeenten en verzekeraars gegevens uit. Gemeenten, verzekeraars en 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).

Voorzien werd dat deze maatregelen nog niet voldoende zouden zijn om het aantal wanbetalers terug te dringen. Daarom is een verdergaand wetsvoorstel ingediend bij het parlement. Deze Wet inzake de wijziging van de Zvw, de Wet op de Zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) is op 1 september 2009 in werking getreden⁵.

De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering voorziet er in dat zorgverzekeraars in een vroeg stadium van schuldachterstand, wanbetalers een betalingsregeling bieden, overgaan tot

⁴ Stb. 2007, 540.

⁵ Stb. 2009, 356.

automatische incasso en wanbetalers wijzen op de mogelijkheden van schuldhulpverlening. Wanbetalers die langer dan zes maanden hun premie niet hebben betaald, worden door de verzekeraar aangemeld bij het CVZ. Het CVZ heft dan een bestuursrechtelijke premie die 130% is van de gemiddelde nominale premie. Deze bestuursrechtelijke premie wordt vervolgens zoveel mogelijk via het principe van bronheffing ingehouden op het inkomen van de wanbetaler. Het CVZ heft deze bestuursrechtelijke premie totdat de wanbetaler zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, een afbetalingsregeling heeft getroffen of een stabilisatieovereenkomst is overeengekomen die hij nakomt en weer gewoon zijn premie aan de zorgverzekeraar betaalt. Met de wet wordt beoogd een daling van het aantal wanbetalers te realiseren met circa 50 000 wanbetalers per jaar en het aantal nieuwe wanbetalers zoveel mogelijk te beperken.

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

2.3 Wijze van monitoring door CBS

Vanaf 2006 wordt het aantal wanbetalers door het CBS gemonitord. Voor het monitoren van wanbetalers is het nodig dat het CBS van de verzekeraars verneemt wie de wanbetalers zijn. Zorgverzekeraars sturen het burgerservicenummer van de verzekerden die minimaal zes maanden geen premie voor hun zorgverzekering hebben betaald, naar het CBS. Vervolgens wordt door een bestandsvergelijking op persoonsniveau met zowel de registratie van alle verzekerden (het RBVZ-bestand), als met de GBA, het aantal wanbetalers bepaald. Alleen personen die minimaal zes maanden geen premie voor hun zorgverzekering betaald hebben, op 31 december van het desbetreffende jaar ingeschreven staan in de GBA en die op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden van 18 jaar of ouder, worden tot de groep wanbetalers gerekend. Voor het bepalen van de achtergrondkenmerken van de wanbetalers maakt het CBS gebruik van het GBA en aanvullende bestanden over uitkeringen, studenten en ontvangen zorgtoeslag. Bij het inwerkingtreden van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering op 1 september 2009 heeft het CBS een zogenaamde nulmeting gedaan en het aantal wanbetalers op die datum vastgesteld.

In volgende edities van de monitor zal voor de omvang van het aantal wanbetalers niet langer worden uitgegaan van de aantallen personen die met een premieachterstand van zes maanden bij een zorgverzekeraar zitten (definitie CBS) maar van de aantallen wanbetalers die door zorgverzekeraars bij het CVZ worden aan- en afgemeld. Het CBS zal op basis van die gegevens de achtergrondkenmerken van de wanbetalers blijven verstrekken.

2.4 Aantal wanbetalers

Op 30 maart 2010 heeft het CBS gerapporteerd over de stand van het aantal wanbetalers op 31 december 2009.

Ten opzichte van de (gecorrigeerde) opgave per 31 december 2008 is het aantal wanbetalers met bijna 62 000 gestegen naar ruim 318 000. In de opgave van het CBS is inbegrepen het aantal wanbetalers dat per die datum door zorgverzekeraars bij het CVZ was aangemeld.

Dit betekent dat 2,4 procent van de inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder wanbetaler was. Een vaste kern van ongeveer 86 000 personen staat sinds de invoering van de Zvw op 1 januari 2006 bij alle metingen geregistreerd als wanbetaler. Dat betekent dat 27 procent van de personen die eind 2009 wanbetaler was, dat op 31 december 2006 ook was⁶. Verhoudingsgewijs zijn allochtonen ruim drie keer zo vaak wanbetaler als autochtonen.

⁶ 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 op peildatum weer. In deze tabel is opgenomen hoeveel wanbetalers bestuursrechtelijke premie betalen aan het CVZ.

Tabel 1.

Aantallen wanbetalers		
	totaal ⁷	bij CVZ ⁸
31 december 2006	190 210	0
31 december 2007	240 250	0
31 december 2008	256 690	0
1 september 2009	304 100	0
31 december 2009	318 460 ⁹	28 670
31 januari 2010	318 460 ¹⁰	48 979
28 februari 2010	318 460	75 596
31 maart 2010	318 460	99 474
30 april 2010	318 460	125 180

2.5 Achtergrondkenmerken

Wanbetalers en leeftijd

Ruim 185 000 wanbetalers zijn tussen de 18 en 40 jaar oud. In de groep personen van 70 jaar of ouder al is het aantal wanbetalers min of meer gelijk gebleven.

Tabel 2.

Wanbetalers naar leeftijd			
	Wanbetalers		Ten opzichte van alle wanbetalers 2009
	31 december 2009	Vaste kern 2006-2009	Vaste kern 2006-2009
	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>%</i>
Totaal	318 460	85.550	26,9
18 tot 20 jaar	9 770	0	0,0
20 tot 25 jaar	46 370	8 840	19,1
25 tot 30 jaar	47 300	12 550	26,5
30 tot 35 jaar	40 280	11 040	27,4
35 tot 40 jaar	41 640	11 870	28,5
40 tot 45 jaar	39 600	11 430	28,9
45 tot 50 jaar	35 330	10 750	30,4
50 tot 55 jaar	24 890	8 020	32,2
55 tot 60 jaar	15 720	5 280	33,6
60 tot 65 jaar	9 890	3 240	32,8
65 tot 70 jaar	4 300	1 400	32,6
70 tot 75 jaar	1 900	660	34,7
75 tot 80 jaar	830	280	33,7
= 80 jaar	640	180	28,1
<i>Bron: CBS</i>			

⁷ Opgave CBS.

⁸ Opgave CVZ van het aantal wanbetalers dat per peildatum bestuursrechtelijke premie aan het CVZ verschuldigd is.

⁹ Het CBS berekent geen tussenstand. Het aantal mensen met een betalingsachterstand (< 6 maanden premie) bij zorgverzekeraars na melding aan het CVZ van de wanbetalers (> 6 maanden premie) wordt niet afzonderlijk geregistreerd.

¹⁰ Het CBS heeft geen cijfers berekend voor deze data (31 januari, 28 februari en 31 maart). Daarom wordt de stand van 31 december 2009 aangehouden.

Wanbetalers en herkomst

Van de ruim 318 000 wanbetalers eind 2009 is bijna 56% autochtoon (178 340) en heeft 44% (140 120) een allochtone afkomst. Opvallend is het hoge aandeel van Antillianen en Arubanen dat wanbetaler is.

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

Tabel 3.

Peildatum	31 december 2009		31 december 2008	
	Aantal wanbetalers	% van de betreffende bevolkingsgroep	Aantal wanbetalers	% van de betreffende bevolkingsgroep
Totale bevolking	318 460	2,4	256 690	2,0
Autochtoon	178 340	1,7	146 260	1,4
Totaal allochtoon	140 120	5,5	110 430	4,4
w.v.				
Marokko	17 160	7,8	13 440	6,3
Turkije	16 740	6,3	13 220	5,1
Suriname	27 900	10,8	22 560	8,9
Ned. Antillen en Aruba	16 730	17,0	13 560	14,3
Overige niet-Westerse landen	24 830	5,6	18 750	4,5
Overige Westerse landen	36 750	2,9	28 890	2,3
Bron: CBS				

2.6 Uitvoering van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering

Zorgverzekeraars Nederland en het CVZ hebben in de zomer van 2009 aangegeven dat een gefaseerde melding van wanbetalers door zorgverzekeraars van groot belang was voor ordentelijke uitvoering. Daarop is besloten dat zorgverzekeraars volgens een door het CVZ vastgesteld schema tot en met september 2010 het bestaande stuwmeer van wanbetalers aanmelden. Dit betekent dat er per maand circa 25 000 wanbetalers worden aangemeld.

In tabel 1 hierboven is aangegeven hoeveel wanbetalers bij het CVZ zijn aangemeld. Eind april waren al ruim 125 000 wanbetalers opgenomen in het bestuursrechtelijke premieregime. Dit aantal is aanzienlijk lager dan in de zomer van 2009 door het CVZ -in overleg met zorgverzekeraars- was geprognosticeerd. De zorgverzekeraars gingen toen uit van zo'n 157 000 aanmeldingen in de periode van september 2009 tot en met april 2010.

Van 48% van de wanbetalers wordt aan de bron (inkomen, uitkering of bijstand) bestuursrechtelijke premie ingehouden. Van 52% van de wanbetalers wordt de premie geheel geïnd door het CJIB omdat bronheffing niet kan plaatsvinden vanwege geen of onvoldoende inkomen waarop bronheffing kan plaatsvinden.

Inmiddels is voor een bedrag van ruim € 54 miljoen aan bestuursrechtelijke premie opgelegd, waarvan bijna de helft rechtstreeks aan de bron wordt geïnd. Wanbetalers die voorheen niets betaalden, betalen nu eindelijk hun premie. Het is nog te vroeg om aan te geven hoe succesvol het incassotraject bij het CJIB verloopt. Wel wordt, indien door het CJIB een deurwaarder wordt ingeschakeld, bij de Belastingdienst/Toeslagen beslag gelegd op de zorgtoeslag waarop die wanbetaler eventueel recht heeft.

Overigens is het voornemen om op grond van de uitvoeringspraktijk van zowel de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, als het wetsvoorstel 'opsparing en verzekering onverzekerden zorgverzekering'¹¹, te bezien of en in hoeverre nadere maatregelen voor eventuele recidiverende wanbetalers of onverzekerden nodig zijn.

2.7 Kosten wanbetalers

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

Op basis van de opgaven tot en met 2008 bedraagt de compensatie over 2006 ruim € 18 miljoen, over 2007 € 106 miljoen en over 2008 ruim € 231 miljoen. De kosten over de jaren 2007 en 2008 worden nog gecorrigeerd voor premiegelden die via incasso alsnog worden verkregen.

De kosten van de uitvoering van de wet en de wanbetalersbijdrage, worden betaald uit de opbrengsten van de bestuursrechtelijke premie.

2.8 Conclusie

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

Inmiddels zijn de eerste ervaringen met deze wet opgedaan:

- Van de 304 000 wanbetalers die op 1 september 2009 geen premie betaalden aan hun zorgverzekeraar, betalen er inmiddels al 125 000 een bestuursrechtelijke premie aan het CVZ.
- De praktijk wijst nu al uit dat de inspanningen die de verzekeraars verrichten in het voortraject, zoals het aanschrijven van wanbetalers en het wijzen op de mogelijkheid van een betalingsregeling, leiden tot minder instroom van wanbetalers bij het CVZ dan was voorzien. Dit is al een eerste positief effect van de nieuwe wetgeving: het aantal wanbetalers loopt terug.
- De gefaseerde verwerking door het CVZ van het stuwmeer van aanmeldingen van wanbetalers verloopt zonder problemen.

In de komende maanden (tot en met september 2010) worden de overige wanbetalers uit het stuwmeer bij het CVZ aangemeld. Op basis van de huidige aantallen is de verwachting gerechtvaardigd dat het aantal wanbetalers dat bij het CVZ uiteindelijk zal worden aangemeld, significant lager zal zijn dan de 318 000 wanbetalers die op 31 december 2009 bij zorgverzekeraars in portefeuille waren.

Zorgverzekeraars zullen de bij hen achterblijvende mensen met een betalingsachterstand overeenkomstig de in het incassoprotocol en het tussen ZN en de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren (NVVK) overeengekomen convenant blijven benaderen, zodat de instroom van wanbetalers bij het CVZ zoveel mogelijk beperkt blijft. In overleg tussen het Ministerie van SZW, het Ministerie van VWS, ZN, NVVK, VNG en Divosa is daarnaast een convenant in voorbereiding dat ziet op het voorkomen en oplossen van wanbetaling van de nominale premie voor een zorgverzekering. De ondertekening daarvan zal naar verwachting op afzienbare termijn plaatsvinden.

De wet is nog te kort in werking om al relevante effecten te kunnen zien met betrekking tot het aantal wanbetalers dat vanuit het bestuursrechtelijke premieregime terugkeert naar de zorgverzekeraar.

Overigens is het voornemen om op grond van de uitvoeringspraktijk van zowel de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, als het wetsvoorstel 'Opsparing en verzekering

¹¹ Kamerstukken II, 2009/10, 32 150.

onverzekerden zorgverzekering', te bezien of en in hoeverre nadere maatregelen voor eventuele recidiverende wanbetalers of onverzekerden nodig zijn.

HOOFDSTUK 3. ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding

Sinds de invoering van de Zvw moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekeringsovereenkomst hebben. Verzekeringsplichtigen die niet aan hun Zvw-verzekeringsplicht voldoen en nalaten een zorgverzekeringsovereenkomst te sluiten, zijn onverzekerd.

Uit de cijfers van het CBS van 30 maart 2010 blijkt dat er op 1 mei 2009 152 240 onverzekerden waren. De regering is van mening dat het ongewenst is dat er een situatie bestaat waarbij een aanzienlijk deel van de verzekeringsplichtigen zich kan onttrekken aan de verzekeringsplicht.

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

Ten tweede speelt hierbij niet alleen het persoonlijk belang van de onverzekerden, maar ook het belang van het sociale verzekeringsstelsel. Gezien vanuit het verzekeringsstelsel is het ongewenst dat er inbreuk wordt gemaakt op de daaraan ten grondslag liggende solidariteit. Daarin is meedoen, ook wanneer je het niet nodig hebt, de leidende gedachte.

Thans betalen onverzekerden alleen de procentuele, inkomensafhankelijke bijdrage en niet de nominale premie en dragen dus niet voldoende bij aan de solidariteit. Hiermee is een bedrag gemoeid van circa € 140 miljoen per jaar aan gedeelde premiesolidariteit. Dit bedrag betreft de nominale premie van onverzekerden van 18 jaar of ouder. Daar komt nog bij dat voor onverzekerden nauwelijks zorgkosten worden uitgespaard. Zodra zij namelijk voorzien dat zij zorg nodig hebben, kunnen zij alsnog een zorgverzekering sluiten waarvoor zij als verzekeringsplichtigen moeten worden geaccepteerd. Deze groep onttrekt zich aan de kern van de sociale zorgverzekering: premie betalen, zonder dat daar per definitie geconsumeerde zorg tegenover staat.

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

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. Daarvoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Enerzijds kan de boete pas worden opgelegd wanneer verzekeringsplichtigen zich alsnog aanmelden voor een zorgverzekering, bijvoorbeeld omdat zij medische zorg behoeven. Verwacht was dat van de dreiging van een boete bij het zich alsnog verzekeren een preventieve werking zou uitgaan.

Inmiddels is het boeteregime geen prikkel gebleken voor verzekeringsplichtigen om zich te verzekeren. De boete kan zelfs zo hoog oplopen dat die in de praktijk een hoge financiële drempel opwerpt voor (langdurig) onverzekerden om zich alsnog te verzekeren. Anderzijds gaat er geen dreiging uit van het boeteregime aangezien dat in de praktijk niet kan worden geëffectueerd bij het ontbreken van betaalmogelijkheden 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.

Als gevolg hiervan kunnen bepaalde groepen personen zich in feite ongestraft aan de verzekeringsplicht voor de Zvw onttrekken door te wachten met het sluiten van een verzekering totdat de noodzaak van medische zorg zich voordoet. De omstandigheid dat het aantal onverzekerden tot nu toe beperkt is gebleven tot circa 152 000 personen, is in dit verband niet per se een geruststelling. De tijd sedert de invoering van de Zvw is namelijk nog te kort geweest om -

tot dusver- goedwillenden die zich wel hebben verzekerd en daarvoor ook de nominale premie betalen, te laten beseffen dat men kennelijk ongestraft ook niet verzekerd kan zijn. 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). Deze personen ontlopen namelijk de facto het betalen van een eventuele opgelegde boete, omdat zij daartoe vanwege hun inkomenpositie niet in staat zijn.

Bij brief van 3 maart 2008¹² heeft de regering het Plan van aanpak inzake het terugdringen van onverzekerden: doelgroepgerichte voorlichting en actieve opsporing van onverzekerden door bestandsvergelijking, aan beide Kamers gezonden. De in dat Plan van aanpak genoemde maatregelen zijn verder uitgewerkt in het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering'¹³. Met dit wetsvoorstel beoogt de regering het aantal onverzekerden terug te dringen. Het wetsvoorstel ligt momenteel ter behandeling in het parlement. Op het wetsvoorstel wordt nader ingegaan in paragraaf 3.7.

3.2 Wijze van monitoring door het CBS

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 ontwikkelt¹⁴. 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 het in kaart brengen van het aantal onverzekerden opgenomen in haar reguliere takenpakket, waardoor zij jaarlijks het aantal onverzekerden presenteert.

Het CBS heeft het aantal onverzekerden in beeld gebracht door middel van een confrontatie op persoonsniveau van de registratie van alle Zvw-verzekerden met de GBA. Door de koppeling op persoonsniveau van de verschillende registraties is het mogelijk om kenmerken van de groep onverzekerden te presenteren. Het cijfer dat gepresenteerd wordt, betreft het aantal personen dat onverzekerd is op de peildatum en een half jaar na de peildatum nog steeds onverzekerd is. De personen die zich binnen een half jaar na de peildatum alsnog verzekerd hebben, geëmigreerd zijn of anderszins uitgeschreven zijn uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) worden niet tot deze groep onverzekerden gerekend. Bij deze methode heeft het CBS bepaalde groepen die geen basisverzekering hoeven af te sluiten niet gerekend tot het aantal onverzekerden. Het gaat daarbij om militairen, gemoedsbezwaarden, asielzoekers, personen die in het buitenland werken en daar verzekerd zijn, personen die vanuit het buitenland naar Nederland gedetacheerd zijn en buitenlandse studenten die uitsluitend om studieredenen naar Nederland zijn gekomen. Onverzekerden onder illegalen, grensarbeiders die in het buitenland wonen en in Nederland werken en Zvw-verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen blijven buiten beschouwing omdat zij niet in de GBA staan ingeschreven.

3.3 Aantal onverzekerden

Uit de publicatie van het CBS van 30 maart 2010 blijkt dat het aantal onverzekerden op 1 mei 2009 licht is gedaald naar 152 240, ten opzichte van het aantal onverzekerden op 1 mei 2008; toen waren er 153 000 onverzekerden. Op 15 april 2009 heeft het CBS voorlopige cijfers gepubliceerd over het aantal onverzekerden op 1 mei 2008; 171 000 onverzekerden. Op 4 augustus 2009 heeft het CBS definitieve cijfers over het aantal onverzekerden op 1 mei 2008 gepubliceerd.

Daarnaast heeft het CBS op 4 augustus 2009 herziene cijfers gepubliceerd over het aantal onverzekerden op respectievelijk 1 mei 2006 en 1 mei 2007.

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 heeft deze onderrapportage van het aantal verzekerden tot een overschatting van het aantal onverzekerden in beide jaren geleid. Het CBS heeft in overleg met betrokken partijen een nader onderzoek gedaan naar de omvang van deze onderregistratie.

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

¹³ Kamerstukken II, 2009/10, 32 150.

¹⁴ Kamerstukken II, 2006/07, 29 689, nr. 63.

De uitkomsten hebben geleid tot een neerwaartse bijstelling van de gepubliceerde aantallen onverzekerden.

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

Tabel 4.

Peildatum	Aantal onverzekerden	% van de betreffende bevolkingsgroep
1 mei 2009	152 240	0,9%
1 mei 2008	153 000	0,9%
1 mei 2007	151 000	0,9%
1 mei 2006	173 000	1,1%
31 december 2005 (Ten tijde van de Ziekenfondswet)	242 000 ¹⁵	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 2009. Hierdoor is meer inzicht verkregen in de specifieke groepen onverzekerden.

Achtergrondkenmerken onverzekerden op 1 mei 2009

Op 1 mei 2009 waren 152 240 verzekeringsplichtigen onverzekerd. Dat is 0,9 procent van de bevolking. De verdeling van deze onverzekerden naar geslacht en leeftijd is ten opzichte van de verdeling op 1 mei 2008 nauwelijks veranderd. Naar herkomst zijn er wel verschillen. Het aantal onverzekerde autochtonen is van mei 2008 tot mei 2009 met bijna 6 duizend afgenomen, terwijl het aantal onverzekerde allochtonen met ruim 5 duizend toe nam.

Op 1 mei 2009 was 0,3 procent van de autochtonen onverzekerd, tegen 3,5 procent van de allochtonen. De toename van het aantal onverzekerden onder allochtonen komt geheel voor rekening van de eerstegeneratieallochtonen. Onder de tweedegeneratieallochtonen nam het aantal onverzekerden met ruim duizend af. Sinds de invoering van de Zvw op 1 januari 2006 zijn er 53 duizend personen die op alle peilmomenten onverzekerd waren.

¹⁵ Kamerstukken II, 2006/07, 29 689, nr. 107.

Nadere uitsplitsing onverzekerde allochtonen

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

Tabel 5.

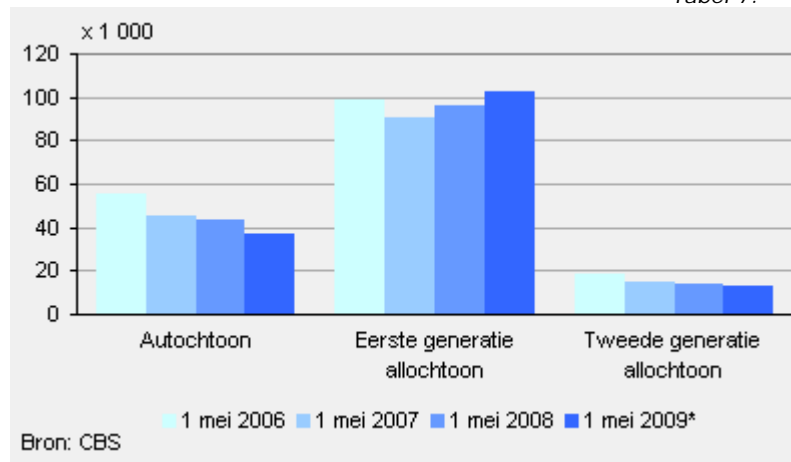
	1 mei 2009	
	Aantal	In % van totaal personen binnen categorie
Totale bevolking	152 240	0,9
Autochtoon	37 280	0,3
Totaal allochtoon	114 960	3,5
Marokko	3 280	1,0
Turkije	4 590	1,2
Suriname	3 880	1,1
Ned. Antillen en Aruba	6 070	4,4
Overige niet-Westerse landen	32 300	5,2
Overige Westerse landen	64 830	4,4

Tabel 6.

	Land van herkomst	Aantal onverzekerden 1 mei 2009
Westerse landen	Duitsland	11 250
	Polen	7 460
	Verenigde Staten van Amerika	4 490
	Verenigd Koninkrijk	4 470
	Bulgarije	4 360
	Indonesië	3 960
	Voormalig Sovjet Unie	3 130
	Frankrijk	2 940
	Japan	2 560
	Spanje	2 110
	België	2 090
	Italië	2 060
	Roemenie	1 630
	Voormalig Joegoslavië	1 610
Niet-westerse landen	Nederlandse Antillen en Aruba	6 070
	China	5 260
	Turkije	4 590
	Suriname	3 880
	Marokko	3 280
	India	1 620

Onderstaande tabel geeft een onderverdeling tussen eerste en tweedegeneratie onverzekerden allochtonen.

Tabel 7.



3.5 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"¹⁶ stappen ondernomen om onverzekertheid 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.

Bij brief van 3 maart 2008¹⁷ 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 momenteel voor behandeling in het parlement ligt.

3.6 Doelgroepgerichte voorlichting

Om het aantal onverzekerden verder terug te dringen voordat de onverzekerden actief worden opgespoord, 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 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

¹⁶ Het rapport "Zorg verzekerd" is bij brief van 13 december 2005 (Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 47) aan beide Kamers gezonden.

¹⁷ Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 180.

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-verzekeringplicht opgenomen.

Een groot deel van de doelgroepgerichte voorlichting is georganiseerd door Stichting de Ombudsman. Vanaf 2006 ontvangt Stichting De Ombudsman subsidie ten behoeve van voorlichting aan diverse groepen onverzekerden. Met de voorlichting beoogt Stichting De Ombudsman kwetsbare groepen in de samenleving te bereiken. Het doel van de voorlichting is dat mensen zelf aan de slag gaan en een zorgverzekering afsluiten. Stichting De Ombudsman heeft een 'zorgverzekeringslijn' opengesteld waarnaar onverzekerden kunnen bellen voor advies en begeleiding. De ondersteuning varieert van een eenmalig advies en bemiddeling (inclusief nazorg), tot een huisbezoek door geschoolde vrijwilligers. Verder benadert Stichting De Ombudsman actief zorgverzekeraars en hulpverlenende instanties om ook via die kanalen de weg naar een zorgverzekering te faciliteren.

De vele te onderscheiden activiteiten van de voorlichtingscampagne die Stichting De Ombudsman heeft ontplooid, zijn gemonitord, beschreven en geëvalueerd.

Uit vragen en klachten die Stichting De Ombudsman regelmatig ontvangt, blijkt dat zorgverzekeraars regelmatig onjuiste informatie verstrekken. Als onderdeel van de voorlichtingscampagne heeft Stichting De Ombudsman daarom een onderzoek ingesteld bij zorgverzekeraars naar de kwaliteit van de dienstverlening bij die zorgverzekeraars. De rapportage met de resultaten van dit onderzoek van Stichting De Ombudsman is bij brief van PM door de minister aan het parlement aangeboden. De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek zijn de volgende:

- Zorgverzekeraars weigeren verzekeringsplichtigen wegens het ontbreken van een inschrijving in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) voor de zorgverzekering, terwijl dit geen grond voor weigering is.
- Ouders zijn er vaak niet goed van op de hoogte dat zij hun pasgeboren baby binnen vier maanden na de geboorte dienen aan te melden voor de zorgverzekering.
- Zorgverzekeraars verstrekken telefonisch geen goede en volledige informatie over de boeteregeling bij te late aanmelding voor de zorgverzekering.
- In de Zvw is niet bepaald dat minderjarige kinderen bij dezelfde zorgverzekeraar als hun ouders verzekerd moeten zijn. In de praktijk blijkt dat meer dan de helft van de zorgverzekeraars dit wel eist.
- Meer dan helft van de zorgverzekeraars betoogt dat iemand na aanmelding meteen gebruik kan maken van zijn zorgverzekering, maar slechts een klein aantal zorgverzekeraars biedt die service daadwerkelijk. Over het algemeen geldt, ten onrechte, dat de gegevens eerst administratief moeten worden verwerkt voordat van de zorgverzekering gebruik kan worden gemaakt.

Uit de onderzoeksresultaten van Stichting De Ombudsman komt duidelijk naar voren dat bij veel zorgverzekeraars, ondanks alle voorlichting, toch nog onduidelijkheid bestaat over de wijze van uitvoering van de Zvw. De minister van VWS vindt het noodzakelijk om hier gerichte acties op te ondernemen, omdat die onduidelijkheid niet bijdraagt aan het terugdringen van het aantal onverzekerden, hetgeen hij ook beoogt met het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' dat momenteel ter behandeling in het parlement ligt. In nauw overleg met Zorgverzekeraars Nederland zullen activiteiten ontwikkeld worden zodat een goede informatievoorziening door zorgverzekeraars is gewaarborgd.

Stichting De Ombudsman geeft aan dat de daling van het aantal onverzekerden deels is toe te schrijven aan de gehouden voorlichtingscampagne die mensen concrete handvatten bood om een zorgverzekering af te sluiten. In de beginperiode van de Zvw kwam onwetendheid veel als reden van het onverzekerd zijn voor. Dat is nu niet meer het geval. De vragen die aan de zorgverzekeringslijn worden gesteld, gaan over het algemeen over de boete bij te laat afsluiten van een zorgverzekering, de verzekeringsplicht van mensen die uit het buitenland komen (wonen en/of werken) en het ontbreken van GBA-inschrijving of inkomen bij mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats.

Stichting De Ombudsman onderscheidt de volgende doelgroepen in de voorlichting:

- Algemene doelgroep onverzekerden en mensen die hun zorgverzekering zijn kwijtgeraakt
- Mensen die uit het buitenland komen (waaronder expats)
- Gezinnen met kinderen
- Jongeren
- Allochtonen
- Dak- en thuislozen
- Dienst/hulpverlenende instanties

In het onderstaande volgt een overzicht van de verschillende manieren waarop de doelgroepen zijn en zullen worden bereikt.

Algemene doelgroep onverzekerden

- een algemene flyer, verspreid onder intermediairs als huisartsen, ziekenhuizen, buurthuizen en voedselbanken;
- artikelen in huis-aan-huisbladen;
- aandacht op de website van Stichting De Ombudsman: www.deombudsman.nl;
- radiospotje op lokale en regionale zenders;
- radio-interviews regionale en landelijke zenders;
- advertenties in huis aan huisbladen;
- artikelen in landelijke en regionale bladen;
- zorgverzekeringslijn (telefonisch spreekuur).

Gezinnen met kinderen

- een flyer, gericht op ouders met kinderen, verspreid onder huisartsen, maatschappelijk werk, consultatiebureaus, Bureaus Jeugdzorg, afdeling burgerzaken gemeenten;
- artikel in regionale dagbladen
- advertentiecampagne van het ministerie van VWS
- zorgverzekeringslijn (telefonisch spreekuur)
- huisbezoek door geschoolde vrijwilligers

Jongeren

- een flyer, gericht op 18+, verspreid met name onder onderwijsinstellingen, jongerenorganisaties, Jongeren Informatiepunten;
- aandacht op de website van Stichting De Ombudsman;
- zorgverzekeringslijn (telefonisch spreekuur);
- huisbezoek door geschoolde vrijwilligers.

Allochtonen

- samenwerking met organisaties gericht op allochtonen;
- voorlichtingsbijeenkomsten met aansluitend individueel spreekuur, in buurthuizen, wijkcentra en moskeeën;
- informatiemappen, verspreid via voorlichtingsbijeenkomsten;
- zorgverzekeringslijn (telefonisch spreekuur);
- huisbezoek door geschoolde vrijwilligers.

Dak- en thuislozen

- samenwerking Landelijke vereniging Thuislozen;
- gesprekken met centrumgemeenten;
- informatiekaart met stappenplan, aanvullende informatie hulpverleners, verspreid onder hulpverlenende instanties, opvangcentra en maatschappelijk werk;
- zorgverzekeringslijn (telefonisch spreekuur);

Dienst/hulpverlenende instanties

- aanvullende informatie verzonden met de flyer;
- mogelijkheid tot het nabestellen van flyers;
- telefonisch en schriftelijk contact over zorgverzekeringsplicht en verbetering dienstverlening aan kandidaat-verzekerden.

Bedoeling is via deze voorlichtingsactiviteiten veel onverzekerden te bereiken. Het is echter niet in te schatten welke daling van het aantal onverzekerden zal optreden als gevolg van de voorlichtingsactiviteiten van Stichting De Ombudsman.

3.7 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 behorende boetebeleid. Het wetsvoorstel staat niet op zichzelf, maar is onderdeel van het totale wetgevingscomplex voor de financiering van de zorg in Nederland. Het gaat daarbij om de sociale verzekeringen van de Zvw en AWBZ. Inmiddels zijn verschillende wettelijke maatregelen getroffen met betrekking tot niet-rechtmatig verblijvenden en wanbetalers, die respectievelijk op 1 januari en 1 september 2009 in werking zijn getreden. Met het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' wordt het hele raamwerk van wetgeving voor de financiering van de zorg in Nederland afgerond.

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 aanschrijving van de onverzekerden en het opleggen van de boetes en de last zal door CVZ plaatsvinden. De inning van door het CVZ opgelegde boetes

zal door het Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB) plaatsvinden. De verantwoordelijkheid voor het boeteregime blijft bij het CVZ.

De voorbereidingen voor de uitvoering verlopen naar tevredenheid.

Het CVZ heeft bij brief van 4 juni 2009 aangegeven dat de uitvoering van de taken voortvloeiend uit dit wetsvoorstel in samenhang moet worden gezien met de uitvoering van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering. Het betreft hier namelijk twee uitvoeringsdossiers die het CVZ jegens burgers met de hoogste zorgvuldigheid wil uitvoeren. Gezien de ontwikkelingen in het dossier wanbetalers, zoals hogere aantallen wanbetalers, meer voorbereidingstijd bij de zorgverzekeraars en gefaseerde verwerking van het stuwmeer wanbetalers, zal het CVZ zich in eerste instantie richten op de uitvoering van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering. Het CVZ zal zijn organisatie zodanig inrichten dat de uitvoering van laatstgenoemde wet en dit wetsvoorstel volgtijdelijk plaatsvindt en geen 'overlap' vertoont. Het CVZ zal de werkzaamheden ten aanzien van onverzekerden, te starten met het verzenden van de aanmaning, eerst na verwerking van het stuwmeer wanbetalers ter hand nemen.

3.9 Kosten onverzekerden

Uit de cijfers van het CBS van 30 maart 2010 blijkt dat er op 1 mei 2009 152 240 verzekeringsplichtigen onverzekerd zijn. Zij betalen geen nominale premie. In totaal is hierdoor circa 140 miljoen euro aan nominale premie misgelopen in 2009. 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.

3.10 Conclusie

Uit de cijfers van het CBS van 30 maart 2010 blijkt dat er op 1 mei 2009 152 240 verzekeringsplichtigen onverzekerd zijn. 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. Om deze reden is het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' voorbereid. Het wetsvoorstel ligt momenteel ter behandeling in het parlement.

Dit wetsvoorstel vormt feitelijk de sluitsteen van het hele raamwerk van wetgeving voor de financiering van de zorg in Nederland. De solidariteit moet immers niet aangetast worden door medische kosten van personen die zijn uitgesloten van de verzekering op grond van de Koppelingwet, maar ook niet door medische kosten van personen die aan de verzekering mee zouden moeten doen, maar dat om wat voor reden dan ook niet doen. Dat is het geval bij onverzekerden, waar genoemd wetsvoorstel op ziet, maar ook bij diegenen die wel een verzekering hebben gesloten, maar nalaten de premie te betalen, de wanbetalers.

Overigens is het voornemen om op grond van de uitvoeringspraktijk van zowel de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, als het nu voorliggende wetsvoorstel, te bezien of en in hoeverre nadere maatregelen voor eventuele recidiverende wanbetalers of onverzekerden nodig zijn.

Vooruitlopend op de 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 subsidie heeft gekregen van VWS ten behoeve van voorlichting aan onverzekerden. Stichting De Ombudsman heeft een onderzoek ingesteld bij zorgverzekeraars naar de kwaliteit van de dienstverlening bij die zorgverzekeraars. Uit de onderzoeksresultaten van Stichting De Ombudsman komt duidelijk naar voren dat bij veel zorgverzekeraars, ondanks alle voorlichting, toch nog onduidelijkheid bestaat over de wijze van uitvoering van de Zvw. De minister van VWS vindt het noodzakelijk om hier gerichte acties op te ondernemen, omdat die onduidelijkheid niet bijdraagt aan het terugdringen van het aantal onverzekerden, hetgeen hij ook beoogt met het wetsvoorstel 'opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' dat momenteel ter behandeling in het parlement ligt. In nauw overleg met Zorgverzekeraars Nederland

zullen activiteiten ontwikkeld worden zodat een goede informatievoorziening door zorgverzekeraars is gewaarborgd.

HOOFDSTUK 4. VERDRAGSGERECHTIGDEN

4.1 Inleiding

De Europese sociale zekerheidsverordening nr. 883/04 (hierna: Verordening) – die op 1 mei 2010 Verordening nr. 1408/71 heeft vervangen - en de tussen Nederland en andere staten bestaande bilaterale sociale zekerheidsverdragen (hierna: verdragen) hebben onder meer ten doel te voorkomen dat mensen die zich binnen Europa of binnen de verdragslanden verplaatsen hun sociale ziektekostendekking verliezen of dubbel sociaal verzekerd zijn.

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

Verdragsrecht

Als gevolg van de genoemde uitbreiding van het personele bereik van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering zijn de Verordening en de verdragen dwingendrechtelijk van toepassing geworden op alle werknemers en hun gezinsleden die zich binnen de EU verplaatsen, en op alle rechthebbenden op een Nederlands wettelijk pensioen (in de zin van de Verordening en de verdragen) alsmede hun gezinsleden die in een EU/EER-lidstaat of een verdragsland wonen.

Grensarbeiders en hun gezinsleden

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

De AWBZ en de Zvw kennen geen medeverzekering van gezinsleden. In het buitenland wonende gezinsleden van grensarbeiders kunnen dus geen rechten ontlenen aan de AWBZ en de Zvw. Omdat beide wetten echter wel vallen onder de materiële werkingssfeer van de Verordening en de verdragen, worden de gezinsleden beschermd door deze instrumenten. Zij hebben recht op de zorgaanpakken zoals die zijn geregeld volgens de sociale ziektekostenverzekering van het woonland (woonlandpakket) ten laste van Nederland (verdragsrecht). 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. Sinds 1 mei 2010 hebben gepensioneerden en hun gezinsleden op grond van de Nederlandse inschrijving op Bijlage IV bij de Verordening tevens het recht om zonder toestemming van het orgaan van de woonplaats zorg in te roepen (zie verder par. 4.5)

Woonlandpakket

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

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

De introductie van de woonlandfactor is een belangrijke tegemoetkoming geweest aan de verdragsgerechtigden om te komen tot een aanvaardbare berekeningswijze van de verdragsbijdrage. Met deze introductie is ook tegemoetgekomen aan de motie Schippers¹⁸ en aan de uitspraak in kort geding van de Rechtbank te 's Gravenhage van 31 maart 2006¹⁹.

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 2010 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	2010	2009	2008	(Zfw) 2005
Grensarbeiders/werknemers (Zvw verzekerd) ²⁰	74 973	76 273	69 106	33 107
Gezinsleden van grensarbeiders/werknemers	29 633	28 647	25 290	5 282
Achtergebleven gezinsleden van grensarbeiders/werknemers ²¹	5 682	5 858	6 238	6 922
Gepensioneerden	73 693	72 620	73 307	32 354
Gezinsleden van gepensioneerden	24 918	25 423	25 590	18 827
Achtergebleven gezinsleden van gepensioneerden ²²	38	40	50	50
Totaal	208 937	208 861	199 581	96 542

4.3 Kosten verdragsgerechtigden

Tegenover het recht op zorg in het woonland staat de verplichting voor verdragsgerechtigden om een bijdrage aan het CVZ te betalen. Enige uitzondering hierop vormen de grensarbeiders/werknemers die – naast het hebben van een verdragsrecht – rechtstreeks AWBZ-verzekerd en verzekeringsplichtig voor de Zvw zijn: zij betalen een nominale premie aan de zorgverzekeraar en betalen daarnaast de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en de premie voor de AWBZ. Over 2009 betaalden verdragsgerechtigden in totaal € 82 miljoen verdragsbijdrage en Nederland betaalde voor hen in de vorm van gemiddelde kostenbedragen in totaal € 195 miljoen

¹⁸ Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 52.

¹⁹ Stichting Belangenbehartiging Nederlandse Gepensioneerden in het buitenland en enige individuele belanghebbenden tegen de Staat der Nederlanden (KG 06/125).

²⁰ Grensarbeiders/werknemers die in Nederland werken zijn Zvw-verzekerd.

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

²¹ Het gaat hier om gezinsleden die in een ander land wonen dan de grensarbeider/werknemer zelf.

²² Het gaat hier om gezinsleden die in een ander land wonen dan de gepensioneerde zelf.

aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan betrokkenen. Een nadere uitsplitsing wordt geboden in de onderstaande tabellen.

Tabel 9.

Land	Verdragsgerechtigden			Ontvangen bijdragen 2009 (€) ²³
	Totaal	Grensarbeiders, werknemers ²⁴	Verdragsgerechtigden (waarvan betalend) ²⁵	
<i>EU/EER/Zwi.</i>				
België	63 706	36 028	27 678 (18 488)	25 390 292
Bulgarije	55	0	55 (54)	6 149
Cyprus	78	1	77 (77)	27 322
Denemarken	101	10	91 (88)	138 023
Duitsland	58 030	33 402	24 628 (15 054)	18 341 025
Estland	2	0	2 (2)	359
Finland	60	9	51 (47)	74 556
Frankrijk	8 532	595	7 937 (7 436)	14 763 091
Griekenland	939	28	911 (856)	561 972
Hongarije	766	321	445 (425)	148 485
Ierland	319	3	316 (308)	792 797
IJsland	2	0	2 (2)	5 315
Italië	1 716	56	1 660 (1 598)	1 833 509
Letland	11	5	6 (6)	1 547
Liechtenstein	0	0	0 (0)	692
Litouwen	22	5	17 (17)	3 280
Luxemburg	194	20	174 (159)	286 993
Malta	120	2	118 (118)	92 479
Noorwegen	120	11	109 (100)	324 032
Oostenrijk	639	60	579 (548)	838 210
Polen	5 457	2 917	2 540 (1 216)	77 309
Portugal	2 585	40	2 545 (2 480)	1 788 049
Roemenië	97	29	68 (60)	5 789
Slovenië	53	3	50 (48)	30 307
Slowakije	610	514	96 (55)	8 926
Spanje	12 713	119	12 594 (12 307)	10 818 119
Tsjechië	764	550	214 (160)	67 895
Ver. Koninkrijk	1 393	96	1 297 (1 195)	1 951 486
Zweden	442	35	407 (368)	657 400
Zwitserland	713	77	636 (596)	881 051
<i>Bilateraal</i>				
Bosnië-Herzegovina	341	0	341 (325)	39 254
•Repl. Srpska	108	0	108 (107)	-
Kaapverdië	1 667	11	1 656 (1 545)	33 053
Kroatië	395	1	394 (379)	113 649
Macedonië	177	0	177 (170)	14 133
Marokko	20 343	0	20 343 (17 079)	361 868
Tunesië	811	0	811 (751)	31 052
Turkije	24 220	35	24 185 (22 366)	1 398 174
Voormalige Rep. Joegoslavië				
•Kosovo	50	0	50 (50)	-
•Montenegro	35	0	35 (31)	1 618
•Servië	437	0	437 (430)	35 114
•Vojvodine	124	0	124 (123)	-
Totaal	208 937	74 973	133 964 (107 524)	81 944 374

²³ De verdragsbijdragen uit Bosnië-Herzegovina en Rep. Srpska zijn getotaliseerd bij Bosnië-Herzegovina. De verdragsbijdragen uit Kosovo, Servië en Vojvodine zijn getotaliseerd bij Servië.

²⁴ Deze personen zijn AWBZ-verzekerd en Zvw-verzekeringplichtig en zijn derhalve geen verdragsbijdrage verschuldigd. Zij hebben op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening echter wel recht op het woonlandpakket (verdragsrecht).

²⁵ Verdragsgerechtigden onder de 18 jaar betalen, net als Zvw-verzekerden, geen nominale bijdrage.

Tabel 10.

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

4.4 Uitvoering

Het CVZ is belast met de uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen. Dit betekent enerzijds de administratie van de verdragsgerechtigden en de inning van de verdragsbijdragen, anderzijds de interstatelijke afrekening van zorgkosten met het buitenland. Verdragsgerechtigden dienen zich bij het CVZ aan te melden. Het CVZ geeft voor de desbetreffende personen een formulier af, op grond waarvan de verzekeraar in de woonstaat kan zien dat betrokkene inderdaad recht heeft op zorg ten laste van Nederland. Verder is het CVZ onder de nieuwe Verordening belast met de afgifte van de Europese ziekteverzekeringskaart (*European Health Insurance Card, EHIC*) aan verdragsgerechtigden. Hiermee kunnen verdragsgerechtigden zorg inroepen die tijdens een verblijf in een andere Europese lidstaat medisch noodzakelijk wordt. Waar de meeste Nederlandse zorgverzekeraars deze kaart slechts op verzoek afgeven, gaat de dienstverlening van het CVZ een stap verder: alle verdragsgerechtigden hebben de EHIC toegezonden gekregen. Verder stuurt het CVZ in het kader van de inning van de verdragsbijdrage aan alle verdragsgerechtigden een jaarafrekening.

4.5 Relevante ontwikkelingen

Nieuwe berekening verdragsbijdrage en zorggebruik in Nederland

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

1. Naast het recht op zorg in het woonland 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 grensarbeiders hebben dit recht al sinds 2006.
2. Daarnaast komen ook de kosten van met de EHIC ingeroepen zorg bij tijdelijk verblijf van een verdragsgerechtigde buiten zijn woonland onder de nieuwe Verordening ten laste van Nederland (in plaats van ten laste van het woonland). De genoemde kosten komen bovenop het forfaitaire bedrag dat Nederland aan de woonlanden betaalt.

In het Masterplan buitenland (over de internationale gevolgen van de Zvw)²⁶ 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 2006-2009 de volgende gegevens kunnen vastleggen:

Tabel 11.

Jaar	2006	2007	2008	2009
Aantal personen	530	1 750	2 500	3 039
Totaal €	€ 421 000	€ 1 750 000	€ 3 310 000	€ 3 314 996

Waar in 2006 nog bescheiden gebruik werd gemaakt van de mogelijkheid om zorg in Nederland te halen, nam dit in volgende jaren nadrukkelijk toe. In 2009 is het aantal zorggebruikers wederom gestegen, waarbij overigens eenzelfde totaalbedrag aan zorgkosten is gemaakt als in 2008. 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.

Geconcludeerd kan worden dat de stijgende tendens bij het zorggebruik in Nederland door verdragsgerechtigden die vorig jaar reeds werd geschetst zich verder doorzet.

Deze tendens zal naar verwachting verder doorzetten als gevolg van het feit dat sinds 1 mei 2010 meer verdragsgerechtigden rechtstreeks recht hebben op zorg in Nederland.

Gelet hierop is er aanleiding de berekening van de verdragsbijdrage, die thans alleen is afgestemd op zorgconsumptie in het woonland, te herzien op de wijze zoals vorig jaar beschreven in de Verzekerdenmonitor 2009. Omdat het gaat om aanpassing van de Europese Verordening heeft deze herziening overigens uitsluitend betrekking op de landen waarop deze Verordening van toepassing is en niet op de bilaterale verdragslanden.

Waar vorig jaar nog werd uitgegaan van aanpassing van de berekening van de verdragsbijdrage met ingang van 1 januari 2011 is inmiddels besloten deze aanpassing een jaar later te laten ingaan, op 1 januari 2012. Reden hiervoor is dat bij de aangepaste berekening gebruik zal worden gemaakt van de werkelijke kosten die betrokkenen in Nederland maken. Wanneer bij deze berekening slechts de ervaringscijfers van een deel van een jaar (1 mei 2010 tot en met uiterlijk 31 december 2010) gebruikt kunnen worden, ligt het risico van onzorgvuldigheid op de loer. Met ingang van de nieuwe berekeningswijze op 1 januari 2012 kan geboogd worden op anderhalf jaar cijfermatige informatie over het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland.

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

²⁶ Kamerstukken II, 2007/08, 30 918, nr. 27.

Voorlichting nieuwe Verordening

Met het oog op de inwerkingtreding van de nieuwe Verordening op 1 mei jongstleden is er het afgelopen jaar ruimschoots aandacht besteed aan voorlichting over de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van Verordening nr. 1408/71. Hoewel deze wijzigingen op het terrein van de ziektekosten beperkt zijn (zie het vorige onderdeel van deze paragraaf) is goede voorlichting aan de verdragsgerechtigden belangrijk, temeer daar zij de ontwikkelingen 'van een afstand' beleven. Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het Ministerie van VWS zijn samen met alle betrokken uitvoeringsorganisaties vorig jaar begonnen met de voorbereiding en coördinatie van voorlichtingsactiviteiten. Met betrekking tot de ziektekosten heeft het CVZ in het najaar van 2009 in samenwerking met het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, zorgverzekeraar CZ (het orgaan van de woonplaats) en zorgverzekeraar Agis (het orgaan van tijdelijk verblijf) een conferentie voor zorgverzekeraars georganiseerd waar zij geïnformeerd zijn over de nieuwe Verordening. Ten behoeve van de verdragsgerechtigden heeft het CVZ specifiek voorlichtingsmateriaal over de nieuwe Verordening ontwikkeld dat aan alle verdragsgerechtigden is toegezonden. Verder heeft het Ministerie van VWS verdragsgerechtigden desgevraagd voorgelicht over de mogelijkheid van het invoeren van zorg in Nederland op een bijeenkomst met de Federatie van Nederlandse Verenigingen in Frankrijk (FANF) op de Nederlandse ambassade in Frankrijk en op een door mevrouw Oomen-Ruijten (EP) georganiseerde bijeenkomst voor verdragsgerechtigden.

Onderzoek naar herziening Verordeningregels voor gepensioneerden

De Europese Commissie heeft, mede op aandringen van de Nederlandse regering, een onderzoek laten 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. Zoals bij verschillende gelegenheden aan de Kamer is gemeld²⁷, bestaat daarbij van Nederlandse zijde een sterke voorkeur om als uitgangspunt te hanteren dat betrokkenen zowel wat betreft de zorgaanspraken als wat betreft de premiebetaling gaan vallen onder de wetgeving van hun woonland.

Het onderzoek, uitgevoerd door een onafhankelijk onderzoeksinstituut, heeft inmiddels geleid tot het rapport 'Health care for Pensioners'²⁸. De conclusies daarvan tenderen niet in de door Nederland bepleite richting. De politieke besluitvorming zal evenwel niet eerder dan in de tweede helft van dit jaar zijn beslag krijgen.

Heffing van bijdragen en premies onder de nieuwe Verordening

Alvorens in te gaan op de situatie ter zake van de premieheffing onder de nieuwe Verordening worden hieronder allereerst de ontwikkeling onder Verordening nr. 1408/71 geschetst. In het arrest Nikula bepaalde het Europees Hof van Justitie dat een lidstaat bij de grondslag voor de berekening van de verschuldigde sociale ziektekostenpremies rekening mag houden met wettelijke pensioenen uit een andere lidstaat, maar dat de maximaal verschuldigde premie niet hoger mag zijn dan het pensioen dat de bevoegde staat verschuldigd is. De Nederlandse regering stelde zich in deze zaak op het standpunt dat de toepassing van het gelijkheidsbeginsel ertoe dient te leiden dat iemand met een buitenlands pensioen en een Nederlands pensioen in totaal dezelfde ziektekostenpremies verschuldigd moet zijn als iemand met alleen Nederlands pensioen wanneer het samengestelde pensioen even groot is als het enkele pensioen. Hierover bestond een verschil van inzicht met de Europese Commissie die vooruitlopend op een procedure bij het Europees Hof een ingebrekestelling en een met redenen omkleed advies aan Nederland had uitgebracht. Op 10 juli 2009²⁹ sloot het Gerechtshof Den Bosch in hoger beroep in een nationale belastingzaak aan bij hetgeen bepaald is door het Europees Hof van Justitie in de zaak Nikula en oordeelde overeenkomstig de interpretatie van de Europese Commissie. De Nederlandse regering heeft zich bij deze uitspraak neergelegd waarop de premieheffing onder Verordening nr. 1408/71 met ingang van de datum dat het Gerechtshof Den Bosch uitspraak heeft gedaan in overeenstemming werd gebracht brengen met de lijn die de Europese Commissie volgde in haar ingebrekestelling. Dit hield in dat de verschuldigde ziektekostenpremies overeenkomstig de Nederlandse wetgeving werden berekend, maar dat het te heffen bedrag niet hoger is dan het

²⁷ Kamerstukken II, 2007/08, 30 918, nrs. 27, 31 en 34.

²⁸ Het volledige rapport is te lezen op: http://www.tress-network.org/TRESSNEW/PUBLIC/EUROPEANREPORT/ThinkTank_Pensioners_2009.pdf

²⁹ LJN: BJ5960, Gerechtshof 's-Hertogenbosch, 08/00398.

Nederlandse wettelijke pensioen. De exacte wijze van berekening is door de Staatssecretaris van Financiën neergelegd in zijn besluit van 26 januari 2010.³⁰

Ten opzichte van de zaak Nikula zijn de betreffende bepalingen in de nieuwe Verordening echter anders geformuleerd. In de nieuwe Verordening is in het betreffende premieartikel (artikel 30) de oude heffingsbeperking tot maximaal de hoogte van het nationale pensioen geschrapt. Tevens bevat de nieuwe Verordening een gelijkschakelingsartikel (artikel 5) waarin het beginsel is vastgelegd dat aan de ontvangst van buitenlandse sociale zekerheidsprestaties (zoals pensioenen) dezelfde rechtsgevolgen (zoals premieheffing) mogen worden verbonden als aan nationale sociale zekerheidsprestaties. Door deze gewijzigde artikelen van de Verordening is de beperking van de heffing tot maximaal het uitbetaalde pensioen, die het arrest Nikula met zich meebracht, onder de nieuwe Verordening niet langer aan de orde.

De conclusie dat met de inwerkingtreding van de nieuwe Verordening meer mag worden ingehouden dan wat aan pensioen wordt uitbetaald, wordt door de onderzoekers van trESS in het eerder genoemde rapport bevestigd: artikel 30 van de Verordening bevat niet langer een heffingsplafond.

Verder heeft de Europese Commissie inmiddels bevestigd dat het hiervoor genoemde gelijkschakelingsartikel (artikel 5) niet alleen betrekking heeft op gelijkschakeling van rechten maar ook van plichten, zoals bijvoorbeeld premiebetaling.

En ten slotte heeft de Europese Commissie in het kader van de berekening van de verschuldigde bijdragen toegezegd te onderzoeken hoe lidstaten over en weer kunnen worden geïnformeerd over de hoogte van de door hen uitgekeerde wettelijke pensioenen.

Prejudiciële zaak C-345/09 Van Delft e.a.

Diverse gepensioneerden die een verdragsrecht ten laste van Nederland hebben en hiervoor een verdragsbijdrage verschuldigd zijn, hebben de toepasselijkheid van de Verordening voor de rechter ter discussie gesteld. Zij stellen een keuzerecht te hebben om al dan niet onder de werkingssfeer van de Verordening te komen. Als zij zich niet inschrijven bij het orgaan van de woonplaats, dan maken zij geen gebruik van de geboden zorg in het woonland en mag volgens hen Nederland ook geen bijdrage heffen, aldus betrokkenen. CVZ, dat optreedt als verweerder in de procedures, en de Nederlandse regering zijn van oordeel dat de toepasselijkheid van de Verordening niet afhankelijk is van de inschrijving bij het orgaan van de woonplaats. Ook wanneer men zich niet inschrijft is Nederland gerechtigd een bijdrage in te houden op het pensioen. De Centrale Raad van Beroep heeft inmiddels prejudiciële vragen aan het Europees Hof van Justitie gesteld. Zowel de Europese Commissie als alle interveniërende landen onderschrijven het standpunt van Nederland in hun schriftelijke opmerkingen. De mondelinge behandeling van zaak C-345/09 vindt plaats op 20 mei 2010. Een uitspraak van het Hof in deze zaak wordt nog dit jaar verwacht.

Verdrag met Australië

Op het vlak van de bilaterale sociale zekerheidsverdragen kan allereerst gemeld worden dat het verdrag tot wijziging van het Verdrag tussen de Regering van het Koninkrijk der Nederlanden en de Regering van Australië van 1991, op 25 februari 2010 stilzwijgend is goedgekeurd door het Nederlandse parlement. Het is daarmee het eerste verdrag waarin de wijzigingen, die noodzakelijk waren als gevolg van de inwerkingtreding van de Zvw, hun beslag hebben gekregen. Australië is bericht dat aan Nederlandse zijde aan de wettelijke en constitutionele procedures voor de inwerkingtreding van het wijzigingsverdrag is voldaan. Het verdrag treedt in werking 30 dagen na gelijkkluidend bericht uit Australië en zal terugwerken tot 1 januari 2006.

Verdrag met Turkije

Op het vlak van de bilaterale sociale zekerheidsverdragen kan gemeld worden dat het verdrag tot wijziging van het verdrag van 1966 tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inmiddels door Turkije is ondertekend. Het wijzigingsverdrag is momenteel voor goedkeuring aan het Nederlandse parlement aangeboden. Na goedkeuring van het verdrag door het parlement en door het Turkse parlement, en na wederzijdse uitwisseling van de notificaties daarvan 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

³⁰ Stcrt. 2010, Nr. 1525.

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

Het aantal personen dat onder de werkingssfeer van de Verordening en de verdragen valt is ten opzichte van vorig jaar met 209 000 personen in 2009 gelijk gebleven. Over 2009 betaalden verdragsgerechtigden in totaal € 82 miljoen verdragsbijdrage en Nederland betaalde voor hen in totaal € 195 miljoen aan gemiddelde kosten aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan betrokkenen.

Op 1 mei 2010 is de nieuwe Verordening in werking getreden. Verdragsgerechtigden en zorgverzekeraars zijn voorgelicht over de wijzigingen die deze Verordening met zich meebrengt. Zo kunnen nu ook gepensioneerde verdragsgerechtigden en hun gezinsleden zonder tussenkomst van het orgaan van de woonplaats zorg inroepen in Nederland. De kosten hiervan komen ten laste van Nederland. Verder zullen de kosten van zorg die door verdragsgerechtigden buiten het woonland wordt gebruikt, ten laste van Nederland komen. Vanwege deze ontwikkelingen zal de berekening van de verdragsbijdrage per 1 januari 2012 worden herzien, op de wijze zoals beschreven in de Verzekerdenmonitor 2009. Feitelijk komt dit erop neer dat bij de berekening van de verdragsbijdrage rekening wordt gehouden met de kosten van de zorg die buiten het woonland wordt geconsumeerd.

De prejudiciële zaak (C-345/09) waarin enkele verdragsgerechtigden de toepasselijkheid van de Verordening ter discussie stellen is momenteel in behandeling bij het Europees Hof van Justitie. Een uitspraak van het Hof wordt nog dit jaar verwacht.

Ten slotte wordt nog opgemerkt dat het wijzigingsverdrag met Australië door het Nederlandse parlement is goedgekeurd en dat het wijzigingsverdrag met Turkije momenteel voor goedkeuring aan het Nederlandse parlement is aangeboden.

HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

5.1 Inleiding

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

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

5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

Tabel 12.

Jaartal	Aantal gemoedsbezwaarden
31 december 2009	11 979
31 december 2008	11 700
31 december 2007	11 392
31 december 2006	11 139

Volgens opgave van het CVZ betreft het circa 3 537 huishoudens.

5.3 Kosten en baten gemoedsbezwaarden

In totaal is in 2009 door de gemoedsbezwaarden een bedrag van € 5,69 miljoen afgedragen. In het jaar 2009 zijn 2 952 declaraties ontvangen. De declaraties zijn met name eind 2009 ingediend. Omdat nog niet alle declaraties door het CVZ zijn beoordeeld en vastgesteld, is er een schatting gemaakt van de totale zorgkosten 2009 op basis van de uitbetalingen in voorgaande jaren. Op basis hiervan bedragen de geraamde zorgkosten voor 2009 € 2,62 miljoen.

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

Tabel 13.

Baten en lasten gemoedsbezwaarden in 2009	2006	2007	2008	2009	Totaal
Bedragen x 1 miljoen euro					
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1 januari	1,17	1,11	1,05	-	3,33
<i>resultaten rekening</i>					
Ingehouden bijdragevervangende belasting	0,07	0,17	0,16	5,46	5,86
Verleende vergoedingen voor zorgkosten	0,07	0,04-	0,37-	2,96	2,62
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden voor toevoeging aan het Zorgverzekeringsfonds	-	0,21	0,53	2,50	3,24
<i>resultaatbestemming</i>					
Toevoeging ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds	0,03-	0,21	0,57	1,55	2,30
Toevoeging aan rekening gemoedsbezwaarden	0,03	-	0,04-	0,95	0,94
Totaal resultaat bestemming	-	0,21	0,53	2,50	3,24
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31 december	1,20	1,11	1,01	0,95	4,27
Bron: CVZ					

5.4 Uitvoering

In een uitvoeringstoets van 25 augustus 2009 heeft het CVZ aangegeven dat de wijze waarop het spaartegoed werd berekend en vastgesteld moeilijk uitvoerbaar was. De berekening van dit spaartegoed was vooral een handmatig proces, terwijl door automatisering de berekening nauwkeuriger, efficiënter en goedkoper kan worden uitgevoerd. Voor een adequate geautomatiseerde afhandeling was de bestaande berekeningswijze die het CVZ hanteerde, te ingewikkeld. Om deze redenen zijn de administratieve procedures van de regeling voor gemoedsbezwaarden bij regeling van 14 december 2009³¹ aangepast. Op drie punten is een vereenvoudiging gerealiseerd:

1. Mutaties in de hoogte van de bijdragevervangende belasting:

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

2. Verzoek om vergoeding in het volgende jaar:

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

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

3. Niet langer deel uitmaken van een gezamenlijke huishouding:

Geregeld is dat als een gemoedsbezwaarde het gezamenlijke huishouden verlaat, het saldo van het spaartegoed van het huishouden alleen nog op verzoek evenredig wordt verdeeld over de gemoedsbezwaarden die deel uitmaken van dat huishouden. Daarvoor werd voor elke gemoedsbezwaarde het saldo met terugwerkende kracht opnieuw berekend.

De genoemde wijzigingen zijn op 1 januari 2010 in werking getreden.

³¹ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 december 2009, nr. Z/VV-2973800, houdende vereenvoudiging van de administratieve procedures van de regeling voor gemoedsbezwaarden in de Zorgverzekeringswet, Stcrt. 2009, nr. 19795.

5.5 Conclusie

Het aantal gemoedsbezwaarden en het aantal declaraties van deze groep blijven constant. De uitvoering van de regeling voor gemoedsbezwaarden is per 1 januari 2010 op een aantal punten vereenvoudigd.

Dit zal leiden tot een efficiëntere en meer transparante uitvoering van de regeling, hetgeen voor betrokkenen bovendien tot voordeel heeft dat declaraties sneller kunnen worden afgewikkeld.

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. Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning 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 voormelde vreemdelingen verleende zorg niet aan hem worden vergoed.

6.2 Wetgeving

Met ingang van 1 januari 2009 is de wet in werking getreden die 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 de verleende zorg niet zelf kunnen betalen³². In deze wet gaat het om het verstrekken van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan vreemdelingen die vanwege hun verblijfsstatus zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen³³, als deze patiënten de rekening van de zorgaanbieder niet kunnen betalen en zij onverzekerd en onverzekerbaar 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 bijdragemogelijkheid die de wet biedt. Daarbij geldt dat niet direct toegankelijke zorg (zorg die slechts verkregen kan worden op verwijzing, indicatie of recept) wordt verleend door daartoe door het CVZ gecontracteerde zorgaanbieders. In deze contracten zijn afspraken gemaakt en procedures vastgelegd zodat de werkwijze bij zorgvragen van onverzekerbare illegale vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Bij niet direct toegankelijke zorg kan ervan 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 is voorzien 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.

³² 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).

³³ De vreemdelingen die het betreft zijn:

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

6.3 Uitvoering

Het CVZ voert de wettelijke bijdrageregeling uit. In dat kader heeft het CVZ eind 2009 de huisartsen, tandartsen en verloskundigen geïnformeerd over de wijzigingen in het declaratieverkeer, de rol van de gecontracteerde ziekenhuizen en de positie van EU-onderdanen. De website van het CVZ is begin januari 2010 vernieuwd. Daarbij is ook de informatie over de financiering van de zorg voor illegalen aangepast. Op de website zijn de gegevens te vinden van de gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast geeft het CVZ dagelijks telefonisch voorlichting over de uitvoering van de regeling.

Het CVZ heeft in 2009 in het kader van deze wettelijke taak deelgenomen aan vergaderingen en congressen zoals het verlenen van medewerking aan een door Dokters van de Wereld georganiseerd congres over de zorgverlening aan illegalen en het deelnemen aan vergaderingen van de Stuurgroep Lampion.

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 opgezet waarmee 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 rapporteerde CVZ over het invoeringstraject. De belangrijkste bevindingen uit het rapport over contracteren, vergoeding van direct toegankelijke zorg en voorlichting zijn in de VWS-verzekerdenmonitor 2009³⁴ opgenomen.

Op 8 oktober 2009 heeft het CVZ een tweede monitor betreffende de wettelijke bijdrageregeling uitgebracht. In deze monitor is het CVZ concreet ingegaan op de toegang tot tandheelkundige zorg voor illegalen, niet alleen in kwantitatieve zin maar ook in kwalitatieve zin. Zoals hiervoor al is weergegeven is de bijdragemogelijkheid voor zorgaanbieders beperkt tot verleende medisch noodzakelijke zorg die in het AWBZ- of Zvw-pakket zit. Aanleiding voor dit verdergaande onderzoek over de toegang tot tandheelkundige zorg voor illegalen was de toezegging een nadere afweging te maken over een eventuele wetswijziging voor een ruimere vergoeding van tandheelkundige hulp aan illegalen. Deze wens kwam naar voren naar aanleiding van een tijdens de plenaire behandeling van de betreffende wet ingediende en aangehouden motie Slagter-Roukema³⁵. Bij brief van 10 november 2009³⁶ is in een brief aan de Eerste Kamer gemeld dat de informatie zoals opgenomen in de tweede CVZ-monitor over voormeld onderwerp geen aanleiding heeft gevormd de principiële keuze de bijdragemogelijkheid voor zorgaanbieders te beperken tot het pakket aan zorg Zvw en AWBZ te doorbreken en voor illegalen een ruimere invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg te geven. Kopie van de tweede CVZ-monitor is met voormelde brief ter kennisneming aan de Eerste Kamer gezonden. De vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Jeugd en Gezin heeft hierop op 2 februari 2010 gemeld voormelde brief voor kennisgeving aan te nemen en tevens te besluiten dat bedoelde motie van de agenda kan worden afgevoerd. De tweede CVZ-monitor over de Regeling financiering zorg illegalen is tevens aan de Tweede Kamer gezonden en wel als bijlage bij de antwoorden op kamervragen van de leden Arib en Spekman (beiden PvdA)³⁷ over het weigeren van illegalen in de zorg.

Derde CVZ-monitor (april 2010)

Op 7 april 2010 heeft CVZ een derde rapportage over de werking van de bijdragemogelijkheid uitgebracht. Het CVZ heeft deze monitor op haar website geplaatst (www.cvz.nl). De derde CVZ-monitor geeft een eerste tussentijdse evaluatie. Verder geeft het CVZ in deze monitor voor het eerst een indruk van de gemaakte kosten.

De belangrijkste bevindingen uit het rapport zijn hierna weergegeven.

³⁴ Brief van 3 juni 2009 (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 259).

³⁵ Kamerstukken I 2008/09, 31 249, G.

³⁶ Kamerstukken I 2009/10, 31 249, I.

³⁷ Tweede Kamer 2009/10, Aanhangsel van de Handelingen, 622.

Tussentijdse evaluatie

De Regeling financiering zorg illegalen is op 1 januari 2009 in werking getreden. Het CVZ geeft aan dat inmiddels een eerste balans kan worden opgemaakt.

Het CVZ noemt als positieve conclusies:

1. De Regeling financiering zorg illegalen is goed uitvoerbaar.
2. Er is sprake van een goed landelijk dekkend netwerk van zorgvoorzieningen.
3. Illegalen krijgen de zorg waarvoor de regeling bedoeld is.
4. Door de regeling te koppelen aan het basispakket van de Zvw en de aanspraken van de AWBZ beschikken zorgverleners over een eenduidig toetsingskader voor het begrip medisch noodzakelijke zorg.
5. Het CVZ ziet geen reden voor andere uitsluitingen ten opzichte van het basispakket Zvw en de aanspraken AWBZ. (Op dit moment zijn alleen IVF en genderbehandelingen uitgesloten.)
6. Tot en met 2008 werd ook voor EU- en EER-onderdanen wel een beroep gedaan op de Regeling Financiële Bijdragen van de Stichting koppeling. Sinds 1 januari 2009 kunnen zorgverleners voor deze groep vreemdelingen geen beroep doen op de door het CVZ uitgevoerde regeling. Dat uitgangspunt heeft niet tot bijkomende problemen geleid.
7. De door de zorgverleners voor het jaar 2009 ingediende declaraties zijn zowel door het CVZ als door de GGD'en vlot afgehandeld.
8. De zorgkosten liggen beduidend lager dan ten tijde van de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel werd voorzien.

Het CVZ noemt als aandachtspunten:

1. Voor een aantal grote steden overweegt het CVZ uitbreiding van het aantal gecontracteerde ziekenhuizen en apotheken.
2. De Regeling is inmiddels bij de meeste zorgverleners bekend. Maar met name in grote organisaties (vooral ziekenhuizen) en in gebieden met weinig illegalen is nog regelmatig sprake van onbekendheid met de regeling.
3. Ook na voorlichtingsinspanningen lijkt het onontkoombaar dat hulpverleningsorganisaties én het CVZ in voorkomende gevallen in individuele situaties een bemiddelende rol in de richting van zorgverleners moeten vervullen.
4. Hulpverleningsorganisaties ervaren de beperkte dekking voor mondzorg voor illegalen van 22 jaar en ouder als het voornaamste knelpunt van de regeling.
5. Zorgverleners hebben tot taak om de kosten van de geleverde zorg in eerste aanleg te verhalen op de illegaal. Het is echter niet de bedoeling dat dit uitgangspunt tot gevolg heeft dat de illegaal het gevoel heeft dat hem zorg wordt geweigerd of dat de illegaal zorg gaat mijden. Voor zorgverleners is dat lastig.
6. Volgens de wettekst moet de zorgverlener rekening houden met het 'terugkeerperspectief' van de illegaal. In de praktijk lijkt dit 'terugkeerperspectief' afwezig te zijn.

Het CVZ geeft aan op basis van deze derde CVZ-monitor over de bovenstaande onderwerpen overleg te zullen voeren met VWS en betrokken veldpartijen en vervolgens wederom aan genoemde onderwerpen aandacht te zullen besteden in de CVZ-najaarsmonitor 2010.

Kosten 2009

Voor de compensatie van kosten voor eerstelijnszorgverleners is voor deze regeling uitgegaan van hetzelfde bedrag als jaarlijks beschikbaar werd gesteld voor de Regeling Stichting Koppeling. Het gaat hierbij om een bedrag van € 7 miljoen. Op grond van de wettelijke bijdrageregeling komt ook ziekenhuiszorg en AWBZ-zorg voor vergoeding in aanmerking als illegalen de rekening van verleende medisch noodzakelijke zorg niet kunnen betalen. Omdat niet bekend was hoeveel kosten voor de betreffende patiënten werden gemaakt is een schatting gemaakt voor de daarvoor te verwachten kosten.³⁸ Voor de uitvoering van de wettelijke bijdragemogelijkheid voor de zorg aan illegalen is een bedrag van € 44 miljoen per jaar geraamd.

Het CVZ merkt met betrekking tot de kosten op dat er voor het jaar 2009 nog sprake is van onzekerheden omdat zorgverleners in 2010 nog kosten kunnen declareren die op 2009 betrekking hebben.

³⁸ Kamerstukken II 2007/08, 31 249, nr. 3, blz. 13, en 31 249, nr. 7, blz. 10.

Tabel CVZ: samenvattend overzicht (geraamde) zorgkosten 2009:

Tabel 14.

Beroepsgroep	Kosten
AWBZ- en GGZ-instellingen	€ 15 504 000 *
Ziekenhuizen	€ 8 615 079 *
Apotheken	€ 3 044 522
Huisartsen	€ 500 000 *
Verloskundigen	€ 190 000 *
Kraamzorg	€ 50 000 *
Tandartsen	€ 50 000 *
Hulpmiddelen	€ 20 573
Ambulancevervoer	€ 10 036
Paramedische zorg	€ 7 500 *
Totaal	€ 27 991 710

* geraamde kosten

Voor ziekenhuiszorg worden DBC-nota's toegerekend naar het jaar waarin zij zijn geopend. Ziekenhuizen kunnen de nota pas indienen nadat de DBC is gesloten. Daarbij kost het nog enkele maanden om een DBC te valideren. Het ziekenhuis moet de nota vervolgens eerst op de illegaal verhalen. DBC-nota's komen daardoor met grote vertraging bij het CVZ binnen. Het is daarom niet goed mogelijk een raming te maken van de ziekenhuiskosten over het jaar 2009 die nog in 2010 worden ingediend.

Het CVZ veronderstelt dat er het hele kalenderjaar 2010 nog ziekenhuisnota's over het jaar 2009 zullen binnenkomen. Uitgaande van de veronderstelling dat elke maand € 500 000 wordt gedeclareerd, leidt dat tot een balanspost van € 6 miljoen. De totale ziekenhuiskosten raamt het CVZ daarom, met de nodige onzekerheid, op ruim € 8,5 miljoen.

De ziekenhuiskosten zijn daarmee in ieder geval veel lager dan het in de begroting opgenomen bedrag van € 23 miljoen.

Het declaratieverkeer tussen het CVZ en de apotheken verloopt door tussenkomst van Clearing House Apothekers BV (CHA). Door het elektronische berichtenverkeer tussen CHA en de gecontracteerde apotheken bestaat snel inzicht in de door de apotheken gedeclareerde bedragen. Het in de tabel betreffende het samenvattend overzicht (geraamde) zorgkosten 2009 vermelde bedrag, betreft dan ook de totale kosten farmaceutische hulp.

De GGD'en dienen ieder kwartaal een tussentijds kostenoverzicht aan het CVZ in te sturen. Op basis van die informatie heeft het CVZ de door de GGD'en te declareren kosten voor 2009 geraamd.

In de contracten met AWBZ- en GGZ-instellingen is bepaald dat de gecontracteerde instelling uiterlijk 1 april 2010 een declaratie moet indienen over het jaar 2009. Het CVZ heeft daarom in 2009 nog geen betaling gedaan aan de AWBZ- en GGZ-instellingen.

Uit bovenstaand kostenoverzicht blijkt dat, met uitzondering van farmacie, sprake is van een forse onderschrijding van de voor de uitvoering van de wettelijke bijdragemogelijkheid voor de zorg aan illegalen geraamde bedragen. De in bovenstaande tabel gepresenteerde kosten bestaan voor een groot gedeelte uit ramingen van de in 2010 over het jaar 2009 uit te betalen bedrag.³⁹

Het CVZ zal daarom in de najaarsmonitor 2010 een geactualiseerd overzicht opnemen.

Ziekenhuizen

In de derde CVZ-monitor geeft CVZ aan voor de levering van ziekenhuiszorg⁴⁰ aan illegalen, in totaal 26 regio's te hebben vastgesteld. Via een Europese aanbestedingsprocedure heeft het CVZ

³⁹ De post 'AWBZ en GGZ' is volledig een raming. De post 'ziekenhuizen' betreft voor € 2,6 miljoen feitelijke uitgaven en voor € 6 miljoen een raming.

⁴⁰ Waar in deze monitor gesproken wordt over "het leveren van zorg" wordt bedoeld op medisch noodzakelijke zorg die, bij inkomstenderving, in aanmerking komt voor een bijdrage van het CVZ.

22 ziekenhuizen gecontracteerd, voor zowel de niet direct toegankelijke als voor de direct toegankelijke zorg.

In de regio's Rivierland en Zuid-Hollandse eilanden heeft het CVZ geen ziekenhuis gecontracteerd. Er bereiken het CVZ geen signalen waaruit zou blijken dat het ontbreken van een gecontracteerd ziekenhuis in deze regio's tot problemen zou leiden bij de toegankelijkheid van de zorg voor illegalen.

Het CVZ contracteerde daardoor uiteindelijk 24 rechtspersonen. Het CVZ geeft aan dat overigens bij de meeste ziekenhuizen sprake is van dependances en buitenposten waardoor het aantal locaties waar gecontracteerde zorg aan illegalen wordt verleend in de praktijk hoger is.

De niet gecontracteerde ziekenhuizen kunnen uitsluitend een vergoeding ontvangen voor direct toegankelijke zorg. Dat betreft zorg waarbij doorverwijzing of overplaatsing naar een door het CVZ gecontracteerd ziekenhuis medisch niet verantwoord is.

Het CVZ beschouwt alle zorg rondom zwangerschap en bevalling tot direct toegankelijke zorg. Deze zorg kan daardoor, tegen de wettelijk vastgestelde vergoeding van 100% van de oninbare vordering, ook geleverd worden door de niet gecontracteerde ziekenhuizen.

Het CVZ onderzoekt de mogelijkheid om additioneel ziekenhuizen te contracteren. Daarbij denkt het CVZ aan Amsterdam, waar de meeste ziekenhuiszorg aan illegalen wordt geleverd. Verder is ten tijde van de aanbesteding abusievelijk geen afzonderlijk perceel voor de GGD-regio Leiden gecreëerd. Die omissie zou het CVZ willen herstellen. In de najaarsmonitor zal het CVZ op dit onderwerp terugkomen.

Apotheken

Voor de levering van geneesmiddelen heeft het CVZ gestreefd naar de contractering van één apotheek per gemeente. Er zijn 401 gemeenten met een openbare apotheek. Het CVZ contracteerde inmiddels 355 apotheken.

Er hebben het CVZ geen signalen bereikt dat in gemeenten waar geen apotheek is gecontracteerd sprake is van een probleem voor de toegankelijkheid van de geneesmiddelenzorg voor illegalen. Deze indruk wordt nog versterkt door het feit dat van de 355 gecontracteerde apotheken er door 187 apotheken geen oninbare vordering is gedeclareerd.

Op verzoek van de wetgever heeft het CVZ een beperkt aantal apotheken gecontracteerd. Net als bij de ziekenhuizen is het daarbij de overweging geweest dat de gecontracteerde apotheken ervaring opdoen met het leveren van geneesmiddelen aan illegalen waardoor de kosten beheersbaar blijven.

Het CVZ ziet mogelijkheden om binnen dit uitgangspunt het aantal gecontracteerde apotheken beperkt uit te breiden. Het betreft dan de percelen waar het gedeclareerde bedrag per gecontracteerde apotheek hoger is dan € 75.000. Het CVZ onderzoekt daarom de mogelijkheid om additioneel apotheken te contracteren in de steden Nijmegen, Utrecht, Amsterdam (ten zuiden van het IJ)⁴¹, Leiden, Den Haag en Rotterdam (rechter Maasoever)⁴².

In de najaarsmonitor zal het CVZ terugkomen op dit onderwerp.

In de contracten met de apotheken is vastgelegd dat de declaratie de volgende persoonsgegevens dient te vermelden: de initialen, het geslacht, het geboortjaar en de nationaliteit van de illegaal. Het berichtenverkeer met CHA is daarop ingericht. Alleen de opgave van de nationaliteit heeft bij een groot gedeelte van de apotheken een aanpassing in de software gevergd. Deze aanpassingen zijn inmiddels aangebracht.

De aanlevering van de informatie m.b.t. de nationaliteit is daardoor sterk verbeterd. De kwaliteit en de omvang van het informatiemateriaal is op dit moment echter nog onvoldoende om een goed beeld te kunnen geven van de spreiding naar nationaliteit.

Uit de rapportages van CHA blijkt dat nauwelijks sprake is van eigen betalingen door de illegalen. Op verzoek van VWS heeft het CVZ de gecontracteerde apotheken nog eens gewezen op hun plicht om de kosten van geleverde medicijnen in eerste aanleg te verhalen op de illegaal. Deze brief leidde tot de volgende reacties:

⁴¹ In Amsterdam-Noord is één apotheek gecontracteerd. Dat is een passende dekking.

⁴² In Rotterdam-Zuid is één apotheek gecontracteerd. Ook dat is een passende dekking.

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

Verder blijkt een aantal softwaresystemen niet in staat om de eigen betaling correct te registreren. Het CVZ heeft inmiddels contact opgenomen met deze softwareleveranciers.

Het verhalen van de kosten van verleende medische noodzakelijke zorg op illegalen blijft dan ook in de aandacht van het CVZ.

Rol GGD'en

De GGD'en vervulden een coördinerende rol bij de uitvoering van de regeling van de Stichting Koppeling. Deze coördinerende rol vloeide voort uit hun bredere verantwoordelijkheid voor de openbare gezondheidszorg. De GGD'en beschikken over een netwerk met zorgverleners en hulpverleningsorganisaties⁴³, geven informatie aan de doelgroep en aan professionals en verzamelen signalen over knelpunten bij de toegang tot de zorg, zodat deze kunnen worden verholpen.

De GGD'en verwerkten voor de Stichting Koppeling declaraties van huisartsen, tandartsen, verloskundigen, kraamhulporganisaties en paramedici.

Het CVZ heeft de GGD'en gemandateerd om deze rol ook in 2009 namens het CVZ uit te voeren.

Het CVZ heeft in 2009 geen klachten of bezwaarschriften ontvangen over de uitvoering van de regeling door de coördinerende GGD'en. De GGD'en voerden hun werkzaamheden correct uit en de samenwerking tussen het CVZ en de GGD'en is plezierig verlopen.

Er was regelmatig sprake van telefonisch contact tussen het CVZ en de betrokken medewerkers van de GGD'en. Daarbij hebben veel vragen betrekking op de inhoud van het basispakket van de Zvw⁴⁴.

De bij de GGD'en gedeclareerde kosten zijn in 2009, ten opzichte van 2008, sterk teruggelopen.

Dat heeft verschillende oorzaken:

- geneesmiddelen worden niet langer bij de GGD'en gedeclareerd;
- de vergoeding voor de tandarts is ingeperkt tot het basispakket;
- door het generaal pardon heeft een gedeelte van de zorgbehoevende illegalen een verblijfsvergunning gekregen.

GGD'en behandelden en behandelen declaraties vooral als onderdeel van hun verantwoordelijkheid voor de openbare gezondheidszorg, teneinde een vinger aan de pols te kunnen houden bij de ontwikkelingen op het terrein van de zorgverlening aan illegalen. Als zij daarbij voorzien worden van goede informatie over de gedeclareerde kosten is het niet noodzakelijk dat zij ook zelf de declaraties verwerken.

Het CVZ heeft de GGD'en de keuze voorgelegd om de declaraties van huisartsen, tandartsen, verloskundigen, kraamhulpen en paramedici na 1 januari 2010 zelf af te blijven handelen of door het CVZ te laten afhandelen. Alleen de GGD'en in de provincie Friesland en de regio Den Haag hebben er voor gekozen om het declaratieverkeer voor deze beroepsgroepen in 2010 zelf te blijven verzorgen. Voor alle overige regio's heeft het CVZ met ingang van 1 januari 2010 de afhandeling van de declaraties voor de eerstelijnszorg van de GGD'en overgenomen.

Het CVZ heeft de betrokken beroepsgroepen in december 2009 over deze wijziging geïnformeerd.

Tandartsen

Zoals hiervoor al is aangegeven is het CVZ in de tweede monitor concreet ingegaan op de toegang tot tandheelkundige zorg voor illegalen, niet alleen in kwantitatieve zin maar ook in kwalitatieve zin.

In de derde monitor heeft het CVZ aangegeven vanuit haar eigen verantwoordelijkheid voor de monitoring van de regeling bijzondere aandacht aan de mondzorg voor illegalen te blijven

⁴³ Met de term 'hulpverleningsorganisaties' doelt het CVZ op organisaties die maatschappelijke ondersteuning aan illegalen verlenen.

⁴⁴ De Regeling financiering zorg illegalen omvat het basispakket van de Zvw (uitgezonderd IVF en genderoperaties) en de AWBZ-aanspraken.

besteden. Het CVZ zal dat, mede, doen omdat dit onderdeel door hulpverleningsorganisaties als het voornaamste knelpunt van de huidige regeling wordt ervaren.

Op 13 februari 2010 heeft de Stichting Landelijk Ongedocumenteerden Standpunt (LOS) namens het Breed Medisch Overleg (BMO)⁴⁵ een knelpunteninventarisatie over de tandartsenzorg uitgebracht. Verder meldt het CVZ Dokters van de Wereld in december 2009 onder de titel "NIET VERGETEN!" een rapportage heeft uitgebracht met bevindingen en aanbevelingen voor de toegang tot de zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland. Het rapport is gebaseerd op 161 incidenten in de toegang tot zorg voor ongedocumenteerde patiënten. Het betreft meldingen die Dokters van de Wereld rechtstreeks heeft ontvangen en meldingen die zijn binnengekomen bij het door Pharos ingestelde Landelijk Meldpunt Zorgincidenten. Van de 161 gemelde incidenten had 49% betrekking op de toegang tot tandheelkundige zorg⁴⁶.

Dokters van de Wereld heeft het CVZ voorzien van uitgebreidere informatie over deze 161 incidenten. De beschrijving van de incidenten is naar het oordeel van het CVZ realistisch. Bij incidenten die niet te maken hebben met mondzorg leidt bemiddeling door Dokters van de Wereld vaak tot een oplossing. In het rapport is aangegeven dat bij mondzorg bemiddeling niet of slecht mogelijk is.

Het CVZ geeft in de derde monitor overigens nog aan dat als onderdeel van het op 29 maart 2010 uitgebrachte Pakketadvies 2010 het CVZ heeft beoordeeld of het recht op mondzorg voor verzekerden van 18 tot 22 jaar past binnen de uitgangspunten van het pakketbeheer en de gewenste eigen verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid. Het CVZ komt tot de conclusie dat er op grond van het pakketprincipe "noodzakelijkheid" geen aanleiding is mondzorg voor achttien- tot tweeëntwintigjarigen te rekenen tot de te verzekeren prestaties.

Het CVZ heeft de minister daarom geadviseerd het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar. Omdat de Regeling financiering zorg illegalen, het basispakket van de Zvw (uitgezonderd IVF en genderoperaties) en de AWBZ-aanspraken omvat, impliceert dit dat ook de vergoeding van tandheelkundige zorg aan illegalen zal worden beperkt.

6.5 Conclusie

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.

Zoals het CVZ aangeeft bestaat het gepresenteerde samenvattende overzicht van de (geraamde) kosten voor 2009 (tabel 14) met uitzondering van farmacie voor een groot gedeelte uit ramingen. Er lijkt dus sprake te zijn van een forse onderschrijding van de begrote bedragen. Zoals het CVZ aangeeft zal het in de najaarsmonitor 2010 een geactualiseerd kostenoverzicht opnemen. Een beeld van de totale uitgaven voor deze regeling zal beschikbaar zijn na uitbrengen van de voorjaarsmonitor 2011.

In de najaarsmonitor 2010 zal tevens duidelijk worden of de aandacht die is gevraagd van apothekers op hun plicht om de kosten van geleverde medicijnen in eerste aanleg te verhalen op de illegaal, tot resultaten heeft geleid.

Voorts is vastgesteld dat de uitgaven voor tandartskosten die vóór inwerkingtreding van de wet bijna € 1 miljoen bedroegen thans is teruggelopen tot circa € 50.000. Zoals hiervoor is aangegeven is het niet de bedoeling voor illegalen ruimere tandheelkundige zorg voor vergoeding in aanmerking te doen komen dan opgenomen in het Zvw-pakket. Het laatstgenoemde bedrag is hier een uitvloeisel van.

⁴⁵ Het BMO is een netwerk van organisaties en personen die betrokken zijn bij de medische zorg voor mensen zonder verblijfsvergunning.

⁴⁶ Daarnaast heeft 33% van de meldingen betrekking op financiële barrières. Bij de resterende 18% is sprake van een veelheid aan problemen.

HOOFDSTUK 7. DE BES-EILANDEN

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

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 Nederlands-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. De kosten van de verzekering zullen deels uit premies en deels uit rijksbijdragen worden gefinancierd.

Het ontwerp voor de ziektekostenverzekering voor de BES-eilanden wordt aan het parlement voorgelegd. De inwerkingtreding is om uitvoeringstechnische redenen evenwel niet voorzien per 10 oktober 2010, maar is beoogd op 1 januari 2011. In de periode tussen 10 oktober 2010 en 1 januari 2011 wordt voorzien in overgangsrecht in die zin dat de diverse verzekeringsvormen op de BES eilanden toegepast blijven worden tot 1 januari 2011.

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 Raad van Bestuur, elf afdelingen en ongeveer 400 medewerkers. Het college wordt bij zijn werkzaamheden bijgestaan door drie vaste commissies van externe deskundigen. Het CVZ heeft een platte en formele structuur. In 2009 is de organisatiestructuur van het CVZ aangepast aan het sterk veranderende takenpakket zoals zich dat de afgelopen jaren, met de invoering van de Zvw, voor het CVZ heeft ontwikkeld. De nadruk van die reorganisatie lag op de verdere ontwikkeling van het CVZ als uitvoeringsorganisatie van regelingen voor bijzondere groepen, zoals die in deze monitor zijn opgenomen.

Het CVZ heeft de organisatie ingedeeld in twee organisatieonderdelen; *CVZ Zorg* voor de uitvoering van de pakketbeheerstaak en *CVZ Verzekering* voor het uitvoeren van de taken van de verzekeraarsfinanciering en regelingen voor bijzondere groepen. 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

Webmagazine, woensdag 31 maart 2010 9:30

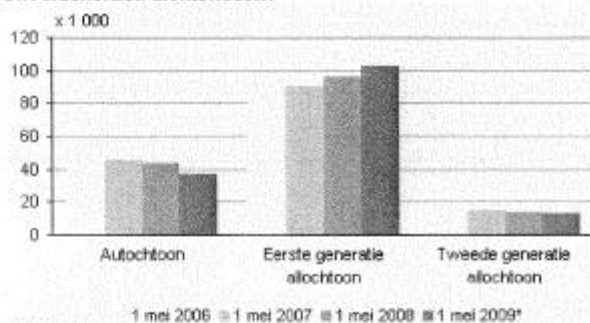
Aantal onverzekerden ziektekosten stabiliseert

Op 1 mei 2009 waren 152 duizend inwoners van Nederland niet verzekerd tegen ziektekosten. Dat is bijna evenveel als een jaar eerder. De verdeling van deze onverzekerden naar geslacht en leeftijd is ook nauwelijks veranderd. Naar herkomst zijn er wel verschillen. Het aantal onverzekerde autochtonen is van mei 2008 tot mei 2009 met bijna 6 duizend afgenomen, terwijl het aantal onverzekerde allochtonen met ruim 5 duizend toe nam.

Op 1 mei 2009 was 0,3 procent van de autochtonen onverzekerd, tegen 3,5 procent van de allochtonen. De toename van het aantal onverzekerden onder allochtonen komt geheel voor rekening van de eerstegeneratieallochtonen. Onder de tweedegeneratieallochtonen nam het aantal onverzekerden met ruim duizend af. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 zijn er 53 duizend personen die op alle peilmomenten onverzekerd waren.

Naast de onverzekerden zijn er ook mensen die wel zijn verzekerd tegen ziektekosten, maar de premie niet betalen. Eind 2009 waren er 318,5 duizend wanbetalers, dat zijn er bijna 62 duizend meer dan eind 2008.

Onverzekerden ziektekosten



Bron: CBS

Jan Smit en Mirthe Bronsveld-de Groot

Bron: Statline,

- Onverzekerden; tegen ziektekosten naar leeftijd en geslacht
- Onverzekerden; tegen ziektekosten naar overige kenmerken
- Onverzekerden; tegen ziektekosten naar herkomst

Wanbetalers Zorgverzekeringswet

**Doelgroepgerichte voorlichting door Stichting De Ombudsman in 2009
aan onverzekerden en mensen met betalingsachterstanden bij de zorgverzekeraar**

Hilversum, maart 2010

In 2009 heeft Stichting De Ombudsman doelgroepgerichte voorlichtingscampagnes gevoerd over de zorgverzekering in opdracht en met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

De voorlichtingsactiviteiten richtten zich op specifieke groepen onverzekerden.

Vanaf september 2009 gelden nieuwe wettelijke regels voor mensen met een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar. Ook deze groepen kregen voorlichting van De Ombudsman.

De diverse doelgroepen zijn actief benaderd met informatie over de zorgverzekering. Met vragen of voor advies konden mensen terecht bij de gratis zorgverzekeringlijn (0800 64 64 644) van Stichting De Ombudsman. Iedere beller werd voorzien van advies en kreeg zonodig huisbezoek van een vrijwilliger of er werd bemiddeld door een jurist van Stichting De Ombudsman.

Algemene voorlichting

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 een zorgverzekering afsluiten en de zorgtoeslag aanvragen.

In 2009 zijn meer dan 300.000 flyers verstuurd naar intermediairs als huisartsen, apotheken, ziekenhuizen, buurthuizen, maatschappelijk werk, voedselbanken, juridisch loketten, gemeenten, bibliotheken, jongerenorganisaties, kerken en moskeeën. Van de mogelijkheid om na te bestellen is op grote schaal gebruik gemaakt.

Doelgroepgerichte voorlichting aan onverzekerden

Voor een aantal gerichte doelgroepen zijn verschillende voorlichtingsactiviteiten georganiseerd. Deze doelgroepen ondervinden de meeste problemen met afsluiten van een zorgverzekering en/of beschikken vaak niet over de juiste informatie.

De volgende doelgroepen kregen specifieke voorlichting en hulp:

- Gezinnen met jonge kinderen
- Jongeren vanaf 18 jaar
- Allochtonen
- Dak- en thuislozen

Gezinnen met jonge kinderen

Speciale flyers zijn ontwikkeld voor gezinnen. Ze zijn verstuurd naar locaties waar gezinnen met jonge kinderen regelmatig komen, zoals huisartsenposten en consultatiebureaus. Deze

voorlichting richtte zich vooral op de onverzekerde kinderen in deze gezinnen. Ouders moeten hun kinderen zelf aanmelden bij de zorgverzekeraar, dit gebeurt niet automatisch. Ook zijn verschillende artikelen verschenen in Huis-aan-huisbladen waarin werd gewezen op de verplichte zorgverzekering en aanmelding van pasgeboren kinderen.

Jongeren vanaf 18 jaar

Jongeren moeten vanaf hun achttiende jaarpremie betalen voor de zorgverzekering. De ouders en de jongeren zijn niet altijd op de hoogte van deze veranderingen of hebben daar vragen over. Er zijn speciale folders voor jongeren gemaakt die zijn verstuurd naar scholen, jongerencentra en jongerenorganisaties. Deze flyers informeerden jongeren over het verplichte karakter van de zorgverzekering en de premieplicht vanaf 18 jaar. Tevens kwam de zorgtoeslag aan de orde en werd aangegeven hoe ze dit aan konden vragen.

Jongerenwebsite

Stichting De Ombudsman heeft in 2009 een speciale jongerenwebsite gemaakt over de zorgverzekering. De teksten en de vormgeving zijn afgestemd op jongeren. Op de jongerensite staan rekenvoorbeelden, tips en informatie in de vorm van vraag-en-antwoord. Ook kunnen via de site vragen worden gesteld. Ter promotie van de site zijn jongerenfora benaderd, met het verzoek om aandacht te besteden aan de site. Aan de respons is te merken dat jongeren ons goed weten te vinden.

Allochtonen

Diverse allochtone groepen zijn door Stichting De Ombudsman actief benaderd. Op bijeenkomsten in buurthuizen en bij allochtone organisaties hebben wij gesproken over de zorgverzekering. Er was ruime gelegenheid tot vragen stellen, zonodig in een besloten setting. Vaak was een tolk aanwezig. De bezoekers van de voorlichtingsbijeenkomsten kregen allen een informatiepakket mee met de belangrijkste informatie over de zorgverzekering. Ook was informatie over de collectieve zorgverzekering via de gemeente en informatie over de zorgtoeslag toegevoegd. Gevolg van deze bijeenkomsten is dat de zorgverzekering lijn meer en meer wordt gebeld door allochtonen. Desgewenst kunnen mensen in hun eigen taal te woord worden gestaan.

Ook de informatie op de website voor hulp en advies bij de zorgverzekering is beschikbaar in andere talen. De belangrijkste informatie over de zorgverzekering is vertaald in vier talen en staat op de website. Mensen kunnen nu in het Engels, Frans, Turks en Arabisch de belangrijkste informatie over de zorgverzekering tot zich nemen.

In het najaar van 2009 is vertaald informatiemateriaal toegestuurd aan moskeeën en allochtone organisaties. Het gaat om vertalingen in het Arabisch, Turks, Frans en Engels.

Dak- en thuislozen

In 2009 is gebleken dat het voor veel dak- en thuislozen moeilijk is om een zorgverzekering af te sluiten.

Zorgverzekeraars moeten iemand die in Nederland woont, inschrijven. Vele zorgverzekeraars eisen daarvoor een GBA-inschrijving. Dit gaat te ver omdat de wet een GBA-inschrijving niet verplicht stelt. Op vele andere manieren kan iemand aantonen dat hij hier woont. Op deze manier sluiten verzekeraars mensen uit die om welke reden dan ook geen GBA-inschrijving hebben maar hier wel wonen.

In 2009 zijn daklozen op verschillende manieren voorzien van informatie over het afsluiten van een zorgverzekering. Om de dak- en thuislozen te bereiken zijn kaarten verstuurd aan opvanglocaties in de gemeenten en zijn advertenties en korte berichten geplaatst in de daklozenkranten in de grote steden. Hierin werd het gratis telefoonnummer van de zorgverzekeringslijn genoemd.

Niet alleen dak- en thuislozen wisten ons te vinden, ook familieleden en vrienden die zich zorgen maakten of hulpverleners hebben regelmatig gebeld met vragen over de zorgverzekering en het afsluiten daarvan.

De Zorgverzekeringslijn

Op de zorgverzekeringslijn konden onverzekerden terecht voor advies en ondersteuning bij het afsluiten van een zorgverzekering en het aanvragen van zorgtoeslag. De zorgverzekeringslijn is gratis en daardoor laagdrempelig. De zorgverzekeringslijn werd ook regelmatig gebeld door professionals in de hulpverlening en door maatschappelijk betrokkenen zoals decanen en vertrouwenspersonen.

In 2009 zijn meer dan 1000 telefoontjes behandeld. Ongeveer de helft van de mensen had voldoende aan een telefonisch advies. Anderen hadden meer begeleiding of hulp nodig. Zij kregen bijvoorbeeld huisbezoek van een vrijwilliger of bemiddeling door een jurist.

In toenemende mate wordt de zorgverzekeringslijn om advies gevraagd bij betalingsachterstanden. Dit heeft te maken met nieuwe wetgeving die sinds september 2009 van kracht is geworden. Veel mensen hebben moeite om de zorgpremie te betalen. Dit is ook vaak de reden dat mensen geen zorgverzekering afsluiten. Zij kunnen de premie niet betalen, ook niet met behulp van de zorgtoeslag.

Wanneer mensen naar de zorgverzekeringslijn belden, werd gevraagd naar de reden waarom iemand contact heeft opgenomen met Stichting De Ombudsman. Tabel 1.1 laat zien welke redenen werden gegeven en waarover de meeste vragen werden gesteld.

Tabel 1.1

Reden contact	Percentage
Onverzekerd	56%
Betalingsachterstanden/wanbetaler	18%
Overstappen	6%
Boete	8%
Probleem met zorgverzekeraar	12%
Totaal	100%

De redenen waarom iemand onverzekerd is liggen uiteen (zie tabel 1.2). De belangrijkste redenen zijn dat iemand vanwege de eigen financiële situatie geen zorgverzekering heeft afgesloten of doordat iemand uit het buitenland komt en onvoldoende op de hoogte was van het verplichte karakter van de zorgverzekering. Daarnaast belden dak- en thuislozen ons regelmatig met problemen over het acceptatiebeleid van de zorgverzekeraars.

Illegalen hebben geen recht op een zorgverzekering, omdat zij geen ingezetene zijn. De illegalenregeling zou hierbij uitkomst moeten bieden, maar die wordt niet altijd correct toegepast door de aangewezen gecontracteerde instellingen. Regelmatig belden illegalen ons dat zij werden weggestuurd bij een ziekenhuis of apotheek. Stichting De Ombudsman bemiddelde in deze zaken.

Een andere groep die buiten de boot valt voor de zorgverzekering zijn de mensen die met een Machtiging tot Voorlopig Verblijf (MVV) in Nederland zijn gekomen en in afwachting zijn op hun reguliere verblijfsvergunning. (VVR). Tot die tijd kunnen zij geen zorgverzekering afsluiten. Reisverzekeringen of andere particuliere ziektekostenverzekeringen die afgesloten worden bieden vaak geen uitkomst bij al bestaande aandoeningen en zwangerschap.

Tabel 1.2

Reden onverzekerd	Percentage
Financieel	28%
Psychisch	14%
Uit het buitenland	27%
Dak- of thuisloos	11%
Illegaal	8%
Veranderde leefsituatie	12%
Totaal	100%

Enquête

Om meer inzicht te krijgen in het beleid en de dienstverlening van zorgverzekeraars is een schriftelijke en telefonische enquête gehouden onder 30 zorgverzekeraars. De schriftelijke enquête werd ingevuld door 26 zorgverzekeraars, de telefonische enquête werd uitgevoerd door vrijwilligers van Stichting De Ombudsman. De vragen hadden onder meer betrekking op de acceptatie van nieuwe klanten zonder GBA-inschrijving, te laat aangemelde kinderen en betalingsachterstanden.

De resultaten van dit onderzoek worden bekend gemaakt aan het ministerie van VWS en aan de zorgverzekeraars in de loop van 2010.

Wanbetalers

Sinds 1 september 2009 is een nieuwe wettelijke regeling in werking getreden met betrekking tot de wanbetalers zorgpremie. Mensen met een betalingsachterstand van zes maanden betalen een verhoogde premie. De verhoogde premie bedraagt € 136,- per maand. Deze premie wordt opgelegd door CVZ en wordt direct ingehouden op het loon of op de uitkering. De premie-inhouding stopt pas als de achterstand is betaald of als schuldhulpverlening wordt verleend.

Schriftelijke en telefonische voorlichting

Aan huisartsen en apotheken zijn 100.000 flyers verzonden over de wanbetalersregeling. Daarop stond het nummer van de zorgverzekeringslijn vermeld. Steeds meer verzekerden met betalingsachterstanden worden aangemeld bij het CVZ. In de brief die zij ontvangen van CVZ staat het telefoonnummer van de zorgverzekeringslijn. Verzekerden die zijn aangemeld voor de verhoogde premie hebben veel vragen over de inhoud van de regeling. In 2009 is gebleken dat het voor mensen niet duidelijk is wat de regeling precies inhoudt en hoe lang ze

in die regeling moeten blijven. Verzekerden dachten regelmatig en ten onrechte dat zij door middel van de verhoogde premie de betalingsachterstand zouden inlopen.

Bemiddeling

Mensen die zich melden bij de zorgverzekeringslijn en problematische schulden blijken te hebben, krijgen hulp bij het op orde brengen van hun administratie, het treffen van betalingsregelingen of worden begeleid naar de schuldhulpverlening via de gemeente. De stap naar schuldhulpverlening is niet gemakkelijk. Veelal wordt gevraagd naar een geordende administratie en daar ligt vaak het probleem. Mensen durven hun post niet meer te openen of negeren brieven van incassobureaus en deurwaarders. De vrijwilligers van Stichting De Ombudsman begeleiden deze mensen in het gehele proces naar schuldhulpverlening. In bepaalde gevallen kunnen betalingsregelingen worden getroffen indien er slechts sprake is van één schuld.