



Wonend in Frankrijk, zorgverzekerd via Nederland (CVZ, CPAM, AGIS)

Toelichting op de positie van de Verdragsgerechtigden

Sinds de invoering van de zorgverzekeringswet op 1-1-2006 zijn personen die een pensioen of uitkering uit Nederland ontvangen terwijl men woont in een land van de Europese Unie verplicht zich via Nederland te verzekeren. Het College Voor Zorgverzekering (CVZ) is met de uitvoering van deze regeling belast. In Frankrijk verzorgt de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de aanspraak op zorg, in Nederland de verzekeraar AGIS.

De invoering van deze regeling heeft tot veel problemen geleid. Vaak was onduidelijk of men onder de verplichting viel om zich via Nederland te verzekeren. Ook was vaak niet duidelijk hoe de inhoudingen op de pensioenen en uitkeringen werden berekend en welke bijdrage in totaal per jaar aan het CVZ zou moeten worden afgedragen. Daarnaast was niet duidelijk welke aanspraken op zorg men kon maken.

In deze toelichting wordt getracht een antwoord te geven op de vele vragen die de FANF bereikten en wordt enige achtergrondinformatie gegeven. Kees Jonker, lid van de FANF werkgroep zorgverzekeringen en secretaris van de CMUnf voorzag een concept van deze toelichting van kritisch commentaar.

1 juli 2013

Guido Smoorenburg, voorzitter FANF

Coördinator FANF werkgroep zorgverzekeringen

Verantwoording

Deze toelichting is samengesteld door leden van de Fédération des Associations Néerlandaises en France (FANF). Het is een toelichting van leden voor leden, gebaseerd op de ervaring die door de FANF is opgedaan sinds de invoering van de regeling “Verdragsgerechtigden” . Met het publiceren van deze toelichting beoogt de FANF bij te dragen aan het verhelderen van vele onduidelijkheden die na de invoering van deze regeling zijn ontstaan. De toelichting is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld maar de auteur, de referent, en het bestuur van de FANF, kunnen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor mogelijke onjuistheden of verkeerde interpretaties in deze tekst en de daaruit mogelijk financiële gevolgen, noch in positieve noch in negatieve zin. Tevens moge het duidelijk zijn dat er na de publicatie van deze toelichting wijzigingen kunnen optreden waardoor de hierna volgende tekst niet meer geheel of gedeeltelijk van toepassing zou kunnen zijn. Het ligt in het voornemen van de Europese Commissie om in 2015 onderdelen van de huidige regeling te evalueren.

Inhoud

- 1. Achtergrond van de regeling “Verdragsgerechtigden”**
 - 1.1 *Vrij verkeer van personen; een recht*
 - 1.2 *Van recht naar plicht*
 - 2. Uitwerking van de regeling verdragsgerechtigden door Nederland**
 - 2.1 *Geen verzekering maar aanspraak op zorg*
 - 2.2 *Bijdrage gebaseerd op het Nederlandse sociale stelsel*
 - 2.3 *De woonlandfactor*
 - 3. Invoering van de regeling verdragsgerechtigden**
 - 3.1 *Invoering in Frankrijk via de Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM)*
 - 3.2 *De Franse aanvullend verzekering (Mutuelle)*
 - 3.3 *De Franse fiscus*
 - 3.4 *Invoering in Nederland en Europa (CVZ, AGIS, EHIC, AWBZ)*
 - 3.5 *Implicaties van de regeling buiten Europa, problemen met een reisverzekering*
 - 4. Wie valt er onder de regeling verdragsgerechtigden?**
 - 4.1 *Gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden*
 - 4.2 *Gezinsleden apart*
 - 5. Aanmelding als verdragsgerechtigde, CVZ en CPAM**
 - 5.1 *Oorspronkelijke procedure*
 - 5.2 *Aangepaste procedure*
 - 6. Uitvoeringspraktijk van het CVZ**
 - 6.1 *Inhoudingen en jaarafrekening*
 - 6.2 *Achterstallige betalingen*
 - 6.3 *Consequentie van zorg naar keuze in Nederland en de uitgifte van de EHIC*
 - 6.4 *Te verwachten wijziging in de uitvoering*
 - 7. Zorgtoeslag**
 - 8. Financieel overzicht**
- Bijlage. Reisverzekeringen buiten Europa**

1. Achtergrond van de regeling “Verdragsgerechtigden”

1.1 Vrij verkeer van personen; een recht

Een belangrijke doelstelling van de Europese Unie (EU) is vrij verkeer van goederen, diensten en personen. Wil een persoon zich gaan vestigen in een ander land dan kan men zich daar alleen vrij in voelen wanneer men zijn sociale zekerheden niet verliest. Dit geldt in belangrijke mate voor een ziektekostenverzekering, of algemener: een zorgverzekering. Personen met een gezondheidsrisico zouden problemen kunnen ervaren met het afsluiten van een zorgverzekering in het nieuwe woonland. In het algemeen zou het voor ouderen moeilijk kunnen zijn een zorgverzekering in het nieuwe woonland af te sluiten omdat de zorgbehoefte met de leeftijd toeneemt. Men kan de premie, die betaald werd gedurende de gezonde jonge jaren, zien als een spaarpot voor later. Deze spaarpot wordt niet meegenomen naar het nieuwe woonland. Het nieuwe woonland zou hierdoor afwijzend kunnen staan tegenover opname in het eigen zorgsysteem. Dit zou in strijd zijn met de doelstelling van de EU. Volgens de doelstelling van de EU moet men daarom kunnen terugvallen op het oude land waar de spaarpot werd opgebouwd. Dit wordt gezien als een *recht*. Het woord “Verdragsgerechtigde” is afgeleid van dit *recht* in het kader van een Europees *verdrag*.

1.2 Van recht naar plicht

In Nederland werd bij de voorbereiding van de nieuwe ZorgVerzekeringsWet van 1-1-2006 (Zvw) onder Minister Hoogervorst geconcludeerd dat dit recht tot een onevenredig zware belasting van het Nederlandse sociale stelsel zou leiden omdat personen met een hoog zorgrisico op Nederland zouden willen terugvallen terwijl degenen met een laag risico zich elders zouden kunnen verzekeren. Tevens werd ingeschat dat de meeste Nederlanders weer naar Nederland zouden willen terugkeren tegen de tijd dat men zorgbehoefte wordt.

Daarom werd bepaald dat iedereen die een pensioen of een uitkering uit Nederland ontvangt zich via Nederland moet verzekeren. Van het recht werd een plicht gemaakt. Deze interpretatie van de Europese regelgeving werd vervolgens aangevochten, met name door de Stichting Belangenbehartiging Nederlandse Gepensioneerden in het Buitenland (SBNGB/ICNG: www.icng.eu). Het Europese Hof van Justitie heeft op 14-10-2010 echter uitgesproken dat Nederland gerechtigd is de verplichting op te leggen en dat Nederland gerechtigd is haar sociaal stelsel van toepassing te verklaren op degenen die pensioen of een uitkering uit Nederland ontvangen. Er werd echter aan toegevoegd: Mits er geen discriminatie ontstaat. Een beoordeling hiervan werd overgelaten aan de Nederlandse Centrale Raad van Beroep. Deze oordeelde vervolgens dat er geen sprake was van een ongerechtvaardigd verschil in behandeling tussen ingezetenen en niet-ingezetenen van Nederland.

www.nebelex.com/wiki/Centrale_Raad_van_Beroep,_13_december_2011,_nr._08/1714_ZFW_%2B_08/1717_ZFW).

2. Uitwerking van de regeling verdragsgerechtigden door Nederland

2.1 Geen verzekering maar aanspraak op zorg

De regeling Verdragsgerechtigden is geen verzekering geworden volgens de Zorgverzekeringswet van 2006 voor Nederlanders. Men kan slechts “aanspraak maken op zorg”. Er wordt ook niet gesproken over een premie maar over een bijdrage (aan het CVZ). Dit heeft bijvoorbeeld als gevolg dat men niet vrij is in de keuze van de verzekeraar. In Frankrijk is men verplicht verzekerd via de Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM), in Nederland via AGIS. Tevens heeft men niet de vrijheid een bepaald verzekeringspakket te kiezen. Men is in Frankrijk verzekerd volgens de voorwaarden van de CPAM en in Nederland volgens de basispolis van AGIS. Verder kan men geen gebruik maken van de bilaterale regelingen voor zorg bij spoedeisende hulp die Nederland heeft afgesloten met landen als Marokko en Turkije, maar alleen met landen die vallen onder de European Health Insurance Card (EHIC, zie 3.4)

2.2 Bijdrage gebaseerd op het Nederlandse sociale stelsel

Zoals het Europese Hof aangaf is Nederland gerechtigd haar sociaal stelsel toe te passen op de verdragsgerechtigden. Dit betekent dat de bijdrage, zoals voor alle Nederlanders in Nederland, wordt berekend op basis van drie componenten: de nominale bijdrage (het bedrag dat Nederlanders in Nederland direct aan de verzekeraar betalen), de inkomensafhankelijke Zvw bijdrage (het bedrag dat de werkgever in Nederland betaalt maar gepensioneerden zelf moeten betalen) en de (inkomensafhankelijke) bijdrage Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Op deze benadering is veel kritiek gekomen omdat de dekking in het nieuwe woonland kleiner kan zijn dan de dekking in Nederland. De CPAM vergoedt slechts 60 tot 70% van een laag gehouden basistarief terwijl Nederland in principe uitgaat van een volledige dekking (met een eigen risico).

2.3 De woonlandfactor

Een bijdrage gelijk aan de premie die in Nederland moet worden betaald is hard aangevochten, met name door de SBNGB/ICNG (www.icng.eu). Men is in het gelijk gesteld en dit heeft geleid tot de invoering van de *woonlandfactor*. De gemiddelde zorgkosten per persoon in Frankrijk en in Nederland worden met elkaar vergeleken en de premie die volgens het Nederlandse stelsel wordt berekend, wordt vervolgens pro rato bijgesteld. De woonlandfactor wisselt per jaar. In 2012 bedroeg deze factor voor Frankrijk 0,7685. Met nadruk moet er op gewezen worden dat de woonlandfactor is gebaseerd op een vergelijking van de *totale* zorgkosten in beide landen. Het is daarom onjuist om een vergelijking per onderdeel van de premieberekening te maken. Met name is het onjuist om de relatief grote AWBZ-component in de bijdrage op zich te beschouwen tegenover de geringe AWBZ-achtige zorg in Frankrijk. Zou men een woonlandfactor per onderdeel toepassen dan zou de woonlandfactor voor de AWBZ lager kunnen uitvallen. De woonlandfactor voor de andere twee componenten (de niet-bijzondere ziektekosten) zou dan echter hoger uitvallen. Tot 1 mei 2010 ontving Frankrijk als financiële compensatie voor de zorgkosten een forfaitaire vergoeding per verdragsgerechtigde. Na die datum is men gestart met een vergoeding op basis van de kosten die werkelijk door de CPAM zijn vergoed. De

woonlandfactor zou dientengevolge ook op de werkelijke kosten kunnen worden gebaseerd. Dit is echter nog niet in discussie.

3. Invoering van de regeling verdragsgerechtigden

3.1 Invoering in Frankrijk via de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

De zorgverzekering voor de Nederlanders die, wonend in Frankrijk, een pensioen ontvangen uit Nederland (de Verdragsgerechtigden) is ondergebracht bij de CPAM. De verzekering is in principe gebaseerd op de voorwaarden van de CPAM. Sinds 1 mei 2010 heeft het Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) echter de richtlijn uitgegeven dat men alleen nog maar medische verrichtingen aan verdragsgerechtigden vergoedt die op het Franse grondgebied zijn uitgevoerd. Dat wil zeggen dat men niet meer, zoals voorheen, kan rekenen op een vergoeding van de CPAM wanneer men buiten Frankrijk medische hulp nodig heeft. Voor niet-verdragsgerechtigden (en Fransen) is dit meestal wel het geval. In de praktijk blijkt dat veel medewerkers van de CPAM hier niet goed van op de hoogte zijn (of uw positie als verdragsgerechtigde tijdens een gesprek niet goed onderkennen) waardoor men u verkeerd kan informeren. Na het indienen van de declaratie blijkt dan dat men niet voor vergoeding in aanmerking komt. Reisverzekeringen gaan in het algemeen uit van de aanwezigheid van een onderliggende zorgverzekering waarop men medische kosten, althans gedeeltelijk, kan verhalen. Men gaat er vanuit dat u valt onder de Sécurité Sociale. Als verdragsgerechtigde heeft u dus buiten Frankrijk geen onderliggende verzekering bij de CPAM. Het kan nodig zijn een speciale reisverzekering af te sluiten (zie 3.4 en 3.5).

3.2 De Franse aanvullende verzekering (Mutuelle)

De beperking van de diensten van de CPAM aan verdragsgerechtigden tot het Franse grondgebied heeft een belangrijke consequentie voor de vergoedingen die men van de Mutuelle kan verwachten. De Mutuelles zijn via een systeem, genaamd NOEMIE, gekoppeld aan de CPAM. De Mutuelles vullen via dit systeem de gedeeltelijke vergoedingen van de CPAM aan. Aangezien de CPAM zich beperkt tot verrichtingen binnen het Franse grondgebied zijn ook de aanvullende uitkeringen van de Mutuelles beperkt tot verrichtingen binnen het Franse grondgebied. Kosten van verrichtingen buiten het Franse grondgebied worden dus door uw Mutuelle niet vergoed, ook niet gedeeltelijk.

De FANF heeft zich sterk gemaakt voor de vorming van een vereniging van Nederlanders in Frankrijk die zich aanvullend willen verzekeren via een Mutuelle. In samenwerking met het Assurantiekantoor van Butet-de Jong heeft dit begin 2011 geleid tot hervorming van de reeds bestaande Club Medische Uitvoerders voor Nederlanders in Frankrijk (CMUnf, www.cmunf.fr) tot een vereniging met een eigen bestuur. De CMUnf is aangesloten bij de FANF. De CMUnf maakt zich sterk voor het verkrijgen van een concurrerend groepscontract onder goede voorwaarden. Daarnaast streeft de CMUnf duidelijke voorlichting na; zie de artikelen op de aangegeven website, in het bijzonder het artikel "Zorgverzekeringswet: Overschrijven naar het Franse systeem".

3.3 De Franse fiscus

Bij de vaststelling van het belastbare inkomen gaat de Franse fiscus er vanuit dat de zorgpremie reeds in mindering is gebracht op het op te geven inkomen. Men mag dit als verdragsgerechtigde ook doen. Men kan dus het inkomen verminderd met de CVZ bijdrage opgeven. Dit geldt echter niet voor een vrijwillig aangegane aanvullende verzekering (Mutuelle), alleen voor de verplichte verzekering. Recent is bij een vergelijking van een door een Nederlander aan de Franse fiscus opgegeven inkomen met gegevens opgevraagd door de Franse fiscus bij hun Nederlandse collega's gebleken dat de bedragen niet overeenstemden. Het verschil stak in de afgetrokken zorgpremie. De Franse inspecteur beoordeelde deze handelwijze als misleidend. Het is daarom wellicht beter de verplicht afgedragen premie apart op het belastingformulier te vermelden (onder rubriek DD, déductions diverses) en niet te verrekenen met het opgegeven inkomen.

3.4 Invoering in Nederland en Europa (CVZ, AGIS, EHIC, AWBZ)

De registratie van de verdragsgerechtigden en de inning van de bijdrage is bij de invoering van de Zvw opgedragen aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, www.cvz.nl). Voorlichting over de zorg bij verblijf in Nederland (het verzekeringspakket, afspraken met zorginstellingen en declaraties) wordt gegeven door zorgverzekeraar AGIS (www.agisweb.nl/buitenland).

Het CVZ geeft de European Health Insurance Card (EHIC) uit waarmee men aanspraak kan maken op spoedeisende zorg in alle landen van de Europese Unie plus de geassocieerde landen Liechtenstein, Noorwegen, IJsland (EER landen) en Zwitserland. Per 1 juli 2013 wordt Kroatië hier aan toegevoegd. De vergoeding is gebaseerd op het wettelijke verzekeringspakket van het land waar u de zorg ontvangt. Let er op dat het verzekeringspakket van het betreffende land kan inhouden dat de kosten slechts gedeeltelijk worden vergoed. In dat geval wordt aangeraden een aanvullende ziektekostenverzekering of een reisverzekering met een ziektekostencomponent af te sluiten. Let er ook op dat de aanspraak op zorg slechts geldt voor de officiële, door de overheid erkende zorginstellingen, niet voor particuliere klinieken. Bij het tonen van de EHIC kan het zijn dat u niets hoeft te betalen of de aanvulling op het gedeelte dat volgens het pakket van het betreffende land wordt vergoed. Vraagt men het volledige bedrag dan moet u dat in eerste instantie declareren bij de zorgverzekeraar van het betreffende land. Weigert deze uit te betalen dan kunt u de kosten bij het CVZ declareren. Bewaar de originele nota's. Voor spoedeisende hulp in Nederland moet u contact opnemen met AGIS. De EHIC moet jaarlijks via de website van het CVZ worden aangevraagd. Zie verder www.cvz.nl/verzekering/buitenland/ehic+van+het+cvz

Naast spoedeisende hulp geeft de EHIC ook recht op zorg naar keuze in Nederland. Deze zorg is gebaseerd op de basispolis van AGIS en de AWBZ. De voorwaarden zijn dus niet gelijk aan de voorwaarden van de CPAM bij medische hulp in Frankrijk. In het algemeen is het pakket in Nederland kleiner dan in Frankrijk (bijvoorbeeld geen vergoeding aan volwassenen voor de tandarts). Anderzijds zijn de vergoedingen in Nederland niet beperkt, zoals bij de CPAM, tot 60 a 70% van een forfaitair basistarief. Maar in Nederland past men wel een eigen risico toe. Men kan zich in Nederland tot een

specialist wenden op basis van een verwijzing (ordonnance) van een Franse huisarts zonder opnieuw een Nederlandse huisarts te hoeven raadplegen. Het is echter aan te bevelen om bij een medische ingreep naar keuze in Nederland altijd eerst de afdeling buitenland van AGIS te raadplegen (www.agisweb.nl/buitenland/naar_het_buitenland/wonen_in_het_buitenland).

Als verdragsgerechtigde kan men ook aanspraak maken op AWBZ-zorg in Nederland. Voor verdragsgerechtigden geldt geen wachttijd voor de vergoeding van de kosten van AWBZ zorg, in tegenstelling tot een wachttijd voor niet-verdragsgerechtigden die tot 12 maanden kan bedragen. Men heeft echter wel, zoals elke Nederlander, een indicatiebesluit nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ, www.ciz.nl). Als het verblijf in een Nederlands verzorgings- of verpleeghuis een permanent karakter heeft valt men uit de regeling verdragsgerechtigden omdat men dan woonachtig in Nederland is. Men is dan verplicht een Nederlandse zorgverzekering af te sluiten en het CVZ daarvan op de hoogte te stellen.

3.5 Implicaties van de regeling buiten Europa, problemen met een reisverzekering

De CPAM verzorgt de aanspraak op zorg binnen het Franse grondgebied, het CVZ en AGIS de aanspraak in de rest van Europa en enige geassocieerde landen (zie 3.1 en 3.4). Buiten Europa kan men als verdragsgerechtigde geen aanspraak op zorg maken. Noch de CPAM, noch CVZ/AGIS vergoedt ook maar een gedeelte van de medische kosten gemaakt buiten Europa. Dit is al jaren een erkende lacune in het systeem waar nog geen oplossing voor is gevonden. Het betekent tevens dat men een probleem kan krijgen met een reisverzekering. Reisverzekeringen gaan er in het algemeen vanuit dat men een “onderliggende” verzekering heeft waarop de medische kosten, althans gedeeltelijk, zijn te verhalen. Voor verdragsgerechtigden is dit bij reizen buiten Europa dus niet het geval. De aanwezigheid van een onderliggende verzekering wordt zo vanzelfsprekend geacht dat het bij het afsluiten van een reisverzekering niet ter sprake komt en men vaak verkeerd kan worden ingelicht bij navraag. Pas wanneer men kosten declareert en blijkt dat het a-priori duidelijk was dat er geen kosten konden worden verhaald door afwezigheid van een onderliggende verzekering kan de verzekeraar weigeren de kosten te vergoeden (terwijl men wel premie betaalde). Een oplossing is in dit geval een verzekering die expliciet de kosten vanaf de eerste Euro (premier Euro, 1er Euro) vergoedt. In de bijlage vindt u een overzicht van de resultaten van contacten die we met enige verzekeraars hierover hebben gehad.

4. Wie valt er onder de regeling verdragsgerechtigden?

4.1 Gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden

Alle personen die in een verdragsland (Europa en landen met een bilaterale regeling) wonen en een pensioen, prepensioen of uitkering uit Nederland ontvangen vallen in principe onder de regeling (AOW, Anw, WAO, WAZ; zie www.expatverzekering.nl/images/handleiding-e-formulieren.pdf). Heeft men in verschillende landen gewerkt en daar wettelijk pensioen opgebouwd dan valt men alleen onder de regeling wanneer men het langst in Nederland heeft gewerkt, daar onder de Nederlandse sociale verzekeringswetgeving is gevallen en pensioen (AOW) heeft opgebouwd. (Over deze conditie moet het

Europese Hof nog een uitspraak doen.) De nationaliteit is niet van belang. Wanneer men als Nederlander in Frankrijk woont en grotendeels pensioen uit Nederland ontvangt dan heeft overgang naar de Franse nationaliteit geen invloed op de status als verdragsgerechtigde. Wil men deze status vermijden dan is het sinds 1 mei 2010 mogelijk dit te bereiken door het pensioen uit Nederland te weigeren. Dit zal vaak de AOW betreffen wanneer men alleen AOW als pensioen ontvangt en andere inkomsten heeft. Een andere mogelijkheid is intrede in het Franse sociale zekerheidsstelsel als werknemer of door bijvoorbeeld in Frankrijk een micro-entreprise op eigen naam op te richten (voor 65 jarige leeftijd). Opname in het Franse sociale zekerheidsstelsel prevaleert.

4.2 Gezinsleden apart

Echtgenoten (gezinsleden) worden gescheiden als verdragsgerechtigden aangemerkt conform de Europese Verordening 883/2004. Dit betekent dat personen die via hun partner onder een Franse verzekering vallen als verdragsgerechtigde worden aangemerkt zodra men pensioen uit Nederland ontvangt. Men moet dan de bijdrage aan Nederland gaan betalen en de Franse verzekering beëindigen. Het beëindigen van de gezamenlijke verzekering van partners geeft in de praktijk veel problemen en ergernis. Het woonland mag in dit geval geen premie blijven heffen.

5. Aanmelding als verdragsgerechtigde, CVZ en CPAM

5.1 Oorspronkelijke procedure

Wanneer u, wonend in Frankrijk, pensioen uit Nederland gaat ontvangen of als gepensioneerd naar Frankrijk verhuist dan wordt het CVZ via Nederlandse instanties, zoals de Sociale Verzekeringsbank (SVB), ingelicht. Het CVZ licht vervolgens de betrokkene in en zet een procedure in gang waarbij tenslotte aanmelding bij de CPAM plaats vindt via een E121 formulier. Tot voor kort kon het CVZ de procedure in gang zetten zonder dat de betrokkene (voldoende) had gereageerd op de melding van het CVZ. Het CVZ kon dan een pensioenfonds opdracht geven tot inhouding van de bijdrage en de CPAM op de hoogte stellen via het E121 formulier. Dit heeft veel problemen opgeleverd omdat bijvoorbeeld de betrokkene na maanden door de CPAM werd overvallen door het bericht dat men uit de lopende verzekering was gevallen vanwege de nieuwe status als verdragsgerechtigde. Dit kon betekenen dat men daardoor dubbele zorgpremie betaalde: via de Franse werkgever en het CVZ. Tevens bleek dat in 20% van de gevallen de inhouding onterecht was omdat men bijvoorbeeld onder het Franse sociale stelsel viel als werknemer bij een Frans bedrijf of als eigenaar van een micro-entreprise (dus een prevalerende verzekering had).

5.2 Aangepaste procedure

In oktober 2012 heeft het CVZ tijdens overleg met enige organisaties, waaronder de FANF, laten weten dat men de procedure heeft veranderd. Er vindt eerst een vooronderzoek bij betrokkene plaats om na te gaan of men wel onder de regeling verdragsgerechtigden valt. Mocht betrokkene niet reageren op de brief van het CVZ dan gaat het CVZ ambtshalve over tot registratie. Het CVZ zendt dan niet op eigen initiatief een formulier E121 naar de CPAM maar gaat wel over tot inhouding van de verdragsbijdrage.

6. Uitvoeringspraktijk van het CVZ

6.1 Inhoudingen en jaarafrekening

Sinds de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet op 1-1-2006 en de implementatie van de regeling voor de verdragsgerechtigden door het CVZ zijn er veel problemen geweest. Het CVZ bleek niet tegen de administratieve taak te zijn opgewassen. Er ontstond een grote achterstand bij de declaraties van de jaarlijkse bijdrage. De achterstand is geleidelijk ingelopen maar het blijft moeilijk om de maandelijkse inhoudingen bij de pensioenfondsen zo te begroten dat er geen (grote) correcties achteraf noodzakelijk zijn. De bepaling van het wereldinkomen door een andere dienst (de belastingdienst) en de vaststelling van de heffingskorting spelen hierbij een rol. Aan een vereenvoudiging van het systeem wordt gewerkt, vooral door betere afspraken te maken met de ketenpartners (SVB/AOW, pensioenfondsen, belastingdienst, zorgverzekeraars). De FANF heeft voorgesteld om in plaats van inhoudingen bij de SVB en de pensioenfondsen over te gaan op declaraties, rechtstreeks te versturen door het CVZ, zoals de particuliere verzekeraars dat ook doen. Het CVZ heeft dit voorstel afgewezen omdat men het een te groot debiteurenrisico acht. Wanneer men tijdig een indruk wil krijgen van de te betalen bijdrage dan kan men een rekenschema gebruiken van de ICNG (zie www.icng.eu, onder Berekening kosten).

6.2 Achterstallige betalingen

Het CVZ heeft nog een groot bedrag aan achterstallige, reeds gedeclareerde, bijdragen te vorderen. In 2013 is men begonnen met aanmaningen. Er is met de overlegorganen (waaronder de FANF) afgesproken dat de betrokkenen kunnen rekenen op een betalingsregeling waarvoor geldt: minimaal 50 euro per maand, bedragen tot 2400 Euro binnen 12 en bedragen erboven binnen 24 maandelijkse termijnen. Deze regeling geldt per declaratie over een enkel kalenderjaar. Bij grote vorderingen of cumulatie over kalenderjaren kan de regeling in overleg met het CVZ worden aangepast. Bij het niet nakomen van de betalingsverplichting zullen deurwaarders worden ingeschakeld. Het indienen van een bezwaarschrift geeft geen recht op uitstel van betaling. Omdat het voor de bijdrage relevante inkomen over de jaren 2006/2007 niet meer kan worden vastgesteld, gaat het CVZ een praktische oplossing zoeken voor de gevallen waarin over die jaren nog geen jaarafrekening werd opgesteld. Dat moet leiden tot zo min mogelijk naheffingen.

6.3 Consequentie van zorg naar keuze in Nederland en de uitgifte van de EHIC

Sinds 1 mei 2010 kan men kiezen voor zorg in Nederland zonder dat er sprake is van spoedeisende hulp. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in de Verzekerdenmonitor 2012 laten weten dat de kosten hiervan, samen met de kosten van spoedeisende hulp in Europa vergoed via de EHIC, mogelijk kunnen leiden tot een verhoging van de bijdrage omdat deze kosten voor rekening van Nederland komen. In 2011 bedroeg het zorggebruik in Nederland ongeveer 1,3 M€ (miljoen Euro) voor 834 van de 7800 verdragsgerechtigden. De totaal ontvangen bijdragen over 2011 bedroegen 19,4 M€. De FANF heeft gesteld dat verhoging van de bijdrage niet redelijk zou zijn omdat Frankrijk sinds 1 mei 2010 declareert op basis van werkelijk gemaakte kosten zodat zorg verleend buiten Frankrijk een overeenkomstige verlaging van de declaraties van Frankrijk aan Nederland betekent. De bijdrage aan

het CVZ is sinds deze wijziging niet veranderd omdat de woonlandfactor niet is gebaseerd op de werkelijke kosten van Frankrijk maar op een forfaitaire regeling.

Aangezien de FANF voorzag dat men een verhoging van de bijdrage zou gaan overwegen na de invoering van zorg-naar-keuze in Nederland heeft de FANF een enquête onder haar leden gehouden om na te gaan hoe men staat tegenover deze ontwikkeling. Uit 461 reacties blijkt dat ongeveer 30% voor de keuze heeft gestaan zich in Nederland naar keuze te laten behandelen en dat 10%, dus 1 op 3, daarvoor heeft gekozen (in goede overeenkomst met de cijfers van 2011 in de alinea hierboven). Verder verwacht 30% er in de toekomst gebruik te van kunnen gaan maken terwijl slechts 16% voor een uitbreiding van de regeling met zorg-naar-keuze in Nederland zou hebben gekozen wanneer dat mogelijk met een verhoging van de bijdrage gepaard zou gaan. De FANF heeft op basis van het resultaat van de enquête voorgesteld dat uitbreiding van de regeling met zorg-naar-keuze in Nederland een optie zou moeten zijn wanneer dit tot een verhoging van de CVZ bijdrage zou leiden omdat slechts 1 op de 6 Nederlanders in Frankrijk hiervoor kiest. Men is in het algemeen zeer tevreden met de zorg in Frankrijk. Aangetekend moet worden dat dit in andere verdragslanden anders kan liggen. Tevens is de situatie geheel anders voor grensarbeiders die net over de grens van Nederland wonen en dus eenvoudig voor zorg in Nederland kunnen kiezen.

6.4 Te verwachten wijziging in de uitvoering

Op het moment van dit schrijven (juni 2013) is er sprake van een reorganisatie van het CVZ. De uitvoering van de regeling verdragsgerechtigden zal erna niet meer door het CVZ worden verzorgd. Men denkt aan overdracht aan ofwel de SVB, of het Centraal Administratiekantoor (CAK). De FANF maakt zich met de SBNGB/ ICNG sterk voor overdracht aan de SVB omdat deze organisatie vertrouwd is met buitenlandse cliënten en reeds zorg draagt voor de inhouding op de AOW van de verdragsgerechtigden.

7. Zorgtoeslag

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1-1-2006 is er ook een systeem van zorgtoeslag ingevoerd voor gezinnen met gezamenlijk een relatief laag inkomen. Verdragsgerechtigden hebben ook recht op deze zorgtoeslag. Zorgtoeslag kan worden aangevraagd via de Nederlandse belastingdienst (www.belastingdienst.nl), zie onder Toeslagen). U kunt ook bellen met de belastingdienst buitenland voor hulp (+31-555-385-385). Voor uw aanvraag via de website van de belastingdienst moet u inloggen met een DigiD. Bent u niet in het bezit van een DigiD dan kan deze, wanneer u wonend in het buitenland AOW ontvangt, worden aangevraagd bij de SVB (www.svb.nl/int/nl/aow/direct_regelen/dni/index.jsp). Bij de aanvraag via de SVB moeten de gegevens worden ingevoerd exact zoals u bij de SVB staat ingeschreven. Mocht het niet lukken vraag dan telefonisch hulp aan bij de SVB. Laat u niet misleiden door medewerkers van de SVB die u vertellen dat u bij de belastingdienst of de DigiD-organisatie moet zijn. Zij zijn dan niet goed op de hoogte. De enige mogelijkheid om als buitenlander een DigiD te verkrijgen is via de SVB. Wees er op voorbereid dat bij de vaststelling van de zorgtoeslag rekening wordt gehouden met de woonlandfactor. Men gaat er vanuit dat de zorgkosten in Frankrijk lager zijn dan in Nederland en dat de zorgtoeslag dus kleiner kan zijn dan wanneer men in Nederland zou wonen. Dit is onterecht wanneer men in aanmerking neemt dat men in Frankrijk een aanvullende verzekering

(Mutuelle) nodig heeft om een dekking te verkrijgen die vergelijkbaar is met die in Nederland. De gemiddelde bijdrage per verdragsgerechtigde uit Frankrijk is ongeveer € 2500,- (ontleend aan de VWS Verzekerdenmonitor 2012). Dit betekent dat de woonlandfactor een korting op de bijdrage oplevert van gemiddeld € 725,- terwijl de Mutuelle boven 65 jarige leeftijd al gauw € 1000,- per persoon per jaar kost. U kunt zelf nagaan of u in aanmerking komt voor zorgtoeslag via een rekenschema op de website: http://download.belastingdienst.nl/toeslagen/docs/berekening_zorgtoeslag_2010_tg0821z12fd.pdf

8. Financieel overzicht

Er wordt vaak geklaagd over de hoogte van de verdragsbijdrage die ongunstig kan afsteken bij premies die men eerder heeft betaald binnen het Franse sociale systeem of aan particuliere verzekeringsmaatschappijen. De premie in Frankrijk bedraagt 8% van het inkomen (zonder bovengrens zoals in Nederland en met een drempel van ongeveer € 9200,-). Een berekening leert dat in 2011 een echtpaar met beiden alleen maar AOW (totaal € 18256,-) een verdragsbijdrage zou moeten betalen van € 3045,- en in aanmerking zou komen voor een zorgtoeslag van € 1128,-; dus netto een bijdrage van € 1917,-. In Frankrijk zou de totale premie € 725,- bedragen. Voor een echtpaar met beiden AOW en nog één inkomen van € 31744,- (in totaal € 50.000,-) wordt de verdragsbijdrage € 6694,- zonder aanspraak op zorgtoeslag. In Frankrijk zou de premie € 3264,- zijn. De verschillen zijn aanmerkelijk.

Is de afdracht aan het CVZ dan te hoog? In 2011 bedroeg de afdracht aan het CVZ door 7800 Nederlanders in Frankrijk in totaal 19,4 M€ (VWS Verzekerdenmonitor 2012). De afdracht van het CVZ aan Frankrijk bedroeg over de jaren 2008 en 2009 ongeveer 29 M€ per jaar; aanzienlijk meer dan de inkomsten. In 2010 werd de betaling op basis van werkelijke kosten ingevoerd. Hierover zijn, medio 2013, nog geen gegevens beschikbaar.

De relatief lage Franse zorgpremie kan gedeeltelijk worden verklaard uit andere inkomstenbronnen voor de zorg. Een belangrijk gedeelte van de Contribution Sociale Généralisée (CSG) wordt voor de zorg gebruikt. Verdragsgerechtigden hoeven geen CSG over inkomen uit arbeid te betalen, wel over inkomen uit vermogen. De CVZ bijdrage is juist gebaseerd op inkomen uit (vroegere) arbeid, niet op inkomen uit vermogen. Wat de CSG betreft is dubbele premiebetaling dus voorkomen.

Bijlage. Reisverzekeringen buiten Europa

Sinds 1 mei 2010 vergoedt de CPAM alleen nog maar medische zorg op het Franse grondgebied. Het CVZ vergoedt slechts zorg binnen Europa. Buiten Europa kan de verdragsgerechtigde niet terugvallen op een zorgverzekering. Reisverzekeringen gaan er in het algemeen vanuit dat men, althans gedeeltelijk, medische kosten tijdens een reis kan verhalen op een "onderliggende" verzekering. Dit is dus voor verdragsgerechtigden die buiten Europa reizen niet het geval. Deze lacune is onderkend maar een oplossing laat lang op zich wachten. Eén van de redenen is dat Nederland werelddekking geheel uit de Zorgverzekeringswet wil verwijderen. Het betekent tevens dat de verzekeraars zich moeten heroriënteren.

Een aantal verzekeraars geeft in hun brochures en polissen aan dat men tot volledige vergoeding kan overgaan wanneer blijkt dat de kosten niet geheel te verhalen zijn op een onderliggende verzekering.

Men gaat dan echter uit van incidentele situaties en niet van de situatie van de verdragsgerechtigde waarbij a-priori reeds bekend is dat er geen onderliggende verzekering aanwezig is. De situatie van de verdragsgerechtigde is bij veel verkopers van reisverzekeringen, en zelfs bij voorlichters van de verzekeraars, niet goed bekend waardoor vaak verkeerde informatie wordt gegeven. Men betaalt dan premie terwijl later kan blijken dat men niet verzekerd was voor medische kosten. Men wordt hier dus nadrukkelijk geadviseerd om bij het afsluiten van een verzekering voor een reis buiten Europa aan te geven dat er niet kan worden teruggevallen op een onderliggende verzekering. Men verzekert zich dan voor de volledige medische kosten (vanaf de eerste Euro, premier Euro, 1er Euro). In dat geval kan de premie hoger zijn omdat het financiële risico voor de verzekeraar groter is. Hieronder volgt een lijst van verzekeraars waarmee we hierover contact hebben gehad en hun reacties. De met * gemerkte verzekeraars bieden een passende reisverzekering voor verdragsgerechtigden die buiten Europa willen reizen.

***ACS-AMI Frankrijk (www.acs-ami.com)**

Het officiële antwoord luidt : « D'une manière générale, nos contrats d'assurances sont accessibles à toute personne :

- De toute nationalité,
- Avec ou sans couverture sociale,
- Dans le cadre d'un voyage en Union Européenne ou hors UE (dans le monde entier), ou dans le cadre d'une longue résidence en France.

Nos principales garanties concernent les frais médicaux (à partir du 1er euros), l'hospitalisation, l'assistance rapatriement dans le pays d'origine et la responsabilité civile privée. »

***April International Frankrijk (www.april-international.com)**

Na overleg van de bij de FANF aangesloten CMUnf (www.cmunf.fr) met April International is expliciet de toezegging gekregen dat hun Magellan verzekering dekking geeft vanaf de eerste Euro bij reizen van verdragsgerechtigden buiten Europa. De formule Mini is toereikend voor spoedeisende hulp. Men eist een leeftijd onder 75 jaar. Reisduur van 15 dagen tot 12 maanden.

AXA Frankrijk (www.axa.fr)

Het betreft de reisverzekering gekoppeld aan een opstalverzekering. AXA werd benaderd via een voorgenomen reis van een van onze leden; een verdragsgerechtigde. Tot aan het moment van vertrek kon AXA geen antwoord geven op de vraag of de betrokkene met zijn reis-opstalverzekering t.a.v. ziektekosten buiten Europa was gedekt. Volgens het contract gaat AXA echter uit van de aanwezigheid van een onderliggende basisziektekostenverzekering.

Europ Assistance Frankrijk (www.europ-assistance.fr)

De volgende officiële reactie werd van Europ Assistance ontvangen: “Pour bénéficier de la prestation remboursement **complémentaire** des frais médicaux à l'étranger , il est **obligatoire** de relever d'un régime primaire d'assurance maladie (type « sécurité sociale »)” ; il peut s'agir d'un organisme étranger.’ In een E-mail uitwisseling gaf men aan dat het CVZ t.a.v. de verdragsgerechtigden onder een “régime primaire d'assurance maladie” valt maar dit werd in hun officiële reactie niet bevestigd. Wel werd dus aangegeven dat het gaat om een “remboursement **complémentaire**”.

Europeesche Verzekeringen Nederland (www.europeesche.nl).

De officiële reactie van de Europeesche was: “Primair moet onze verzekerde Nederlands ingezetene zijn en een Nederlandse basisverzekering hebben om in aanmerking te komen voor vergoeding van geneeskundige kosten.” Expats kunnen echter wel worden verzekerd. Er wordt verwacht dat de verzekerden de polisvoorwaarden zelf goed doorneemt; in ieder geval de dekkingen en uitsluitingen. Tenslotte werd aangegeven dat “de Europeesche zich niet snel geroepen zal voelen het verdragsrecht als alternatief voor een onderliggende ziektekostenverzekering als reisverzekeraar te accepteren”.

***Expatverzekering.nl (www.expatverzekering.nl)**

JOHO biedt een reisverzekering met volledige dekking (1er Euro) voor spoedeisende medische kosten voor leeftijden onder 70 jaar via de verzekeraar BUPA/IHI. De verzekering betreft vakanties tot maximaal 30 dagen. Verlenging van de maximale duur is mogelijk. (Zie verder www.expatverzekering.nl/internationale-verzekeringen/reis-en-annulering/ihl-travel-insurance . Expatverzekering kan als bemiddelaar optreden bij OOM, zie ook www.expatverzekering.nl/internationale-verzekeringen/ziektekosten/oom-tijdelijk-in-het-buitenland-verzekering .

Koninklijke Nederlandse Klim- en Bergsport Vereniging Nederland (www.nkbv.nl)

De officiële reactie was: “Het belangrijkste is dat uw verzekering in Frankrijk primaire dekking geeft in de landen waarnaar u reist. Als dat het geval is dan geeft de NKBV verzekering een aanvullende dekking op secundaire basis.”

***OOM Nederland (www.oomverzekeringen.nl)**

Verdragsgerechtigden in het bezit van een Nederlands paspoort kunnen zich zonder de eis van een onderliggende verzekering verzekeren via hun programma “Tijdelijk in het Buitenland” (Natasja Klop-Alsemgeest, +31-70-353 21 00, info@oomverzekeringen.nl). De verzekering is voor maximaal 2 jaar. OOM past uitsluitingen toe bij vooraf bekende medische gebreken en kan aanvragen weigeren.