

De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006  
bij wonen in België en werken in Nederland

## **De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 bij wonen in België en werken in Nederland**

Vanaf 1 januari 2006 is in Nederland de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking. Deze wet is de basis van een geheel nieuw Nederlands verzekeringstelsel voor ziektekosten. Er is onder andere geen verschil meer tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Dit heeft ook gevolgen voor iedereen die in België woont en in Nederland werkt als werknemer of zelfstandige.

Woont u in België en werkt u als grensarbeider uitsluitend in Nederland, dan bent u nu in Nederland sociaal verzekerd en premieplichtig. Met deze folder informeren wij u over de gevolgen van de invoering van de Zvw op 1 januari 2006 voor u en uw gezinsleden. Daarbij gaan wij uit van een werknemer.

Aanvullende informatie voor zelfstandigen staat apart in een kader vermeld.

Werkt u in meerdere landen, en/of werkt u als werknemer én als zelfstandige, dan raden wij u aan contact met ons op te nemen voor een advies op maat.

**Bureau voor Belgische Zaken**  
**T 0031 76 548 58 40 (buiten Nederland)**  
**T 076 548 58 40 (in Nederland)**  
**Rat Verleghstraat 2**  
**NL 4815 NZ Breda**  
**[www.svb.nl/bbz](http://www.svb.nl/bbz)**

De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006  
bij wonen in België en werken in Nederland

**Ziekenfondsverzekerden** (Voor de volledigheid vermelden wij hier ook nog de situatie vóór 1 januari 2006)

**Situatie vóór 1 januari 2006**

*Uzelf*

U bent in Nederland verzekerd voor de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). U bent ingeschreven bij een Nederlands ziekenfonds. Met het formulier E-106 dat u daar heeft gekregen heeft u zich bij een Belgisch ziekenfonds ingeschreven ten laste van Nederland.

Als grensarbeider heeft u recht op medische hulp in zowel Nederland als België (keuzerecht). Gaat u in België naar een arts, dan worden deze kosten vergoed volgens het Belgische stelsel; gaat u in Nederland naar een arts, dan worden de kosten vergoed volgens het Nederlandse stelsel. Een uitzondering vormen de verstrekkingen die in België niet (volledig) worden vergoed en in Nederland onder de AWBZ vallen. De kosten hiervoor kunt u wel bij het Nederlandse ziekenfonds declareren.

*Gezinsleden*

Uw gezinsleden die niet zelfstandig verzekerd zijn, zijn met u meeverzekerd voor de AWBZ. Het Belgisch ziekenfonds beslist of uw gezinsleden in België met u meeverzekerd zijn voor het ziekenfonds. Meeverzekerde gezinsleden mogen in principe alleen in België gebruik maken van de voorzieningen. Voor hulp in Nederland hebben zij vooraf toestemming nodig van het Belgische ziekenfonds.

*Kosten*

Op uw loon wordt AWBZ- premie en procentuele ziekenfondspremie ingehouden. Aan het Nederlandse ziekenfonds waar u bent ingeschreven betaalt u nominale ziekenfondspremie voor uzelf en voor uw meeverzekerde partner. Daarnaast heeft u eventueel bij het Belgische ziekenfonds een (hospitalisatie)verzekering afgesloten. Aan het Belgische ziekenfonds betaalt u jaarlijks een kleine bijdrage.

*No-claim*

U en uw meeverzekerde partner hebben recht op een teruggave van 255,- per jaar, als er geen gebruik wordt gemaakt van de medische zorg in Nederland (m.u.v. onder andere huisarts, verloskundige hulp en kraamzorg). Kosten die in België ten laste van Nederland worden gemaakt worden hiermee niet verrekend.

*Vlaamse zorgverzekering*

Inwoners van Vlaanderen zijn verplicht verzekerd voor de Vlaamse zorgverzekering. Grensarbeiders zijn echter uitgesloten van deze verzekering.

De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006  
bij wonen in België en werken in Nederland

## Situatie vanaf 1 januari 2006

### *Uzelf*

U wordt in Nederland verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet omdat u verzekerd bent voor de AWBZ.

Als grensarbeider heeft u recht op medische hulp in zowel Nederland als België (keuzerecht). Via het formulier E-106 kunt u de kosten van Belgische medische hulp op de gebruikelijke wijze laten vergoeden door het Belgische ziekenfonds, ten laste van Nederland. Betreft het kosten van Belgische medische zorg die in Nederland in de basisverzekering zijn opgenomen, dan kunnen deze kosten ook vergoed worden door de Nederlandse verzekeraar. De kosten worden voortaan vergoed op grond van de Zorgverzekeringswet. U moet zich aanmelden bij een Nederlandse verzekeraar en daar een basisverzekering afsluiten. U kunt jaarlijks kiezen voor een andere verzekeraar.

De verzekeraar biedt u de mogelijkheid om te kiezen uit verschillende polissoorten voor de basisverzekering met een eigen risico van verschillende hoogte. Daarnaast kunt u een aanvullende verzekering afsluiten. Uw verzekeraar informeert u over de inhoud en mogelijkheden van de polissen.

U kunt kiezen uit:

- een restitutiepolis, die de rekeningen vergoedt en daardoor de mogelijkheid biedt om zelf een zorgverlener te kiezen in Nederland en België. De kosten die in België worden gemaakt (basispakket) kunnen via de Nederlandse verzekeraar worden vergoed, maar dan wel naar ( maximaal ) de Nederlandse maatstaven,
- een naturapolis, die de zorg rechtstreeks verstrekt via vaste gecontracteerde zorgverleners. Bij zorg via een niet- gecontracteerde (Belgische) zorgverlener is er ( vaak ) een eigen bijdrage,
- mengvormen daarvan.

Kiest u voor een restitutie- of naturapolis én vergoedingen van uw Belgische rekeningen via de Nederlandse verzekeraar, dan hoeft u voor de basisverzekering niet meer ingeschreven te zijn bij een Belgisch ziekenfonds. Kiest u voor een restitutie- of naturapolis, wilt u gebruik blijven maken van de mogelijkheid om de kosten van medische zorg via uw Belgisch ziekenfonds te verrekenen, of heeft u gezinsleden die niet zelfstandig verzekerd zijn, dan blijft uw inschrijving met het formulier E-106 bij een Belgisch ziekenfonds noodzakelijk.

U kunt naast de basisverzekering een aanvullende verzekering afsluiten in Nederland of een (hospitalisatie)verzekering in België.

De verstrekkingen die in België niet (volledig) worden vergoed en in Nederland onder de AWBZ vallen kunt u volgens de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ bij de Nederlandse verzekeraar declareren. Heeft u of één van uw gezinsleden AWBZ-zorg op het moment van invoering van de Zorgverzekeringswet, dan loopt deze zorg door zolang het nodig is.

### *Gezinsleden*

Uw gezinsleden die niet zelfstandig verzekerd zijn, moeten zich melden bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in Diemen. Voor de gezinsleden is inschrijving bij een Belgisch ziekenfonds met het formulier E106 in alle gevallen noodzakelijk. Het Belgisch ziekenfonds beslist of uw gezinsleden in België – via u –

De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006  
bij wonen in België en werken in Nederland

ingeschreven worden bij het ziekenfonds. Let op: Vanaf 1 juli 2006 kunnen de gezinsleden óók gebruik maken van zorg in Nederland.

In principe hoeven de gezinsleden géén toestemming vooraf te hebben om gebruik te kunnen maken van zorg in Nederland. Het is overigens wél verstandig om vóóraf het formulier MVG-111 aan te vragen. Met dit formulier, ( wat bekend is bij Nederlandse verzekeraars en zorgverleners ) loopt de procedure rondom het verkrijgen van zorg in Nederland veel gemakkelijker.

Het formulier MVG-111 vraagt u aan bij AGIS-Verzekeringen in Amersfoort.

( [www.agisweb.nl](http://www.agisweb.nl) )

### *Kosten*

Op uw loon wordt AWBZ- premie en een inkomensafhankelijke zorgverzekering-bijdrage ingehouden. De inkomensafhankelijke zorgverzekeringbijdrage wordt gecompenseerd door uw werkgever. Aan de Nederlandse verzekeraar betaalt u de nominale premie voor de basisverzekering. De hoogte daarvan is afhankelijk van uw poliskeuze, maar bedraagt ca. 1.050,- per jaar. Voor de meerderjarige en bijdrageplichtige gezinsleden bedraagt de gemiddelde nominale premie 969,- per jaar. Deze nominale premie betaalt u aan het CVZ.

Let op: Ná de invoering van de Zorgverzekeringswet is veel discussie ontstaan over de hoogte van de bijdrage die in het buitenland wonenden moeten betalen. Inmiddels is besloten over te gaan tot een onderscheid in de hoogte van de bijdrage per woonland. De hoogte van de te betalen bijdrage wordt dus afgestemd naar het niveau van de zorgkosten in Nederland in relatie tot de kosten van het woonland. Met een zogenaamde "woonlandfactor" wordt de te betalen bijdrage – per land – berekend. Voor België is deze factor vastgesteld op 0,6168. Uw meerderjarige en bijdrageplichtige gezinsleden betalen dus aan nominale premie:  $969,- \times 0,6168 = 597,68$  per jaar.

Daarnaast heeft u eventueel nog kosten voor een aanvullende verzekering bij de Nederlandse verzekeraar of een (hospitalisatie)verzekering bij het Belgische ziekenfonds.

Aan het Belgische ziekenfonds betaalt u jaarlijks een kleine bijdrage.

Voor zelfstandigen wordt de inkomensafhankelijke bijdrage niet gecompenseerd.
---

### *No-claim*

U heeft recht op een teruggave van (maximaal) 255,- per jaar, als er geen of weinig gebruik wordt gemaakt van de medische zorg in Nederland (m.u.v. onder andere huisarts, verloskundige hulp en kraamzorg). Let op: Kosten die door de in België wonende grensarbeider in België worden gemaakt ten laste van Nederland worden vanaf 1 juli 2006 wél verrekend met de no-claimkorting.

Vanaf 1 juli 2006 wordt de no-claimkorting, voor meerderjarige en bijdrageplichtige gezinsleden dus – automatisch – verrekend met het te betalen bedrag van de nominale premie. Zij ontvangen dus de no-claimkorting ongeacht het gebruik van medische zorg.

De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006  
bij wonen in België en werken in Nederland

*Zorgtoeslag*

Ingaande 1 januari 2006 hebben u en/of uw meerderjarige en bijdrageplichtige gezinsleden eventueel recht op een Zorgtoeslag. Dit is een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de kosten die door de Nederlandse Belastingdienst wordt uitbetaald. Informatie rond de aanvraagprocedure en de hoogte ontvangt u van de Belastingdienst of kunt u bij hen verkrijgen.

*Vlaamse zorgverzekering*

Inwoners van Vlaanderen zijn verplicht verzekerd voor de Vlaamse zorgverzekering. Grensarbeiders zijn echter uitgesloten van deze verzekering.

De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006  
bij wonen in België en werken in Nederland

## **Particulier verzekerden**

### **Situatie vóór 1 januari 2006**

#### *Uzelf*

U bent verzekerd tegen ziektekosten via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en een Nederlandse (of Belgische) particuliere verzekeraar. Via deze verzekering krijgt u – afhankelijk van de gekozen polis – uw Nederlandse en Belgische nota's vergoed.

#### *Gezinsleden*

Uw gezinsleden die niet zelf in Nederland verzekerd zijn, zijn niet verzekerd voor de AWBZ. Uw gezinsleden:

- zijn met u verzekerd via de particuliere verzekeraar en krijgen – afhankelijk van de gekozen polis – de Nederlandse en Belgische nota's vergoed voorzover deze niet onder de AWBZ vallen of,
- zijn als "ingezetene" ingeschreven bij het Belgische ziekenfonds en zijn daardoor verzekerd voor het Belgische pakket van voorzieningen.

#### *Kosten*

Op uw loon wordt AWBZ- premie ingehouden en aan de verzekeraar betaalt u de ziektekostenpremie voor uzelf en eventueel uw gezinsleden.

Voor uw gezinsleden die in België bij een ziekenfonds zijn ingeschreven als "ingezetene" betaalt u aan het Belgische ziekenfonds een premie. Daarnaast heeft u voor hen eventueel bij het Belgische ziekenfonds een (hospitalisatie)verzekering afgesloten.

#### *Vlaamse zorgverzekering*

Inwoners van Vlaanderen zijn verplicht verzekerd voor de Vlaamse zorgverzekering. Grensarbeiders zijn echter uitgesloten van deze verzekering.

De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006  
bij wonen in België en werken in Nederland

## Situatie vanaf 1 januari 2006

### *Uzelf*

U wordt in Nederland verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet omdat u verzekerd bent voor de AWBZ.

Als grensarbeider heeft u recht op medische hulp in zowel Nederland als België (keuzerecht). Via het formulier E-106 kunt u de kosten van Belgische medische hulp ook laten vergoeden door het Belgische ziekenfonds, ten laste van Nederland. Dit formulier moet worden afgegeven door uw Nederlandse verzekeraar en worden ingeleverd bij het Belgische ziekenfonds waar u zich gaat inschrijven. Hierdoor kunnen Belgische kosten worden vergoed door het Belgische ziekenfonds. Betreft het kosten van Belgische medische zorg die in Nederland in het basispakket zijn opgenomen, dan kunnen deze kosten ook vergoed worden door de Nederlandse verzekeraar. Nederlandse kosten worden vergoed op grond van de Zorgverzekeringswet. U kunt ingeschreven blijven bij uw huidige Nederlandse verzekeraar of – jaarlijks- kiezen voor een andere verzekeraar.

De verzekeraar biedt u de mogelijkheid om te kiezen uit verschillende polissoorten voor de basisverzekering met een eigen risico van verschillende hoogte. Daarnaast kunt u een aanvullende verzekering afsluiten. Uw verzekeraar informeert u over de inhoud en mogelijkheden van de polissen.

U kunt kiezen uit:

- een restitutiepolis, die de rekeningen vergoedt en daardoor de mogelijkheid biedt om zelf een zorgverlener te kiezen in Nederland en België. De kosten die in België worden gemaakt kunnen via deze polis worden vergoed, maar dan wel naar ( maximaal ) de Nederlandse maatstaven,
- een naturapolis, die de zorg rechtstreeks verstrekt via vaste gecontracteerde zorgverleners. Bij zorg via een niet- gecontracteerde (Belgische) zorgverlener is er ( vaak ) een eigen bijdrage,
- mengvormen daarvan.

Kiest u voor een restitutie- of naturapolis én vergoedingen van uw Belgische rekeningen bij de Nederlandse verzekeraar, dan hoeft u voor de basisverzekering niet ingeschreven te zijn bij een Belgisch ziekenfonds. Kiest u voor een restitutie- of naturapolis, wilt u gebruik maken van de mogelijkheid om kosten van Belgische medische zorg te verrekenen via het Belgisch ziekenfonds, en/óf heeft u gezinsleden die niet zelfstandig verzekerd zijn, dan is inschrijving met het formulier E-106 bij een Belgisch ziekenfonds noodzakelijk.

U kunt naast de basisverzekering een aanvullende verzekering afsluiten in Nederland of een (hospitalisatie)verzekering in België.

De verstrekkingen die in België niet (volledig) worden vergoed en in Nederland onder de AWBZ vallen kunt u volgens de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ bij de Nederlandse verzekeraar declareren. Heeft u of één van uw gezinsleden AWBZ-zorg op het moment van invoering van de Zorgverzekeringswet, dan loopt deze zorg door zolang het nodig is.

De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006  
bij wonen in België en werken in Nederland

### *Gezinsleden*

Uw gezinsleden die niet zelfstandig verzekerd zijn, moeten zich melden bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in Diemen. Voor de gezinsleden is inschrijving bij een Belgisch ziekenfonds met het formulier E106 in alle gevallen noodzakelijk. Het Belgisch ziekenfonds beslist of uw gezinsleden in België - via u - ingeschreven worden bij het ziekenfonds. Vanaf 1 juli 2006 kunnen de gezinsleden óók gebruik maken van zorg in Nederland. In principe hoeven de gezinsleden géén toestemming vooraf te hebben om gebruik te kunnen maken van zorg in Nederland. Het is overigens wél verstandig om vóóraf het formulier MVG-111 aan te vragen. Met dit formulier,

( wat bekend is bij Nederlandse verzekeraars en zorgverleners ) loopt de procedure rondom het verkrijgen van zorg in Nederland veel gemakkelijker.

Het formulier MVG-111 vraagt u aan bij AGIS-Verzekeringen in Amersfoort.

( [www.agisweb.nl](http://www.agisweb.nl) )

### *Kosten*

Op uw loon wordt AWBZ- premie en een inkomensafhankelijke zorgverzekering-bijdrage ingehouden. De inkomensafhankelijke zorgverzekering bijdrage wordt gecompenseerd door uw werkgever. Aan de Nederlandse verzekeraar betaalt u de nominale premie voor de basisverzekering. De hoogte daarvan is afhankelijk van uw poliskeuze, maar bedraagt ca. 1.050,- per persoon per jaar. Voor de meerderjarige en bijdrageplichtige gezinsleden betaalt u aan het CVZ de gemiddelde nominale premie van 969,- per jaar. Let op: Ná de invoering van de Zorgverzekeringswet is veel discussie ontstaan over de hoogte van de bijdrage die in het buitenland wonenden moeten betalen. Inmiddels is besloten over te gaan tot een onderscheid in de hoogte van de bijdrage per woonland. De hoogte van te betalen bijdrage wordt dus afgestemd naar het niveau van de zorgkosten in Nederland in de relatie tot het woonland. Met een zogenaamde "woonlandfactor" wordt de te betalen bijdrage - per land- berekend. Voor België is deze factor vastgesteld op 0,6168. Uw meerderjarige en bijdrageplichtige gezinsleden betalen dus  $969,- \times 0,6168 = 597,68$  per jaar. Daarnaast heeft u eventueel nog kosten voor een aanvullende verzekering bij de Nederlandse verzekeraar of een (hospitalisatie)verzekering bij het Belgische ziekenfonds.

Aan het Belgische ziekenfonds betaalt u jaarlijks een kleine bijdrage.

Voor zelfstandigen wordt de inkomensafhankelijke bijdrage niet gecompenseerd.
---

### *No-claim*

U heeft recht op een teruggave van 255,- per jaar, als er geen gebruik wordt gemaakt van de medische zorg in Nederland (m.u.v. onder andere huisarts, verloskundige hulp en kraamzorg). Kosten die door de in België wonende grensarbeider in België ten laste van Nederland worden gemaakt worden hiermee vanaf 1 juli 2006 wél verrekend.

Let op: de no-claimkorting van de meerderjarige en bijdrageplichtige gezinsleden is al automatisch verrekend met het bedrag van de nominale premie. Zij ontvangen dus de no-claimkorting ongeacht het gebruik van medische zorg.

De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006  
bij wonen in België en werken in Nederland

*Zorgtoeslag*

Ingaande 1 januari 2006 hebben u en uw meerderjarige gezinsleden die nominale premie betalen eventueel recht op een Zorgtoeslag. Dit is een inkomensafhankelijke

tegemoetkoming in de kosten die door de Nederlandse Belastingdienst wordt uitbetaald. Informatie rond de aanvraagprocedure en de hoogte ontvangt u van de Belastingdienst of kunt u bij hen verkrijgen.

*Vlaamse zorgverzekering*

Inwoners van Vlaanderen zijn verplicht verzekerd voor de Vlaamse zorgverzekering. Grensarbeiders zijn echter uitgesloten van deze verzekering.

## Bedragen 2006

### *Percentages in 2006:*

- Zorgverzekeringswet:
  - o 6,5 % over:
    - Inkomen uit loondienst; wordt gecompenseerd door de werkgever.
 Over de compensatie wordt belasting/premie geheven.
  - o 4,4% over:
    - Inkomen uit zelfstandige werkzaamheden.
 Wordt geheven over het wereldinkomen van maximaal 30.015,- per jaar.
  
- AWBZ:
  - o 12,55% over:
    - Inkomen van verzekerden.
 Wordt geheven over het wereldinkomen van maximaal 30.632,- per jaar.

### *Nominale premie 2006:*

- Voor verzekerden rond de 1.050,- per jaar.
- Voor meerderjarige en bijdrageplichtige gezinsleden : 969,- x (de woonlandfactor) 0,6168 = 597,68 per jaar.

### *Zorgtoeslag 2006:*

Bij een verzamelinkomen dat lager is dan:

- 25.068,- per jaar hebben alleenstaanden recht op maximaal ca. 400,- per jaar.
- 40.120,- per jaar hebben samenwonenden recht op maximaal ca. 1.150,- per jaar.

Om de koopkracht op peil te houden heeft het kabinet besloten de hoogte van de zorgtoeslag in 2006 niet te verlagen.



Sociale Verzekeringsbank



De Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006  
bij wonen in België en werken in Nederland

### **Adressen**

College van Zorgverzekeringen  
Postbus 320, 1110 AH Diemen  
[www.buitenland.cvz.nl](http://www.buitenland.cvz.nl)  
0031 (0)10 4289551

Belastingdienst Nederland  
[www.toeslagen.nl](http://www.toeslagen.nl)  
Tel.: 0031 555 385 385