

VWS- Verzekerdenmonitor 2015

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Zorgverzekeringen

Den Haag, 2015

INHOUD

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTEN- VERZEKERINGEN

1.1 Inleiding	5
1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen	5

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

2.1 Inleiding	7
2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling	7
2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling	8
2.3.1 Gegevens over wanbetalers in het voortraject (< zes maanden)	9
2.3.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premierégime	10
2.3.3 De bestuursrechtelijke premie	12
2.3.4 Achtergrondkenmerken van wanbetalers.....	13
2.4 Wanbetalersbijdrage	17
2.5 Uitvoeringskosten	18

HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding	19
3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz	19
3.3 Evaluatie van de Wet Ovoz	20
3.4 Verloop van het aantal onverzekerden	21
3.5 Conclusie	21

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS

4.1. Inleiding	22
4.2 Voorlichting	22
4.3 Advies en hulp	22
4.4 Resultaten	22

HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

5.1 Inleiding	28
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden	28

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden	28
5.4 Uitvoering	29
5.5 Conclusie	29

HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

6.1 Inleiding	30
6.2 De wettelijke bijdrageregeling	30
6.3 Uitvoering van de regeling	31
6.4 De kosten van de bijdrageregeling	31
6.4.1 Ziekenhuiszorg	32
6.4.2 Farmacie	32
6.4.3 Geestelijke gezondheidszorg	32
6.4.4 AWBZ	33
6.4.5 Hulpmiddelen en ambulancevervoer	33
6.4.6 Eerstelijnszorg	33

HOOFDSTUK 7. INTERNATIONALE ASPECTEN

7.1 Inleiding	34
7.2 Verdragsgerechtigden	34
7.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland	35
7.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden	35
7.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en Verdragsgerechtigden	36
7.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage	36
7.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland	36
7.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	39
7.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden	40
7.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg	41

HOOFDSTUK 8. CARIBISCH NEDERLAND

8.1 De zorgverzekering in Caribisch Nederland	43
8.2 Verbetering van de zorg	43

1.1 Inleiding

Het Nederlandse stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen is opgebouwd uit twee onderdelen. In de eerste plaats bestaat er een verzekering van rechtswege voor de gehele bevolking voor de langdurige zorg. Die is geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz vergoedt de kosten van langdurige zorg voor mensen met een ernstige beperking door een handicap, chronische ziekte of ouderdom. In de tweede plaats is er de verzekering tegen de kosten van op herstel gerichte zorg. Dit is geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hiervoor zijn mensen verplicht zich te verzekeren. Met de sociale verzekeringen van de Wlz en de Zvw zorgen we er in Nederland voor dat iedereen die daar recht op heeft, de noodzakelijke zorg krijgt.

Solidariteit vormt de basis voor deze sociale ziektekostenverzekeringen. Daarom betalen mensen ook op het moment dat ze niet ziek zijn en geen zorg nodig hebben mee aan de verzekeringen. De kosten voor de Wlz worden grotendeels gefinancierd uit een inkomensafhankelijke premie. Deze wordt samen met de premies voor de andere volksverzekeringen geïnd door de Belastingdienst. De Zvw wordt voor een groot deel gefinancierd uit een nominale premie en een inkomensafhankelijke bijdrage, die wordt geïnd door de Belastingdienst. De nominale premie betalen verzekerden rechtstreeks aan de zorgverzekeraar die zij zelf hebben uitgekozen. De zorgverzekeraars bepalen zelf de hoogte van de door hen uitgevoerde zorgverzekering. Die premie moet voor iedereen die deze verzekering afsluit hetzelfde zijn. Om te voorkomen dat hierdoor de financiële toegankelijkheid van de zorg in gevaar komt, is de zorgtoeslag in het leven geroepen. Deze biedt een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie. Zo is het stelsel solidair en kan iedereen verzekerd zijn tegen de kosten van noodzakelijke zorg.

De Wlz is een verzekering van rechtswege. Dat betekent -enkele uitzonderingen daargelaten- dat mensen automatisch verzekerd zijn wanneer zij ofwel in Nederland wonen ofwel aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen. Voor de Zvw zijn mensen niet automatisch verzekerd. Zij moeten die verzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar die zij zelf kiezen. De meeste mensen die Wlz-verzekerd zijn, zijn verzekeringsplichtig voor de Zvw. Veruit het grootste deel van de Nederlandse bevolking sluit een zorgverzekering af en betaalt (maandelijks) nominale premie aan een zorgverzekeraar. In totaal waren er eind 2014 16.823.215 Zvw-verzekerden (13.394.257 Zvw-verzekerden boven de 18 jaar) die 14,7 miljard euro aan nominale premie en 3,1 miljard euro aan eigen betalingen (eigen bijdragen en eigen risico) hebben betaald. Daarnaast is 22,4 miljard euro aan inkomensafhankelijke bijdrage geïnd.

Deze monitor gaat niet in op deze grote groep Zvw-verzekerden, maar concentreert zich op enkele relatief kleine groepen die bijzondere aandacht verdienen. Groepen waarvoor aparte regelingen zijn gecreëerd en waarvan de uitvoering wordt verzorgd door het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut). Kennis van de omvang van de totale groep verzekerden is echter van belang om de bijzondere groepen, die in het vervolg van deze monitor worden besproken in perspectief, te kunnen plaatsen.

1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

Voor de volksverzekeringen, waarvan de Wlz er één is, zijn personen die in Nederland wonen van rechtswege verzekerd. Ook personen die hier niet wonen, maar die in Nederland werken en loonbelasting betalen, zijn van rechtswege verzekerd. Hierop geldt een aantal uitzonderingen. Deze zijn opgenomen in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (BUB 1999). Bijvoorbeeld buitenlandse diplomaten en ambtenaren, personeel van volkenrechtelijke organisaties en personen die op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening onder de wetgeving van een ander land vallen. Andersom zijn er personen die in het buitenland wonen en op grond van het BUB 1999 toch onder de Nederlandse wetgeving vallen, zoals Nederlandse ambtenaren in het buitenland en tijdelijk buiten Nederland studerende. Vreemdelingen die illegaal in Nederland verblijven en vreemdelingen zonder verblijfsvergunning zijn uitgesloten van de Wlz-verzekering en daardoor van de toegang tot de (Zvw) zorgverzekering. Zij hebben in voorkomend

geval natuurlijk wel behoefte aan medische zorg. Medisch noodzakelijke zorg wordt niet geweigerd. Uitgangspunt daarbij is dat de betrokkenen de kosten van de zorg die zij ontvangen zelf betalen. Indien zij daar niet in staat blijken, kunnen zorgaanbieders - onder voorwaarden - een beroep doen op een bijdrageregeling die wordt uitgevoerd door het Zorginstituut. Op grond van deze regeling wordt aan hen de kosten geheel of gedeeltelijk vergoed, voor zover zij die niet kunnen verhalen op de betreffende cliënt.

De Sociale Verzekeringsbank (SVB) heeft de exclusieve bevoegdheid om de Wlz-verzekeringsstatus vast te stellen. De SVB beheert een positieve, actuele Wlz-verzekerdenregistratie, die aansluit bij de opzet voor de Basisadministratie Volksverzekeringen (BAV). Zorgverzekeraars kunnen, indien twijfel bestaat over de verzekeringsplicht van een aspirant-verzekerde, de SVB verzoeken informatie te verstrekken over de verzekeringsstatus van betrokkene. Op die manier kunnen zij vaststellen of iemand Wlz-verzekerd is en dus moet worden geaccepteerd voor de zorgverzekering.

Iedereen die Wlz-verzekerd is, is in principe verzekeringsplichtig voor de Zvw. Hierop gelden twee uitzonderingen, namelijk voor militairen in werkelijke dienst en voor gemoedsbezwaarden. Gemoedsbezwaarden zijn mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering. Onder strikte voorwaarden kunnen zij bij de SVB een ontheffing van de premieplicht aanvragen. Eind 2014 waren er 12.504 gemoedsbezwaarden.

Niet iedereen die verzekeringsplichtig is voor de Zvw sluit daadwerkelijk een zorgverzekering af. Eind 2014 waren er nog ruim 29.454 mensen die actief onverzekerd zijn. Deze personen bevinden zich in de fase van aanschrijving en boete oplegging. Daarnaast waren er eind 2014 nog ruim 327.334 wanbetalers die wel een verzekering hadden afgesloten, maar hebben nagelaten de premie te betalen. De regering vindt het ongewenst dat mensen zich onttrekken aan de verzekerings- of de premieplicht; voor de betrokkenen zelf, maar ook omdat dit de solidariteit van het zorgstelsel aantast. Daarom bestaan er diverse maatregelen om het aantal onverzekerden en wanbetalers terug te dringen.

Een bijzonder aspect van het stelsel van Nederlandse ziektekostenverzekeringen wordt gevormd door de zorgverzekering in Caribisch Nederland (Bonaire, Saba, Sint Eustatius). Sinds 1 januari 2011 is voorzien in een zorgverzekering voor iedereen die rechtmatig woont of werkt op het grondgebied van Caribisch Nederland. Die verzekering is toegespitst op de specifieke situatie van de eilanden. Het gaat om circa 24.000 verzekerden

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal Zvw-verzekerden en de omvang van de diverse bijzondere groepen die in deze monitor aan de orde komen.

Tabel 1.1: Totaal aantal Zvw-verzekerden en bijzondere groepen in deze monitor (eind 2014)

Groep	Omvang
Zvw-verzekerden	16.823.215
Zvw-verzekerden > 18 jaar	13.394.257
Wanbetalers	327.334
Onverzekerden	29.454
Gemoedsbezwaarden	12.504
Illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen	7.202*
Verdragsgerechtigden	133.282
Verzekerden Caribisch Nederland	24.000

* Schatting op basis van het aantal gedeclareerde medicijnen. Zie hoofdstuk 6.4.2.

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

2.1 Inleiding

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 wanneer mensen onder een bepaalde inkomensgrens zitten.

Daarnaast worden de bijstandsnormen zo vastgesteld dat verzekerden er, rekening houdend met de zorgtoeslag, de nominale premie van een zorgverzekering en de premie voor een aanvullende verzekering uit kunnen voldoen.

Vanaf de invoering van de Zvw zijn maatregelen genomen om het aantal mensen met premieachterstand terug te dringen. Om te voorkomen dat wanbetalers door zorgverzekeraars geroyeerd zouden worden (en onverzekerd zouden raken), zijn vrij snel na de invoering van de Zvw afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over de volledige uitvoering van de zorgverzekering bij verzekerden met een premieachterstand langer dan zes maanden. Zorgverzekeraars (met uitzondering van zorgverzekeraar ONVZ) gaan niet over tot royeren van verzekerden met een premieachterstand. Voor het verzekerd houden van de wanbetalers worden de zorgverzekeraars gecompenseerd zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt.

Daarnaast is met de Wet versterken incassoregime¹ een wettelijk verbod ingevoerd op het opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand van minimaal een maandpremie.

Al in 2007 werd voorzien dat deze maatregelen niet voldoende zouden zijn om het aantal wanbetalers terug te dringen. Om die reden is de Zvw aangevuld met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, die in 2009 in werking is getreden². In 2011 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de uitvoering van deze wanbetalersregeling. De aanbevelingen uit deze evaluatie hebben onder meer geleid tot indiening van het wetsvoorstel 'Wet verbetering wanbetalersmaatregelen', dat thans in de Eerste Kamer voor behandeling voorligt³.

2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling

Met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering is in 2009 Afdeling 3.3.2 (artikelen 18a tot en met 18g) aan de Zvw toegevoegd.

Deze wanbetalersregeling kent twee fases. De voorfase in het private traject wanneer er sprake is van betalingsachterstand van de nominale zorgpremie van ten hoogste zes maandpremies, en de (publieke) bestuursrechtelijke fase die start wanneer een verzekerde door de zorgverzekeraar is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.

Zodra de zorgverzekeraar een betalingsachterstand van een maand aan zorgpremie heeft geconstateerd en de verzekerde is aangemaand te betalen, vervalt voor de verzekerde de mogelijkheid om de verzekering op te zeggen. Deze bepaling is in de wet opgenomen om te voorkomen dat verzekerden bij meerdere zorgverzekeraars schuld opbouwen.

¹ Wet van 13 december 2007 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering)(Stb. 2007, 540).

² Wet van 18 juli 2009 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)(Stb. 2009, 356).

³ Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met verbetering van de maatregelen bij niet-betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie en enkele andere wijzigingen (Kamerstukken I, 33 683, nr. A).

Bij twee maanden betalingsachterstand wordt de 'tweedemaandsbrief' gestuurd. De zorgverzekeraar moet een betalingsregeling aanbieden om de openstaande schuld, eventuele incassokosten en rente alsnog te betalen, automatische incasso aanbieden en de mogelijkheid bieden de polis te splitsen als er sprake is van meerdere verzekerden. Ook moet hij wijzen op de mogelijkheid van schuldhulpverlening en de gevolgen als de premieachterstand verder oploopt.

Na vier maanden wordt de 'vierdemaandsbrief' gestuurd. De zorgverzekeraar dient de wanbetaler te informeren dat bij zes maanden premieachterstand melding aan het Zorginstituut zal volgen. De verzekerde kan bij de zorgverzekeraar het bestaan van de achterstand betwisten. Zolang over deze betwisting geen definitieve (al dan niet rechterlijke) beslissing is genomen, mag de verzekerde niet bij het Zorginstituut worden aangemeld.

Bij een premieachterstand ter grootte van zes maanden nominale premie wordt de verzekerde aangemeld bij het Zorginstituut. Na aanmelding als wanbetaler betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. De zorgverzekeraar ontvangt voor het verzekerd houden van de wanbetaler een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

De zorgverzekeraar blijft, ook na de aanmelding bij het Zorginstituut, proberen de premieschuld, inclusief rente- en incassokosten, te innen. Hoewel de praktijk bij zorgverzekeraars op onderdelen verschilt, volgen alle zorgverzekeraars in grote lijnen het "Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet" van 16 maart 2011.

Na de aanmelding als wanbetaler betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heft en int de bestuursrechtelijke premie. Indien mogelijk wordt de inning gedaan door bronheffing, waarbij het Zorginstituut aan gemeenten, uitkerings- en pensioeninstanties en werkgevers (de zogenaamde broninhouders) mededeelt welk bedrag op uitkering, pensioen of salaris dient te worden ingehouden. Indien er geen inkomen is, dan wel niet het gehele bedrag aan bestuursrechtelijke premie kan worden ingehouden, draagt het Zorginstituut zorg voor de overdracht van de inning aan het CJIB. Het Zorginstituut heft en int de bestuursrechtelijke premie totdat de wanbetaler al zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, er door tussenkomst van een schuldhulpverlener een afbetalingsregeling is getroffen, een stabilisatieovereenkomst is overeengekomen of indien er een wettelijk of minnelijk schuldtraject loopt en de nominale premie aan de zorgverzekeraar wordt betaald.

Sinds 2013 draagt de Belastingdienst de zorgtoeslag voor wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime rechtstreeks over aan het CJIB. Voor het gedeelte van de bestuursrechtelijke premie dat niet kan worden voldaan met de eventueel aanwezige zorgtoeslag, verstuurt het CJIB een acceptgiro. Het Zorginstituut controleert twee keer per jaar bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) of een wanbetaler wederom een bron van inkomen heeft, zodat bronheffing in plaats van incasso kan plaatsvinden. Ook wordt jaarlijks door deurwaarders gecontroleerd of er weer een inkomensbron aanwezig is. De aan de uitvoering door het Zorginstituut, het CJIB en de deurwaarders verbonden kosten worden betaald uit de begroting van het ministerie van VWS.

2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling

In deze paragraaf worden de cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling gepresenteerd. Deze cijfers zijn afkomstig van zorgverzekeraars, het Zorginstituut, Zorgverzekeringslijn.nl en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bij iedere tabel wordt de bron weergegeven. In de tabellen kunnen kleine afrondingsverschillen voorkomen. Om de kenmerken van de groep wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime te bepalen gaat het CBS uit van de wanbetalers die zijn ingeschreven in de basisregistratie personen (BRP). Een deel van de wanbetalers is niet in de BRP ingeschreven, waardoor het aantal wanbetalers waarvan achtergrondgegevens bekend zijn afwijkt van het aantal wanbetalers bij het Zorginstituut.

2.3.1 Gegevens over wanbetalers in het voortraject (< zes maanden)

De wanbetalersregeling kent verschillende actoren (zorgverzekeraars, broninhouders, CJIB, Belastingdienst) in verschillende fasen. De uitvoering door het Zorginstituut heeft daarin een prominente rol. Om die reden is naar aanleiding van de evaluatie besloten dat het Zorginstituut een regierol voert bij de uitvoering van de regeling waar alle bij de uitvoering van belang zijnde aspecten aan de orde kunnen komen. In het verlengde van dit Ketenoverleg⁴ verstrekken zorgverzekeraars sinds eind 2013 gegevens aan het Zorginstituut. In de ketenmonitor wordt een aantal gegevens uit het traject bij zorgverzekeraars gecombineerd met de gegevens in het bestuursrechtelijk premieregime.

In april 2014 is de eerste ketenmonitor ter beschikking gekomen ten behoeve van de bij het Ketenoverleg betrokken partijen. De ketenmonitor wordt periodiek geactualiseerd en uitgebreid. Aan de hand van deze ketenmonitor kunnen gegevens in de gehele keten worden geanalyseerd op trends en ontwikkelingen. De onderstaande tabellen zijn aan deze ketenmonitor ontleend.

Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven

In tabel 2.1 is het totaal aantal verstuurd tweede- en vierdemaandsbrieven opgenomen dat zorgverzekeraars in 2014 hebben verstuurd. De tweede- en vierdemaandsbrieven geven een beeld van het aantal verzekerden met een betalingsachterstand en de mate waarin zij er in slagen verder oplopen van de premieschuld te voorkomen. Deze tabel laat zien dat het aantal vierdemaandsbrieven flink lager is dan het aantal tweedemaandsbrieven. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de grootste reductie in betalingsachterstanden gerealiseerd wordt tussen de tweede en de vierde maand. Het verschil tussen het aantal verstuurd vierdemaandsbrieven (164.484) en het aantal aangemelde wanbetalers (127.778) is kleiner. Dit laat zien dat relatief veel mensen die een vierdemaandsbrief ontvangen doorstromen naar het bestuursrechtelijk premieregime.

Tabel 2.1 Jaarlijks verstuurd tweede- en vierdemaandsbrieven (bron: Ketenmonitor)

	2014
Tweedemaandsbrieven	512.016
Vierdemaandsbrieven	164.484
Zes maanden: aanmelding bestuursrechtelijk premieregime	127.778

Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraars

Tabel 2.2 geeft informatie over het gemiddeld aantal verzekerden in 2014 met een betalingsachterstand. Deze gegevens zijn voor het jaar 2013 en eerder niet beschikbaar. Uit de tabel blijkt dat een deel van de mensen met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden niet bij het Zorginstituut is aangemeld (het aantal mensen met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden is immers iets groter dan het aantal wanbetalers dat is aangemeld bij het Zorginstituut)⁵. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat een betalingsregeling is getroffen waarbij ook de lopende maandpremies weer worden voldaan.

In die gevallen vindt geen aanmelding plaats.

⁴ Deelnemers aan het Ketenoverleg zijn: Zorginstituut, zorgverzekeraars, ZN, Belastingdienst/Toeslagen, UWV, SVB, CJIB, deurwaardersbranche, NVVK en VWS.

⁵ Zie tabel 2.4

Tabel 2.2 Gemiddeld aantal verzekerden met betalingsachterstand in 2014 (bron: Ketenmonitor)

Verzekerden met betalingsachterstand van:	2014
2-4 maandpremies	139.517
4-6 maandpremies	121.463
van 6 of meer maandpremies	342.685
Totaal aantal betalingsachterstanden	603.665

Aantal debiteuren met een betalingsregeling of een stabilisatieovereenkomst

In tabel 2.3 is het aantal lopende betalingsregelingen (intern of extern, bij een incassopartner) dat op 31 december 2014 open stond en het aantal stabilisatieovereenkomsten in beeld gebracht. Het betreft hier regelingen en overeenkomsten waar ten minste de premieschuld in zit. Betalingsregelingen bij de externe incassopartner hebben zowel betrekking op de buitengerechtigde- als de gerechtelijke fase.

Een stabilisatieovereenkomst is een schuldhulpinstrument dat ten doel heeft om evenwicht te brengen én te houden in de inkomsten en uitgaven van de schuldenaar en zo de mogelijkheid te creëren om de schuldsituatie op te lossen. Een stabilisatieovereenkomst is reden tot opschorting van de betalingsverplichting van de bestuursrechtelijke premie, zodat de wanbetaler meer financiële ruimte krijgt voor afbetaling van de schulden. Indien dit leidt tot een succesvolle schuldsanering, wordt de resterende openstaande schuld kwijtgescholden. Uit gegevens van het Zorginstituut blijkt dat circa de helft van de stabilisatieovereenkomsten echter niet definitief tot stand komt dan wel mislukt.

Tabel 2.3 Lopende betalingsregelingen/stabilisatieovereenkomst per 31 december 2014 (bron: Ketenmonitor)

2014	intern	extern	stabilisatie
	152.985	119.110	6.852

2.3.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime

Totaal aantal wanbetalers die bestuursrechtelijke premie betalen

Het Zorginstituut verzorgt sinds de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling maandelijks overzichten met betrekking tot het aantal wanbetalers. Deze overzichten zijn verwerkt in een meerjarig overzicht (tabel 2.4). Het aantal wanbetalers is geen statisch getal: maandelijks stromen er gemiddeld ruim 10.000 nieuwe wanbetalers in, maar er stromen ook maandelijks bijna 10.000 mensen uit. Uit de maandelijkse groei kan worden opgemaakt dat er nog steeds sprake is van een absolute stijging van het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime.

Op 1 juni 2015 waren er 333.751 wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime. Het Zorginstituut verwacht eind 2015 circa 338.000 wanbetalers. Dit is 2,52% van het aantal premieplichtigen. Deze groei is ongeveer gelijk aan de groei in 2014 (circa 11.000) en nog steeds lager dan in 2013 (groei van 17.000 wanbetalers). De lagere groei van wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime wordt veroorzaakt door een hogere uitstroom in 2014. De uitstroom is in tabel 2.5 nader toegelicht.

Tabel 2.4 Aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime (bron: Zorginstituut)

	2010	2011	2012	2013	2014	Juni 2015
Aantal wanbetalers	266.502	303.797	298.716	316.006	327.334	333.751
Instroom	301.852	122.835	118.913	127.327	127.778	55.854
Uitstroom	37.578	85.552	124.075	110.087	115.058	49.434

Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime

In tabel 2.5 zijn de redenen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime nader gespecificeerd. De belangrijkste uitstroomredenen zijn nog steeds de afbetaling van schulden en de beëindiging van de verzekeringsplicht (bijv. vertrek naar het buitenland, ex-arbeidsmigranten).

De minnelijke schuldhulpverlening lijkt na een sterke stijging in de jaren tot en met 2013 te stabiliseren (ruim 9.000). De reden 'goede betaler' betreft de (opgeschorte) inning van de bestuursrechtelijke premie voor bijstandsgerechtigden in Amsterdam die meedoen met de regeling die is afgesproken tussen de gemeente Amsterdam en Zorgverzekeraar Agis (thans Zilveren Kruis).

Het begrip 'onterechte aanmelding' is in deze Verzekerdenmonitor aangepast naar 'aanmelding ingetrokken', omdat dit meer recht doet aan de werkelijkheid. In veel van deze intrekkingen is namelijk sprake van een situatie waarbij, als de zorgverzekeraar eerder over de betreffende informatie had beschikt, hij de aanmelding niet zou hebben gedaan. Het gaat dan voor vooral over frictieperioden in de informatievoorziening naar de verzekeraars over burgers die niet meer premieplichtig zijn (vertrek naar het buitenland, in detentie geraakt) of waarbij informatie over getroffen schuldregelingen later binnenkomt en met terugwerkende kracht ten gunste van de betrokkene worden verwerkt.

Tabel 2.5 Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime (bron: Zorginstituut)

	2010	2011	2012	2013	2014
Schuld voldaan	12.480	44.423	48.773	46.478	48.207
Niet meer verzekeringsplichtig	6.231	12.163	45.201	27.493	29.865
Stabilisatieovereenkomst	7.546	15.769	14.117	17.035	16.836
Minnelijke schuldhulpverlening	2.741	4.092	6.571	9.458	9.179
WSNP	1.523	3.874	4.649	4.682	4.599
Niet meer premieplichtig	6.280	3.709	3.691	4.019	2.823
Overleden	604	1.202	1.183	1.350	1.450
Overlijden verzekeringnemer	18	49	73	97	109
Goede betaler	0	0	0	44	1.967
Overige	154	329	48	25	23
Aanmelding ingetrokken	21.765	6.894	10.352	9.883	10.245

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premieregime

Tabel 2.6 geeft het aantal wanbetalers weer (het CBS heeft over een beperkte groep gegevens, zie 2.3.4) dat gedurende een bepaalde periode in het bestuursrechtelijk regime verblijft. Het aantal maanden dat iemand verblijft in het bestuursrechtelijk premieregime geeft een indicatie van de mate waarin mensen er in slagen uit te stromen. Hoe langer de verblijfsduur, hoe kleiner de kans dat uitstroom op eigen kracht tot de mogelijkheden behoort.

Tabel 2.6 Aantal maanden wanbetaler (bron: CBS)

Aantal maanden wanbetaler	2013	2014
0 - 12	87.320	88.420
13 - 24	50.010	54.740
>24	145.110	155.080
Totaal	282.440	298.240

Heraanmeldingen

In tabel 2.7 is opgenomen hoeveel wanbetalers, na te zijn afgemeld door een zorgverzekeraar, weer opnieuw worden aangemeld bij het Zorginstituut. Het betreft het aantal wanbetalers gedurende de gehele periode 2009 tot 1 juli 2015 dat voor een tweede keer of vaker is aangemeld. Uit de cijfers blijkt dat het hier om ruim 100.000 personen gaat. Afgezet tegen de totale hoeveelheid aanmeldingen vanaf 2009 (ruim 850.000), betreft de totale hoeveelheid heraanmeldingen tot nu toe ruim 12%.

Het aantal heraanmeldingen ten opzichte van de vorige meting (oktober 2013, 50.000 heraanmeldingen tot dan toe) is in een periode van 21 maanden tijd, te weten van oktober 2013 tot juli 2015, met 53.000 toegenomen. Dit betreft circa 25% van het aantal meldingen in deze periode.

Tabel 2.7 Heraanmeldingen (recidive) (bron: Zorginstituut)

Heraanmeldingen tot 1 juli 2015	aantal
Voor een tweede keer aangemeld	92.844
Voor een derde keer aangemeld	10.064
Voor een vierde keer aangemeld	967
Voor een vijfde keer aangemeld	112

Openstaande schuld bij wanbetalers in bestuursrechtelijk premieregime

In tabel 2.8 is opgenomen het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime met een nog openstaande schuld bij zorgverzekeraars onderverdeeld in drie klassen. De cijfers vormen een indicatie van de mate waarin inspanningen worden verricht om de schuld terug te brengen én geven een beeld van het aantal wanbetalers voor wie zicht bestaat op afmelding uit het bestuursrechtelijk premieregime, omdat de schuld nog maar relatief klein is. In de monitor 2014 waren de standen van twee maanden beschikbaar te weten september (14.992) en december (15.093). Afgezet tegen deze maanden valt op dat het aantal aanmeldingen van wanbetalers met een schuld tot € 250 is toegenomen.

Tabel 2.8: Openstaande schuld van <€ 250, € 250-€ 750 en >€ 750 (bron: Zorginstituut)

Schuld hoogte wanbetalers	2014
< € 250	24.604
€ 250 - € 750	72.466
> € 750	226.526

2.3.3 De bestuursrechtelijke premie

Ontwikkeling hoogte bestuursrechtelijke premie

De bestuursrechtelijke premie is wettelijk bepaald op 130% van de standaardpremie. In 2015 is de hoogte van de bestuursrechtelijke premie € 153,52 per maand. In tabel 2.9 is de ontwikkeling van de hoogte van de bestuursrechtelijke premie (afgerond) in relatie tot de nominale premie in beeld gebracht.

Tabel 2.9 Hoogte bestuursrechtelijke premie

Hoogte premie per maand	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gemiddelde nominale premie	89	93	102	104	107	92	97
Bestuursrechtelijke premie	131	137	149	154	160	144	153
Verschil	42	44	47	50	53	51	56

Opgelegde bestuursrechtelijke premie

In tabel 2.10 is de opgelegde en nog niet betaalde premie weergegeven. De totaal opgelegde premie in 2014 is iets lager dan in 2013 als gevolg van de lagere bestuursrechtelijke premie. De openstaande premie van ruim € 1 miljard betreft de totale openstaande premie bij het Zorginstituut over de periode september 2009 tot juni 2015. Hierin is niet meegenomen het nog niet betaalde gedeelte van de vordering van wanbetalers wiens zorgtoeslag is omgeleid. Als de vordering bij het CJIB volledig is betaald, wordt hier bericht van gegeven aan het Zorginstituut. Circa € 120 miljoen (stand 1 juli 2015) staat bij het CJIB geboekt als gedeeltelijk betaalde vorderingen.

Tabel 2.10 Opgelegde bestuursrechtelijke premie en status (bron: Zorginstituut)

X € 1000	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Juni 2015	Totaal tm juni 2015
Te incasseren premies	2.795	244.880	510.194	540.567	584.855	552.255	299.369	2.734.915
Netto betaald	1.990	142.026	236.569	221.172	287.668	242.372	86.333	1.218.128
Afgeboekt	407	48.047	84.835	53.943	27.191	9.775	465	224.664
Naar eindafrekening*	44	12.485	68.325	88.970	69.370	34.348	2.117	275.658
In betalingsregeling	3	386	979	878	201	52	2	2.501
Openstaande premie	351	41.936	119.487	175.604	200.426	265.708	210.452	1.013.963

*eindafrekening: De eindafrekening betreft de nog openstaande schuld op het moment dat een wanbetaler wordt afgemeld bij het Zorginstituut; hierbij wordt standaard 30% kwijtgescholden.

Nog nooit geïnde premie

In tabel 2.11 is het aantal wanbetalers opgenomen waarvan het nog niet is gelukt bestuursrechtelijke premie te innen, noch via bronheffing, noch via incassoactiviteiten. Dit betekent dat deze wanbetalers geen kenbare bron van inkomen hebben (loon of uitkering), onvoldoende middelen hebben om te betalen of niet vindbaar zijn voor deurwaarders. Het betreft uitsluitend de betaling van de bestuursrechtelijke premie; als er recht bestaat op zorgtoeslag wordt deze omgeleid. Het aantal is in 2014 met circa 10% gedaald ten opzichte van 2013. Dit is mogelijk toe te schrijven aan de aanvullende acties die het Zorginstituut heeft ondernomen, zoals het twee keer per jaar controleren of een wanbetaler een bron van inkomen heeft.

Tabel 2.11 Wanbetalers die nog nooit bestuursrechtelijke premie hebben betaald (bron: CBS)

	2013	2014
Aantal	68.080	61.270

2.3.4 Achtergrondkenmerken van wanbetalers

Teneinde meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep wanbetalers bij het Zorginstituut doet het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) op verzoek van VWS jaarlijks onderzoek naar hun achtergrondkenmerken. Alleen van personen die zijn opgenomen in het bestuursrechtelijk premieregime, die op 31 december van het desbetreffende jaar ingeschreven staan in de Basisregistratie persoonsgegevens (BRP) en die op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden van 18 jaar of ouder, worden door het CBS de achtergrondkenmerken verzameld. Het CBS heeft met peildatum 31 december 2014 voor 298.240 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken⁶ verzameld. De belangrijkste achtergrondkenmerken betreffen onderverdeling naar leeftijd, herkomst, regionale spreiding en recht op zorgtoeslag. Een verdere selectie is gemaakt naar de omvang van de schuld, de duur van de betalingsachterstand, bron van inkomen en het ontvangen van zorgtoeslag of huurtoeslag.

Totale groep wanbetalers naar leeftijd

In tabel 2.12 zijn de wanbetalers ingedeeld naar leeftijdscategorie. Uit deze tabel blijkt dat er nog steeds sprake is van een relatief hoog aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie van jongeren (18-25 jaar) en jongvolwassenen (25-30 jaar). Deze aantallen zijn percentueel bijna twee keer zo veel als het gemiddelde ten opzichte van de gehele bevolking. Overigens is er vanaf 2011 sprake van een lichte daling van het aantal wanbetalers in de leeftijdsgroep 18 jaar tot 20 jaar. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door de voorlichting aan de groep die 18 jaar wordt. Het is daarom van belang om de voorlichting aan jongeren voort te zetten. Om die reden is de subsidie aan Zorgverzekeringslijn.nl geïntensiveerd (zie hoofdstuk 4).

⁶ Zie voor alle overzichten: CBS Statline

Tabel 2.12 Wanbetalers naar leeftijd (bron: CBS)*

leeftijd	2010	2011	2012	2013	2014	2014 (%)
18 - 20	4.910	5.370	4.790	3.270	3.300	0,8%
20 - 25	34.660	38.020	36.630	34.120	34.310	3,2%
25 - 30	37.460	41.420	41.020	42.760	44.140	4,2%
30 - 35	31.490	35.550	36.640	38.500	40.990	4,0%
35 - 40	29.950	31.840	31.350	32.120	33.970	3,4%
40 - 45	30.130	34.210	34.840	34.810	35.470	3,0%
45 - 50	27.490	30.900	31.540	31.900	33.790	2,6%
50 - 55	20.460	24.220	25.680	26.580	28.990	2,3%
55 - 60	12.850	15.400	16.600	17.480	19.530	1,7%
60 - 65	8.290	9.480	10.030	10.500	11.730	1,1%
65 - 70	3.620	4.860	5.700	6.200	7.160	0,7%
70 - 75	1.650	2.010	2.280	2.470	2.830	0,4%
75 - 80	700	860	930	1.040	1.240	0,2%
> 80	530	620	640	710	790	0,1%
Totaal	244.210	274.750	278.670	282.440	298.240	2,2%

* percentage ten opzichte van de totale populatie van de leeftijdsgroep

Herkomst totale groep wanbetalers

Tabel 2.13 laat zien dat in absolute zin het aantal autochtonen en allochtonen in het bestuursrechtelijke regime in 2014 ten opzichte van 2013 is gestegen met respectievelijk 7.570 en 8.230 personen. Relatief betekent dit voor de groep allochtonen een sterkere stijging. Het aantal autochtone wanbetalers is 1,5% van de autochtone premiebetalende bevolking en het aantal allochtone wanbetalers is 5% van de allochtone premiebetalende bevolking.

Tabel 2.13 Herkomst totale groep wanbetalers (bron: CBS)*

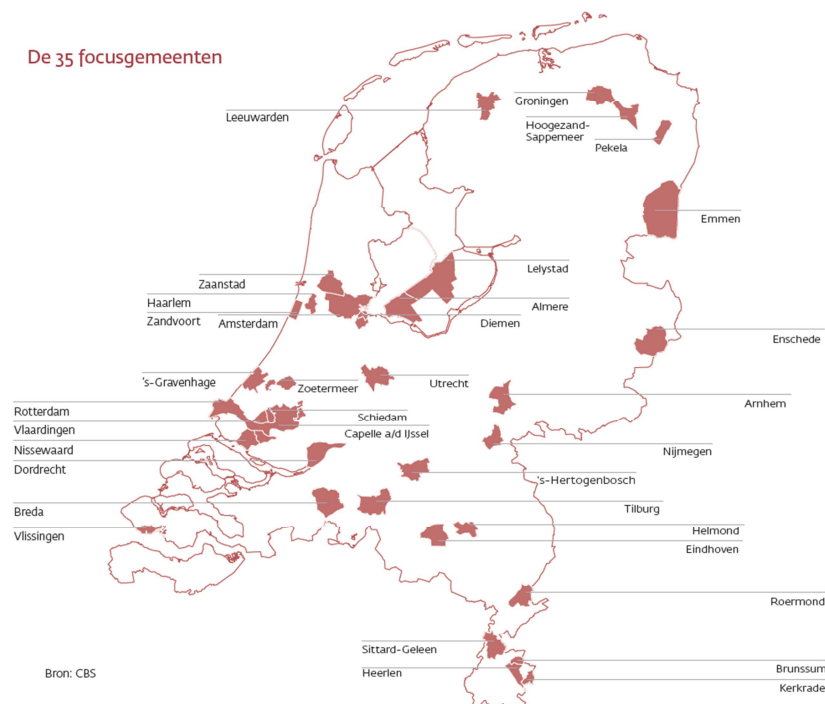
Herkomst	2010	2011	2012	2013	2014	
Autochtonen	137.370	150.470	151.340	149.140	156.710	1,5%
Allochtonen	106.840	124.270	127.330	133.300	141.530	5,0%
w.v.						
Marokko	12.810	15.350	15.740	17.310	18.320	7,3%
Turkije	13.030	15.310	15.670	16.330	16.970	5,8%
Suriname	20.570	24.260	24.540	25.800	26.460	9,5%
Antillen, Aruba	12.810	14.920	15.360	15.920	16.630	15,2%
Overige niet-westerse allochtonen	18.880	22.070	22.440	23.230	24.710	4,6%
Overige westerse allochtonen	28.740	32.370	33.600	34.720	38.450	2,8%
Totaal	244.210	274.750	278.670	282.440	298.240	2,2%

*percentage ten opzichte van de totale premiebetalende populatie met de betreffende herkomst

Aantal wanbetalers in de top 20 gemeenten

Tabel 2.14 geeft het aantal wanbetalers weer in de gemeenten waar het aantal wanbetalers absoluut en relatief het hoogst is. Dit zijn in totaal 35 gemeenten. Om deze reden zijn de voorlichtingsactiviteiten van Zorgverzekeringslijn.nl vooral gericht op deze gemeenten.

Tabel 2.14 Gemeenten met het hoogste aantal wanbetalers (Top 35)(2013)



Top 20 RELATIEF				Top 20 ABSOLUUT			
	Gemeente	Aantal	%	2013	Gemeente	Aantal	%
1	Rotterdam	27.210	5,5	1	Rotterdam	27.210	5,5
2	Heerlen	3.360	4,5	2	Amsterdam	24.910	3,8
3	Schiedam	2.790	4,5	3	Den Haag	17.500	4,3
4	Kerkrade	1.740	4,4	4	Almere	5.700	3,8
5	Den Haag	17.500	4,3	5	Utrecht	5.480	2,1
6	Lelystad	2.460	4,2	6	Tilburg	5.230	3,1
7	Dordrecht	3.690	3,9	7	Eindhoven	5.040	2,8
8	Amsterdam	24.910	3,8	8	Dordrecht	3.690	3,9
9	Almere	5.700	3,8	9	Arnhem	3.670	3,0
10	Capelle aan den IJssel	1.900	3,6	10	Nijmegen	3.590	2,6
11	Leeuwarden	2.750	3,5	11	Heerlen	3.360	4,5
12	Vlaardingen	1.940	3,4	12	Zaanstad	3.330	2,8
13	Pekela	340	3,3	13	Groningen	3.220	1,9
14	Sittard-Geleen	2.460	3,2	14	Enschede	3.200	2,5
15	Tilburg	5.230	3,1	15	Breda	3.180	2,2
16	Arnhem	3.670	3,0	16	Haarlem	3.100	2,5
17	Helmond	1.990	2,9	17	Schiedam	2.790	4,5
18	Roermond	1.340	2,9	18	Leeuwarden	2.750	3,5
19	Brunssum	710	2,9	19	Den Bosch	2.620	2,3
20	Hoogezand-Sappemeer*	780	2,8	20	Zoetermeer	2.530	2,6

* Percentage in de betreffende gemeente ten opzichte van de gehele premie betalende bevolking

** Naast Hoogezand-Sappemeer is in de volgende gemeenten het percentage ook 2,8: Emmen (2.390), Diemen (600), Zandvoort (390), Zaanstad (3.330), Spijkenisse (1.670), Vlissingen (1.030), Eindhoven (5.040)

Kenmerken van personen die langer dan 24 maanden wanbetaler zijn

Tabel 2.15 laat de kenmerken zien van de groep wanbetalers die al meer dan twee jaar in het bestuursrechtelijk premieregime zit. Met name de groep allochtonen in de leeftijdscategorie 18 tot 35 jaar valt op als relatief hoog.

Tabel 2.15 Kenmerken personen die langer dan 24 maanden wanbetaler zijn (bron: CBS)

Leeftijd	Totaal	18 - 35	35 - 50	50 - 65	> 65
2013	145.110	54.920	52.630	31.270	6.300
2014	155.080	57.190	56.040	34.770	7.080
Herkomst					
2014: Autochtonen	83.010	24.440	31.200	22.490	4.880
2014: Allochtonen	72.070	32.750	24.840	12.280	2.200
w.v.					
Marokkanen	9.430	5.730	2.920	650	130
Turken	8.920	3.940	3.800	1.050	130
Surinamers	14.710	6.630	4.880	2.780	410
Antillianen en Arubanen	9.030	4.630	2.720	1.450	230
Overige niet-westerse allochtonen	12.190	6.430	3.680	1.880	200
Overige Westerse allochtonen	17.800	5.390	6.840	4.470	1.090

Kenmerken groep wanbetalers van wie nog niet premie is geïnd

In tabel 2.16 zijn de kenmerken opgenomen van wanbetalers waarvan het nog niet is gelukt bestuursrechtelijke premie te innen, noch via bronheffing, noch via incassoactiviteiten. Het betreft een uitsplitsing van tabel 2.11 naar leeftijd en herkomst. Met name de groep allochtonen in de leeftijdscategorie 18 tot 35 jaar valt op als relatief hoog.

Tabel 2.16 Kenmerken groep wanbetalers waar nog nooit premie is geïnd (bron: CBS)

	Totaal	18 tot 35	35 tot 50	50 tot 65	> 65
Totaal	61.270	33.160	18.790	8.580	740
Autochtoon	27.790	12.260	9.680	5.390	460
Allochtoon	33.480	20.900	9.110	3.190	280
w.v.					
Marokkanen	4.480	3.460	860	140	20
Turken	3.930	2.400	1.220	290	20
Surinamers	5.560	3.410	1.490	620	50
Antillianen en Arubanen	3.600	2.610	690	270	30
Overige niet-westerse allochtonen	5.820	3.900	1.360	530	30
Overige Westerse allochtonen	10.090	5.110	3.490	1.350	140

Wanbetalers met zorgtoeslag

Van het totaal aantal wanbetalers waren er in 2014 ruim 200.000 die zorgtoeslag ontvingen. In tabel 2.17 is een overzicht gegeven van het aantal wanbetalers met zorgtoeslag naar leeftijd over de afgelopen jaren. Indien de bestuursrechtelijke premie niet door middel van broninhouding geïnd kan worden, is vanaf 2013 de eventuele zorgtoeslag van wanbetalers door de Belastingdienst rechtstreeks betaald aan het CJIB. Deze groep betaalt dus een deel van de bestuursrechtelijke premie door rechtstreekse verrekening met de zorgtoeslag.

Tabel 2.17 Wanbetalers met zorgtoeslag (bron: CBS)

Leeftijd	2010	2011	2012	2013	2014	2014 (%)
18 – 35	74.180	81.740	89.100	91.780	96.200	78,4%
35 – 50	45.620	50.600	55.770	59.150	61.370	59,5%
50 – 65	22.260	26.340	29.910	32.790	35.570	59,0%
65>	4.550	5.680	6.620	7.440	8.270	68,7%
Totaal	146.610	164.360	181.400	191.160	201.410	67,5%

Wanbetalers naar soort uitkering

In Tabel 2.18 is de groep wanbetalers uitgesplitst naar soort uitkering. Deze gegevens zijn later beschikbaar dan andere kenmerken en betreffen daarom het jaar 2013. Van de totale groep wanbetalers ontvangt circa 40% een vorm van een uitkering. De grootste deelgroep betreft de groep bijstandsgerechtigden. Van alle bijstandsgerechtigden in Nederland bevindt zich 13% in het bestuursrechtelijk premieregime.

Tabel 2.18 Wanbetalers naar soort uitkering (2013)(bron: CBS)

	Aantal	%
Persoon met minimaal één uitkering	112.750	6,8%
Persoon met arbeidsongeschiktheidsuitkering	29.640	3,9%
Persoon met bijstandsuitkering	62.350	13,0%
Persoon met werkloosheidsuitkering	22.270	5,1%
Persoon met IOAW- of IOAZ-uitkering	1.050	5,1%

Wanbetalers naar huishoudenpositie

In tabel 2.19 is de groep wanbetalers 2013 uitgesplitst naar huishoudenpositie. Deze gegevens zijn later beschikbaar dan andere kenmerken en betreffen daarom het jaar 2013. Met name de groep 'ouder in éénouderhuishouden' valt op als relatief grote groep. Van alle ouders in een 'éénouderhuishouden' bevindt zich 6% in het bestuursrechtelijk regime.

Tabel 2.19 Wanbetalers naar huishoudenpositie (bron: CBS)

	Aantal	%
Thuiswonend kind (meerderjarig)	37.290	3,1%
Alleenstaande	81.010	2,9%
Partner in ongehuwd paar zonder kinderen	25.160	2,4%
Partner in gehuwd paar zonder kinderen	16.320	0,5%
Partner in ongehuwd paar met kinderen	30.730	4,0%
Partner in gehuwd paar met kinderen	41.860	1,3%
Ouder in éénouderhuishouden	32.330	6,0%
In institutioneel huishouden	5.570	2,3%
Overig lid huishouden/ Onbekend	12.170	5,9%
Totaal	282.440	2,1%

2.4 Wanbetalersbijdrage

In de inleiding is vermeld dat zorgverzekeraars een wanbetalersbijdrage ontvangen voor het verzekerd houden van de wanbetaler. Daarmee wordt voorkomen dat zorgverzekeraars wanbetalers royeren. Het risico voor de eerste zes maanden premieachterstand draagt de zorgverzekeraar. De wanbetalersbijdrage wordt na zes maanden verstrekt voor elke verzekerde die door een zorgverzekeraar bij het Zorginstituut is aangemeld als wanbetaler, voor zolang deze aanmelding in stand blijft. De wanbetalersbijdrage wordt verstrekt indien zorgverzekeraars zich hebben gehouden aan de wettelijke voorwaarden, voldoende inspanningen hebben verricht in het incassotraject en voldoende hebben meegewerkt aan het tot stand komen van betalingsregelingen. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hier op toe. De wanbetalersbijdrage wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds.

Tabel 2.20 Betaalde wanbetalersbijdrage (bron: Zorginstituut)

Betaalde wanbetalersbijdrage	2009/10	2011	2012	2013	2014
x € 1000	197.009	395.807	417.923	455.131	427.209

2.5 Uitvoeringskosten

Voor de uitvoering van de regeling worden kosten gemaakt door het Zorginstituut en het CJIB. Deze uitvoeringskosten worden betaald uit de VWS-begroting. De stijging van de kosten bij het Zorginstituut hangen samen met de investeringen in de ICT. De dalende kosten bij het CJIB zijn het gevolg van lagere deurwaarderskosten.

Tabel 2.21 uitvoeringskosten (bron: jaarverslagen Zorginstituut/CJIB)

Bedragen x € 1.000	2012	2013	2014
Zorginstituut	6.417	8.278	8.744
CJIB	13.895	13.755	12.189
Totale uitvoeringskosten	20.312	22.033	24.848

HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding

Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering⁷ (hierna: Wet Ovoz) in werking getreden. De Wet Ovoz heeft tot doel om het aantal onverzekerden terug te dringen. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekeringsovereenkomst hebben. Verzekeringsplichtigen die nalaten een zorgverzekering te sluiten, zijn onverzekerd. 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 verzekering 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 verzekeringssysteem. Gezien vanuit het verzekeringstelsel 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. Tot slot geldt dat onverzekerd zijn mogelijk gevolgen heeft voor de volksgezondheid, omdat onverzekerden daardoor zorg zouden kunnen mijden en daarmee in sommige gevallen anderen in gevaar brengen. Daardoor zou de gezondheidszorg met onnodige kosten kunnen worden opgezadeld.

3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz

Sinds de invoering van de Wet Ovoz op 15 maart 2011 worden verzekeringsplichtigen die geen zorgverzekering hebben gesloten via bestandskoppeling opgespoord. Voor de actieve opsporing is allereerst van belang te weten wie er verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw. Dat is iedereen die verzekerd is voor de Wlz, met uitzondering van militairen in werkelijke dienst en gemoedsbezwaarden. De opsporingsactiviteiten in het kader van de Wet Ovoz worden door de SVB in opdracht van het Zorginstituut verricht. De SVB beheert de volledige verzekerdenadministratie van de volksverzekeringen. Door dit bestand te combineren met gegevensbestanden van bijvoorbeeld de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) en de polisadministratie van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) blijkt wie Wlz-verzekerd is. Door het resultaat van die bestandsvergelijking te koppelen aan het bestand van degenen die daadwerkelijk een zorgverzekering hebben gesloten (het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringwet (RBVZ)) wordt zichtbaar wie onverzekerd is. De SVB meldt de resultaten van de uitgevoerde bestandsvergelijking aan het Zorginstituut.

De Wet Ovoz regelt het volgende 'proces opsporing onverzekerden' dat het Zorginstituut dient te volgen:

1. Aanschrijving door het Zorginstituut

Een onverzekerde die door middel van bestandsvergelijking is opgespoord, krijgt eerst een brief van het Zorginstituut. Daarin wordt hij gewezen op het feit dat hij is gesignaleerd als iemand die (vermeend) verzekeringsplichtig is, maar zich niet heeft verzekerd voor de Zvw. Het doel van deze aanschrijving is de onverzekerde een prikkel te geven alsnog zijn plicht tot het sluiten van een zorgverzekering na te komen.

De onverzekerde krijgt drie maanden de gelegenheid om alsnog een zorgverzekering te sluiten of aan te geven welke omstandigheden maken dat hij niet verzekeringsplichtig is.

⁷ Stb. 2011, 111.

2. Boete(s)

Wanneer drie maanden na de aanschrijving blijkt dat betrokkene zich nog altijd niet verzekerd heeft, legt het Zorginstituut een boete op. De hoogte van de boete is gelijk aan driemaal de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, zoals bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.

De hoogte van de boete bedraagt in 2014 €332,25 en kan tweemaal worden opgelegd. De tweede boete wordt opgelegd wanneer blijkt dat iemand drie maanden na het opleggen van de eerste boete nog altijd niet verzekerd is.

3. Ambtshalve verzekering

Indien bij een volgende bestandsvergelijking blijkt dat de onverzekerde na twee boetes nog altijd onverzekerd is, dan verzekert het Zorginstituut hem ambtshalve bij een zorgverzekeraar. Om te voorkomen dat deze verzekerde onmiddellijk na ambtshalve verzekering zijn premie niet betaalt, is hij gedurende een periode van twaalf maanden een bestuursrechtelijke premie verschuldigd van 100% van de standaardpremie (2014: € 110,75 per maand). Deze premie wordt zo veel mogelijk door middel van bronheffing geïnd. Een ambtshalve verzekerde kan zich op deze manier niet onmiddellijk aan premiebetaling onttrekken.

Het Zorginstituut kan de bestuursrechtelijke premie in de vorm van broninhouding inhouden op het loon of de uitkering van betrokkene. Blijkt broninhouding van de bestuursrechtelijke premie door het Zorginstituut onmogelijk, bijvoorbeeld omdat er geen regelmatige inkomsten zijn, dan draagt het Zorginstituut de inning over aan het CJIB. Het CJIB controleert bij de Belastingdienst of er sprake is van zorgtoeslag. Is dit het geval, dan betaalt de Belastingdienst, in opdracht van het Zorginstituut, de zorgtoeslag aan het CJIB. Voor het restant van de premie verstuurt het CJIB aan betrokkene een acceptgiro. Is er geen sprake van zorgtoeslag, dan verstuurt het CJIB maandelijks een acceptgiro aan betrokkene.

4. Terugkeer naar het normale premieregime

Nadat mensen twaalf maanden ambtshalve verzekerd zijn geweest, worden ze door het Zorginstituut aangemeld bij een zorgverzekeraar voor een reguliere zorgverzekering. Alle op dat moment nog openstaande maandtermijnen dient betrokkene alsnog te betalen.

3.3 Evaluatie van de Wet Ovoz

In het jaar 2014 is een evaluatie uitgevoerd naar de effectiviteit van de wet Ovoz sinds de inwerkingtreding. Het rapport is op 24 september 2014 samen met de evaluatie van de Zvw door de Minister van VWS aan de Tweede Kamer aangeboden⁸.

De onderzoekers concluderen dat het systeem van de Wet Ovoz in hoge mate doeltreffend en doelmatig is. Het aantal mogelijk verzekeringsplichtige onverzekerden dat in en uit de regeling van de Wet Ovoz stroomt, is inmiddels gestabiliseerd op circa 4.500 personen per maand. Uit de evaluatie blijkt echter ook dat ongeveer een derde van de 4.500 personen die in en uit de regeling stroomt, achteraf gezien niet verzekeringsplichtig blijkt te zijn en onnodig het proces van de wet doorloopt. Het gaat hier met name om personen die kortdurend in Nederland woonachtig zijn geweest, zoals buitenlandse studenten. De onderzoekers doen daarom aanbevelingen die met name gericht zijn op het voorkomen dat deze personen instromen. Mochten personen toch onnodig het proces instromen, dan is het zaak dat deze personen zo snel mogelijk weer uitstromen. Naar aanleiding van de aanbevelingen is het ministerie van VWS in gesprek gegaan met het Zorginstituut en de SVB. De SVB verwachtte de grootste doelmatigheidsslag te kunnen maken met een bestandsfilter. Hiermee kan bijvoorbeeld de groep buitenlandse studenten uit de bestandsvergelijking gefilterd worden. De SVB is hier sinds maart 2015 mee bezig en heeft aangegeven dat deze maatregel tot nu toe succesvol verloopt.

Daarnaast heeft het Zorginstituut voor het laten uitstromen van personen die onnodig in het proces van de Wet Ovoz zitten, afspraken gemaakt over de terugkoppeling van informatie bij twijfel over de juistheid van gegevens in de BRP. De gegevens worden dan door de betreffende gemeente onderzocht. Hierdoor kan sneller worden gezien of een persoon al dan niet terecht onverzekerd is.

⁸ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 29 689, nr. 545

3.4 Verloop van het aantal onverzekerden

Aantal onverzekerden

Tabel 3.1 toont het verloop van het aantal aangeschreven onverzekerden, het aantal onverzekerden dat uit het Ovoz-traject is gestroomd en de stand van het aantal actieve onverzekerden. Bij de interpretatie van tabel 3.1 dient in ogenschouw te worden genomen dat hierin is inbegrepen een jaarlijkse piek (in maart) van tussen de 25.000 en 30.000 aanschrijvingen. Een deel van deze piek wordt veroorzaakt door vertragingen in de administratie van overstappende verzekerden. Als deze piek voor dat deel buiten beschouwing wordt gelaten, dan kan geconcludeerd worden dat maandelijks circa 4.500 personen in en uit de regeling van de Wet Ovoz stromen. Dit is hetzelfde aantal als in 2013. Tussen het in- en uitstromen kan een persoon geregistreerd staan als actief onverzekerd (fase van aanschrijving en boete oplegging) of ambtshalve verzekerd.

Tabel 3.1 Aantal onverzekerden per jaar per 31 december en stand juni 2015

	2011	2012	2013	2014	juni 2015
Aangeschreven	164.388	69.744	69.382	71.726	24.726
Einde onverzekerd	106.423	96.028	72.323	71.012	29.911
Stand actief onverzekerden	57.965	31.681	28.740	29.454	24.269

Totalen maart 2011 tot juni 2015

Tabel 3.2 toont de redenen dat aangeschreven vermeende onverzekerde verzekeringsplichtigen niet meer in het traject van de Wet Ovoz zitten. In de periode vanaf 2011 tot en juni 2015 zijn 370.900 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste gedeelte hiervan (344.691) heeft vervolgens actie ondernomen door:

- zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (202.392);
- te betwisten dat zij Wlz-verzekeringsplichtig zijn (142.209)

Tabel 3.2 De totalen van maart 2011 tot juni 2015

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	202.392
Ambtshalve verzekerd	23.766
Niet meer Wlz-verzekerd	142.209
Overig	2.533
Totaal	370.900

Doorgestroomd naar wanbetalersregeling

Van de groep personen die na aanvankelijke onverzekerde alsnog verzekerd is geraakt in de periode 2011 tot en met juni 2015 (in totaal 226.158 personen) zijn 28.474 personen aangemeld als wanbetaler. Dat is circa 12,5%.

3.5 Conclusie

Inmiddels is het aantal mogelijk verzekeringsplichtige onverzekerden dat in en uit de regeling van de Wet Ovoz stroomt gestabiliseerd op circa 4.500 personen per maand. Naar verwachting zullen de maatregelen zoals beschreven in paragraaf 3.3, in de komende jaren leiden tot een lagere in- en uitstroom.

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS

4.1. Inleiding

Zorgverzekeringslijn.nl verzorgt in opdracht van VWS sinds medio 2013 de voorlichtingsactiviteiten gericht op wanbetalers en onverzekerden. Zorgverzekeringslijn.nl is onderdeel van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De activiteiten werden vanaf 2007 tot mei van dat jaar uitgevoerd door de Stichting De Ombudsman en zijn door de SKGZ voorgezet.

Het doel van Zorgverzekeringslijn.nl is een bijdrage leveren aan het terugdringen van het aantal wanbetalers en onverzekerden door middel van voorlichtingscampagnes en dienstverlening aan generieke doelgroepen en aan de professionals in het sociale domein.

De activiteiten voorzien in informatie en advies over de zorgverzekering, de verzekeringsplicht, wat te doen bij betalingsproblemen of onverzekerde status en biedt zo nodig en gewenst een doorverwijzing naar lokaal welzijnswerk of schuldbemiddeling. Informatie wordt onder meer verstrekt via de website www.zorgverzekeringslijn.nl en via het gratis telefoonnummer 0800-6464644.

De aanpak van Zorgverzekeringslijn.nl is in de eerste twee jaren gericht geweest op het vergroten van de naamsbekendheid bij de relevante partijen in de branche en het sociale domein.

4.2 Voorlichting

De voorlichtingscampagnes richten zich op de wanbetalers en onverzekerden en op de professionals in het sociale domein. Door samenwerking met deze professionals en de zorgverzekeraars ontstaan naast voorlichtingscampagnes aan generieke doelgroepen, ook specifieke op maat gesneden voorlichtingscampagnes.

De voorlichting is gericht op een aantal specifieke bevolkingsgroepen, te weten allochtonen, arbeidsmigranten, jongeren/studenten, dak- en thuislozen, ouders van pasgeborenen, psychiatrische patiënten verblijvende in een GGZ-instelling en sociale minima in de gemeenten met de meeste wanbetalers. In 2014 en 2015 zijn daartoe deelprojecten geselecteerd die gedurende een aantal maanden leiden tot intensieve voorlichtingsactiviteiten gericht op de professionals, organisaties en op de doelgroep zelf. Het betreft de deelprojecten: Gemeenten, Jongeren & Studenten, Allochtonen, Uitzendbureau's, GGZ, Dak- en Thuislozen, Gedetineerden en Onverzekerde patiënten (ziekenhuizen).

4.3 Advies en hulp

De dienstverlening vindt plaats via telefonisch contact of per e-mail. Als een wanbetaler of een onverzekerde telefonisch of per e-mail contact opneemt, dan wordt aan de hand van de verstrekte persoonlijke en financiële feiten en omstandigheden, een praktisch advies gegeven en wordt betrokkene zonnodig terugverwezen naar de zorgverzekeraar. Daar waar mogelijk en gewenst, wordt hij doorverwezen naar de (reguliere) hulpverlening en de gemeentelijke schuldhulpverlening.

In de projectactiviteiten van Advies en Hulp zijn alle professionals in het sociale domein ketenpartner, waaronder Zorgverzekeraars Nederland, de zorgverzekeraars, de NPCF, het Zorginstituut, de NVVK en de VNG.

Daarnaast biedt deze dienstverlening verzekerden de mogelijkheid van 'een opgaaf van schuld'. Deze opgaaf van schuld bevat, naast de eigenlijke schuld bij de betreffende zorgverzekeraar, openstaande posten als incassokosten, rente en gerechtelijke kosten. Dit helpt de verzekerde die dit wenst op weg om een betalingsregeling te treffen met de zorgverzekeraar of een stabilisatieovereenkomst via schuldhulpverlening te verkrijgen.

In 2015 is de samenwerking met zorgverzekeraars verder uitgebreid en wordt aangesloten bij de preventieactiviteiten in het kader van de wanbetalersregeling.

4.4 Resultaten

Iedere maand stijgt het aantal telefonische contacten en het aantal klantvragen. Er is een duidelijk verband waarneembaar tussen de voorlichtingscampagnes en de stijging van de dienstverlening. Ook leidt de samenwerking met zorgverzekeraars, via de vermelding in de zogeheten vierdemaandsbrief en de folder Schuldhulpverlening, tot meer klantvragen.

In tabel 4.1 worden de met de voorlichting samenhangende aantallen weergegeven. Het betreft inkomende e-mails van klanten (inclusief terugbelverzoeken via de site), inkomende telefoongesprekken van klanten, klantvragen (e-mails en telefoongesprekken waarin een probleem wordt gemeld in plaats van een algemene vraag), het aantal bezoekers van de website www.Zorgverzekeringslijn.nl en het aantal verstuurd flyers, presentatiemappen, posters en vouwkaarten. Er is een duidelijk stijgende lijn waarneembaar sinds Zorgverzekeringslijn.nl met de activiteiten in mei 2013 is gestart.

Tabel 4.1 Resultaten Zorgverzekeringslijn.nl

	2013	2014	t/m juni 2015
Email	193	715	601
Telefoon	782	4617	3232
Klantvragen	586	3210	2681
Website	8377	31301	26171
Flyers e.d.	14156	71514	51052

Klantvragen en problemen

Zorgverzekeringslijn.nl registreert de klantvragen (vragen waarin een probleem wordt gemeld in plaats van een algemene vraag) in vier probleemgebieden.

In totaal werden in 2014 963 vragen gesteld over onverzekerdenproblematiek en 2247 over wanbetalersproblematiek.

Tabel 4.2 Het aantal klantvragen per probleemgebied in 2014

	2014	%
Onverzekerde minderjarige	193	6
Onverzekerde meerderjarige	770	24
Schulden bij verzekeraar	1573	49
Aangemeld bij Zorginstituut	674	21
Totaal	3210	100

Alloctonen

Er werden in 2014 1059 klantvragen (vragen waarin een probleem wordt gemeld in plaats van een algemene vraag) gesteld door alloctonen. Dat is 33% van het totale aantal klantvragen in 2014. De 1059 klantvragen van alloctonen in 2014 waren als volgt verdeeld:

Tabel 4.3 Het aantal klantvragen van alloctonen

	2014	%
Onverzekerde minderjarige	64	6
Onverzekerde meerderjarige	233	22
Schulden bij verzekeraar	529	50
Aangemeld bij Zorginstituut	233	22
Totaal	1059	100

Van de 1059 klantvragen door alloctonen in 2014 is 33% gesteld door een jongere.

Jongeren en studenten

Zorgverzekeringslijn.nl kreeg in 2014 931 klantvragen (vragen waarin een probleem wordt gemeld in plaats van een algemene vraag) van jongeren (30 jaar of jonger) Dat is 29% van het totaal aantal klantvragen in 2014.

Van deze 931 klantvragen door jongeren viel 26% (242) in de categorie onverzekerden en 74% (689) in de categorie wanbetalers. De klantvragen van jongeren in 2014 waren als volgt verdeeld:

Tabel 4.4 Het aantal klantvragen van jongeren

	2014	%
Onverzekerde minderjarige	28	3
Onverzekerde meerderjarige	214	23
Schulden bij verzekeraar	493	53
Aangemeld bij Zorginstituut	196	21
Totaal	931	100

Eénderde van de algemene vragen (32%) in 2014 werd gesteld door een jongere.

Doelgroepgerichte informatie

Zorgverzekeringslijn.nl heeft voor specifieke doelgroepen flyers ontwikkeld die worden verstuurd naar een groot aantal organisaties dat te maken heeft met de doelgroep waarop de flyer zich richt of waar de doelgroep bereikt kan worden. Zo worden de flyers over het belang een zorgverzekering te sluiten bijvoorbeeld verstuurd naar gemeenten en ziekenhuizen (migranten en pasgeborenen) en flyers over betalen van de zorgpremie naar instellingen van maatschappelijk werk (gezin met betalingsproblemen) en onderwijsinstellingen (jongeren).

Twee van de flyers gaan over het betalen van de zorgpremie, één gericht op gezinnen en één gericht op jongeren en drie flyers zijn gericht op het belang een zorgverzekering te sluiten; één voor jongeren die bijna 18 zijn, één gericht op arbeidsmigranten en één gericht op ouders van pasgeborenen. In de flyer wordt kort geschetst waarover het gaat en wordt voor meer informatie verwezen naar de website en het (gratis) telefoonnummer.

Figuur 4.5 Verspreiding van doelgroepgerichte flyers (augustus 2013 t/m juni 2015)



	Gezinnen	Jongeren	Bijna 18	Nieuw	Baby	Totaal
2013	700	700	790	2295	23765	28250
2014	4517	3907	4706	12416	45672	71218
2015	3718	5108	4875	3137	26289	43127
Totaal	8935	9715	17848	95726	10371	142595

Deelprojecten

In 2014 en 2015 zijn deelprojecten geselecteerd die gedurende een aantal maanden leiden tot intensieve voorlichtingsactiviteiten gericht op de professionals, organisaties en op de doelgroep zelf.

De in tabel 4.6 opgegeven maanden zijn de focusmaanden waarin deze intensivering plaatsvindt of heeft plaatsgevonden. In de focusmaand wordt de aandacht specifiek gericht op het deelproject, bijvoorbeeld met brieven, mailings en outbound belacties.

Tabel 4.6 Deelprojecten doelgroepgerichte voorlichting

	2014	2015
Gemeenten	maart	april
Jongeren en Studenten	september	september
Allochtonen	mei	oktober
Uitzendbureaus	-	februari
GGZ	-	juni/juli
Dak – en thuislozen	juni	maart
Gedetineerden	-	mei
Onverzekerde patiënten	november	januari

Deelproject Dak- en thuislozen

Met betrekking tot dak- en thuislozen heeft Zorgverzekeringslijn.nl aangegeven dat in 2014 226 burgers contact hebben gezocht met Zorgverzekeringslijn.nl over een uitschrijving bij de zorgverzekeraar in verband met registratie in de BRP. Daarvan gaven 33 personen aan dak- en of thuisloos te zijn.

In juni 2014 zijn alle dak- en thuislozenopvangcentra en de landelijke belangen-verenigingen, alsmede de wethouders van centrumgemeenten benaderd met informatie. In totaal zijn er 244 brieven, 16 presentatiemappen, 115 flyers en 168 posters ten behoeve van deze doelgroep verstuurd en is naar aanleiding van de verstuurd brieven 85 keer telefonisch contact geweest. Er zijn voorts een aantal werkbezoeken afgelegd bij professionals in het sociale domein en voorlichtings-bijeenkomsten gehouden.

Deelproject Gedetineerden

Jaarlijks keren ruim 30.000 ex-gedetineerden terug in de maatschappij. Uit onderzoek blijkt dat gedetineerden in grote mate problemen hebben op het gebied van schulden. Gedetineerden tussen de 18 en 24 jaar hebben vooral schulden bij de telefonie- en internetaanbieders en zorgverzekeraars. Ook volwassen gedetineerden hebben vaak schulden bij de zorgverzekeraars, maar in mindere mate dan jongvolwassen gedetineerden. Met betrekking tot (ex-)gedetineerden werkt Zorgverzekeringslijn.nl samen met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) in het project 'Re-integratie van (ex-) gedetineerden' om de overgang van detentie naar invrijheidsstelling zo veel mogelijk zonder problemen (tegengaan wanbetaling en onverzekerdeheid) te starten.

De samenwerking richt zich op het faciliteren van voorlichting aan (ex-) gedetineerden over de premie- en verzekeringsplicht en het aflossen van bestaande schulden bij de zorgverzekeraar. In mei 2015 zijn 17 penitentiaire inrichtingen aangeschreven. De voorlichtingsactiviteiten bestaan uit het verstrekken van een flyer waarbij de focus ligt op het opschorten en activeren van de zorgverzekering, het verzorgen van voorlichting aan casemanagers en gedetineerden, alsmede de inzet van een gratis telefoonnummer voor gedetineerden bij de aanpak van schulden.

Deelproject Onverzekerde patiënten

In november 2014 zijn de loketten Patiëntenvoorlichting van ziekenhuizen schriftelijk geattendeerd op de flyer onverzekerde meerderjarigen. Verder is er een informatieve bijdrage geleverd aan de nieuwsbrieven van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Zorgverzekeringslijn.nl heeft een 5-tal flyers gericht op onverzekerden die worden verstuurd naar organisaties.

Apotheken, verloskundige praktijken en andere zorgverleners worden vanaf november 2015 benaderd.

Tabel 4.7 Flyers verzonden aan ziekenhuizen

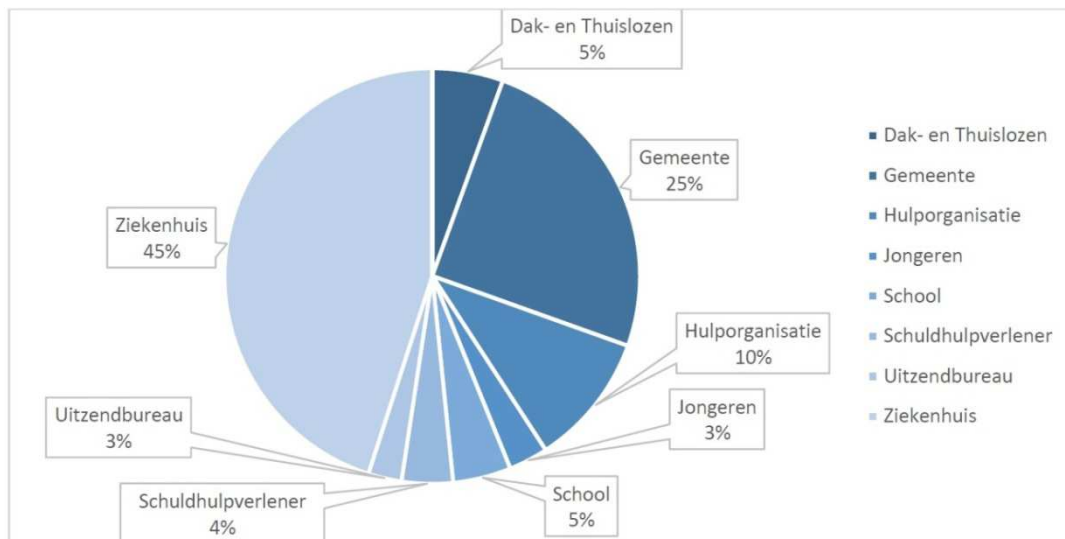
	Gezinnen	Jongeren	Bijna 18	Nieuw	Baby	Totaal
2013	25	55	55	80	500	715
2014	1591	1101	1470	2100	5130	11392
2015	1751	1681	2001	2026	4381	11840

Deelproject Jongeren en Studenten

In 2014 is voor het deelproject Jongeren en Studenten in de top 20 (thans 35) van gemeenten met de meeste wanbetalers, toenadering gezocht met diverse Regionale Opleidings Centra (ROC). ROC's zijn telefonisch benaderd en er is een aantal keren een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd. Er zijn door scholen 600 flyers besteld. Daarnaast is Zorgverzekeringslijn.nl op werkbezoek geweest bij diverse organisaties die zich richten op jongeren, zoals DOCK, EP-Nuffic en Puur Zuid. Jongeren worden ook via andere deelprojecten benaderd, zoals het dak- en thuislozen project.

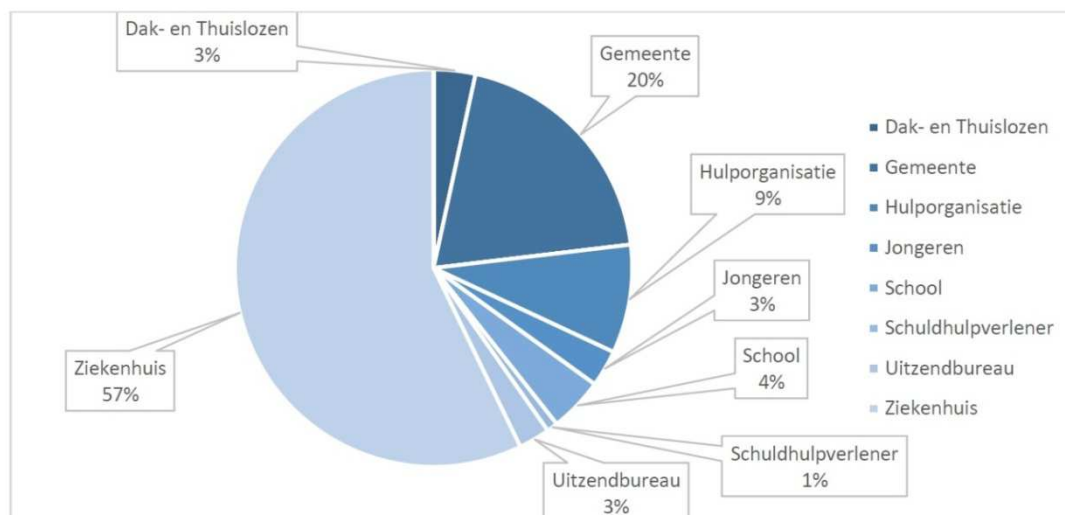
De volgende categorieën organisaties hebben de flyer 'jongeren met betalingsproblemen' afgenomen. De flyer is 6.524 keer besteld.

Figuur 4.8 Verspreiding van flyers voor jongeren met betalingsproblemen



De volgende categorieën organisaties hebben de flyer '18 jaar' afgenomen. De flyer is 6.680 keer besteld.

Figuur 4.9 Verspreiding van flyers voor jongeren gericht op onverzekerde



HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

5.1 Inleiding

Gemoedsbezwaarden zijn personen die op grond van hun levensovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekeringen. Een gemoedsbezwaarde kan bij de SVB ontheffing van de premieplicht aanvragen voor zowel de volksverzekeringen als de werknemersverzekeringen. Voorwaarde hiervoor is dat de gemoedsbezwaarde verklaart dat hij gemoedsbezwaren heeft tegen elke vorm van verzekeringen en dat hij daarom noch zichzelf, noch iemand anders, noch zijn eigendommen heeft verzekerd. Dit is geregeld in artikel 64 van de Wet financiering sociale verzekeringen.

Gemoedsbezwaarden voor de Wlz zijn automatisch ook uitgesloten van de verzekeringsplicht voor de Zvw. Na het verlenen van een ontheffing meldt de SVB de gemoedsbezwaarden aan bij diverse organisaties, waaronder het Zorginstituut Nederland.

Bij gemoedsbezwaren blijft in het geval van de Wlz, de verzekering van rechtswege bestaan, maar wordt de betrokkene vrijgesteld van de verplichting tot premiebetaling. De gemoedsbezwaarde heeft wel de verplichting om bijdragevervangende belasting te betalen die de premie (Wlz) en inkomensafhankelijke bijdrage (Zvw) vervangt. De hoogte van de bijdragevervangende belasting voor de Zvw is gelijk aan de inkomensafhankelijke bijdrage die de gemoedsbezwaarde zou hebben moeten betalen, indien hij wel verzekeringsplichtig zou zijn geweest. De bijdragevervangende belasting die de gemoedsbezwaarde betaalt, wordt door het Zorginstituut Nederland op per huishouden beheerd.

Gemoedsbezwaarden hebben recht op vergoeding van ziektekosten uit de door hen betaalde bedragen aan bijdragevervangende belasting, voor zover de ziektekosten niet uitstijgen boven het saldo van de spaarrekening en voor zover het gaat om in de Zvw geregelde aanspraken. Als niet alle bijdragevervangende belasting aan ziektekosten is vergoed wordt aan het einde van het jaar (maximaal) de helft van de dat jaar ingelegde bijdragevervangende belasting overgemaakt naar het Zvf. Blijft er na de bijdrage aan het Zvf nog een restant-saldo over, dan wordt dat overgeheveld naar het volgende jaar.

5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 tot 2012 is het aantal geregistreerde gemoedsbezwaarden licht gestegen. Vanaf 2012 is het aantal gemoedsbezwaarden vrij constant te noemen.

Tabel 5.1 Aantal gemoedsbezwaarden per 31 december (bron: Zorginstituut)

	2010	2011	2012	2013	2014
Personen	11.819	12.186	12.500	12.566	12.504
Huishoudens	3.489	3.614	3.549	3.702	3.679

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

Tabel 5.2 geeft de baten en lasten weer voor de jaren 2010 tot en met 2014. In deze tabel zijn alle baten en lasten samengenomen zonder uitsplitsing naar het betreffende jaar. Als het Zorginstituut Nederland bijvoorbeeld in het jaar 2013 een declaratie van een bezoek aan een ziekenhuis ontvangt, dan wordt deze declaratie aan het jaar 2013 toegerekend, ook wanneer het bezoek aan het ziekenhuis in het jaar 2012 heeft plaatsgevonden.

Tabel 5.2 geeft de omvang van de gedeclareerde kosten over 2014 weer. De tabel bevat naast de toevoegingen en onttrekkingen aan de spaartegoeden in 2014 ook de effecten van gewijzigde gegevens over de toevoegingen en onttrekkingen betreffende het budgetjaar 2013 en voorgaande jaren. Op basis van de verwerking van de declaraties is de oorspronkelijke raming voor zorglasten over 2013 met € 0,4 miljoen naar boven bijgesteld. De raming van de bijdragevervangende belasting 2013 is in 2014 met € 0,6 miljoen neerwaarts bijgesteld.

Het Zorginstituut stuurt in augustus alle gemoedsbezwaarden een beschikking met het voorlopig spaartegoed voor het lopende jaar. Het Zorginstituut baseert zich daarbij op de definitieve inkomensgegevens van de Belastingdienst over voorgaande jaren. De bijdragen voor 2014 zijn geraamd op € 8,8 miljoen, de gedeclareerde zorglasten € 5,1 miljoen en de afdracht aan het Zvf op € 3,3 miljoen. Het saldo rekeningen Gemoedsbezwaarden komt voor het declaratiejaar 2014 uit op € 0,6 miljoen negatief en leidt tot een totaal saldo ultimo 2014 van € 8,4 miljoen.

Tabel 5.2 Baten en lasten gemoedsbezwaarden (in miljoenen euro's)

Baten en lasten gemoedsbezwaarden	2010	2011	2012	2013	2014
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1 januari	4,3	4,9	6,9	7,4	9,1
Resultatenrekening					
Bijdragevervangende belasting	7,5	9,1	7,7	9,4	8,8
Verleende vergoedingen voor zorgkosten	3,5	3,1	4,6	4,4	5,1
Saldo rekeningen voor toevoeging Zorgverzekeringsfonds	4	6	3,1	5	2,6
Toevoeging ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds	3,4	4	2,6	3,4	3,3
Toevoeging aan rekening gemoedsbezwaarden	0,6	2	0,5	1,6	-
Totaal resultaatbestemming	4	6	3,1	5	2,6
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31 december	4,9	6,9	7,4	9	8,4

5.4 Uitvoering

In het jaar 2014 heeft het Zorginstituut het proces rond de verwerking van de gedeclareerde zorgnota's en het vaststellen van het spaartegoed van gemoedsbezwaarden verder verbeterd. Door stroomlijning van het proces is het in 2014 gelukt de uitvoeringskosten verder te verlagen. De nota's die gemoedsbezwaarden insturen worden een paar keer per jaar gedigitaliseerd, waarna uitbetaling plaatsvindt. Het Zorginstituut voert periodiek overleg met de SVB en Belastingdienst over verdere optimalisering van het uitvoeringsproces. Met de Stichting Gemoedsbezwaarden tegen Verzekeringen (SGV), die de belangen van een grote groep gemoedsbezwaarden behartigt, vindt periodiek afstemming plaats over knelpunten die sommige gemoedsbezwaarden in de uitvoering van de regeling ervaren.

5.5 Conclusie

Het aantal gemoedsbezwaarden is in 2014 redelijk constant gebleven. De uitvoering van de regeling verloopt steeds gestroomlijnder. De samenwerking in de uitvoeringsketen verloopt voorspoedig.

HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

6.1 Inleiding

In Nederland verlenen zorgaanbieders in voorkomend geval medisch noodzakelijke zorg, ongeacht de vraag of en hoe de kosten van die zorgverlening zullen worden vergoed. Daarnaast is Nederland ingevolge internationale verdragen inzake het verlenen van medische bijstand gehouden ervoor te zorgen dat ook aan personen die onvoldoende middelen hebben medische zorg wordt verleend. Op grond van deze twee aspecten is zeker gesteld dat voor iedereen in Nederland medische zorg beschikbaar is.

Iedere vreemdeling die zonder verblijfsvergunning in Nederland verblijft⁹ is er in beginsel zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald. Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen. Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen (hierna: onverzekerbare vreemdelingen) geen (particuliere) verzekering hebben gesloten ten laste waarvan de kosten kunnen worden gebracht, zullen zij de kosten van verleende medische zorg dus zelf moeten betalen.

Indien onverzekerbare vreemdelingen niet in staat zijn de rekening voor de aan hen verleende zorg te betalen, worden zorgaanbieders geconfronteerd met (deels) onbetaalde kosten. In gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder de kosten niet op deze patiënten te verhalen zijn, kunnen zorgaanbieders een beroep doen op een wettelijke bijdrageregeling. Deze regeling vloeit voort uit de zienswijze van de regering dat de oninbare vorderingen van verleende medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerbare vreemdelingen in redelijkheid niet alleen door de zorgaanbieders gedragen moeten worden. De in de regeling vastgelegde structuur voor financiering strookt met de hierboven bedoelde internationale verdragen.

6.2 De wettelijke bijdrageregeling

Op 1 januari 2009 is de wettelijke bijdrageregeling in werking getreden op grond waarvan zorgaanbieders een bijdrage kunnen vragen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen aan onverzekerbare vreemdelingen die de kosten van de verleende zorg zelf niet kunnen betalen. Dit is geregeld in artikel 122a Zvw. Slechts in die gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder geen kostenverhaal mogelijk blijkt op de patiënt, zijn eventuele particuliere verzekeraar of op een andere voorziening, kan de zorgaanbieder een beroep doen op de bijdragemogelijkheid die de wet biedt. De bijdrage wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden gebruikelijk is. Daarbij geldt dat niet direct toegankelijke zorg (zorg die slechts verkregen kan worden op verwijzing, indicatie of recept) moet worden verleend door daartoe door het Zorginstituut gecontracteerde zorgaanbieders. In de betreffende contracten zijn afspraken vastgelegd op basis waarvan de werkwijze bij zorgvragen van onverzekerbare vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Tevens zijn afspraken gemaakt over de hoogte van de vergoeding van de zorgaanbieder.

Bij direct toegankelijke zorg kan de medisch noodzakelijke zorg ook worden ingeroepen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dat geldt ook voor acute zorg.

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

⁹ Het betreft de volgende groepen vreemdelingen:

- 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 van de regeling

Het Zorginstituut voert de wettelijke bijdrageregeling uit. In dat kader geeft het Zorginstituut informatie aan zorgaanbieders over de regeling en voert daarover overleg met (te contracteren) zorgaanbieders. Het Zorginstituut onderhoudt een website waarop informatie over de financiering van de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen is opgenomen¹⁰. Ook zijn daar de gegevens te vinden van de gecontracteerde zorgaanbieders. Het Zorginstituut beantwoordt dagelijks per mail en telefoon vragen over de regeling die gesteld worden door zorgverleners, hulpverleningsorganisaties en onverzekerbare vreemdelingen.

Op grond van artikel 122a Zvw kan het Zorginstituut slechts een bijdrage geven voor niet direct-toegankelijke zorg, als het Zorginstituut een overeenkomst heeft afgesloten met de zorgaanbieder. De overeenkomsten met de ziekenhuizen en de apotheken zijn het resultaat van een eind 2013 uitgevoerde aanbestedingsprocedure.

Het Zorginstituut heeft 31 ziekenhuizen gecontracteerd voor algemene medische specialistische zorg. Daarnaast zijn 38 instellingen voor ziekenhuiszorg gecontracteerd waarnaar kan worden doorverwezen bij een bijzondere zorgvraag. Dat betreft ziekenhuizen met een gespecialiseerd zorgaanbod en instellingen met een specifiek zorgaanbod (bijvoorbeeld revalidatie-instellingen). Voor ambulancevervoer en ziekenvervoer is een landelijke overeenkomst afgesloten. De overige contractering vindt plaats op geleide van casuïstiek

Alle overeenkomsten zijn ingegaan op 1 januari 2014 en kennen een looptijd van twee jaar (met de mogelijkheid om de overeenkomst aansluitend nog drie maal te verlengen). Op 1 januari 2015 zijn er daarom geen overeenkomsten vernieuwd of verlengd.

Vanwege de hervorming van de langdurige zorg zijn alleen de overeenkomsten met de GGZ-instellingen en de (inmiddels voormalige) AWBZ-instellingen beperkt aangepast.

6.4 De kosten van de bijdrageregeling

Het Zorginstituut brengt jaarlijks op verzoek van de minister van VWS een monitor over de gefinancierde zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen uit. Het Zorginstituut plaatst deze rapporten op haar website. Op 8 oktober 2015 jl. is de 9^e monitor door het Zorginstituut aan VWS verstuurd. De belangrijkste bevindingen van deze monitor zijn hieronder opgenomen.

Tabel 5.1: zorgkosten bijdrageregeling Zorginstituut (bron: Zorginstituut, 9e monitor)

Zorgvorm x €1000	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% Δ 2013- 2014
Ziekenhuizen	2.620	8.626	11.870	9.982	17.843	16.055	-10%
Farmacie*	2.760	3.279	3.510	3.753	4.358	4.012	-8%
GGZ	0	1.098	3.689	4.313	3.131	5.659	81%
AWBZ	0	159	889	1.211	2.147	2.297	7%
Hulpmiddelen	20	30	77	79	73	123	68%
Ambulancevervoer	10	124	237	249	271	410	51%
Eerstelijns hulp							
Huisartsen		226	534	915	939	926	-1%
Tandartsen		52	65	99	90	119	32%
Verloskunde		228	412	444	515	600	17%

¹⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/onverzekerbare+vreemdelingen>

<i>Kraamzorg</i>		118	200	303	356	568	60%
<i>Paramedici</i>		24	27	25	56	64	14%
<i>GGD'en</i>	1.380	450	711	0	0		
	1.380	1.098	1.949	1.786	1.956	2.277	16%
Totaal	6.790	14.414	22.221	21.373	29.779	30.833	4%

* De declaratie over december wordt in januari betaald. De kosten in aanloopjaar 2009 hebben daardoor betrekking op 11 maanddeclaraties.

De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen bedragen in 2014 ca. 30,8 miljoen. Dit is een stijging van 4%. Hieronder wordt een nadere toelichting gegeven op de kosten die zijn gemaakt in het kader van de bijdrageregeling per zorgvorm.

6.4.1 Ziekenhuiszorg

De daling van de kosten voor ziekenhuiszorg met 1,8 miljoen (10,0%) ligt in de lijn der verwachting. De lasten van ziekenhuizen ijlen lange tijd na. Als gevolg van de DBC-systematiek is er sprake van een grote tijdsspanne tussen het openen van een DBC en het indienen van een declaratie bij het Zorginstituut (er mag pas een declaratie worden ingediend als de behandeling is afgerond). Het heeft daardoor tot 2011 geduurd voordat het declaratieverkeer met ziekenhuizen volledig op gang is gekomen. Vervolgens is in 2012 overgestapt op de DOT-systematiek. Nog niet alle ziekenhuizen waren in 2012 in staat om op basis van DOT's te factureren. Dit heeft ertoe geleid dat er in 2012 sprake was van een daling in de ziekenhuiskosten, waardoor de kosten in 2013 in verhouding hoger waren.

6.4.2 Farmacie

De kosten aan geneesmiddelen zijn in 2014 met 8% gedaald naar € 4,0 miljoen. Er zijn in 2014 door de gecontracteerde apotheken 117.456 geneesmiddelen (receptregels) gedeclareerd. Dit is een stijging van 21% (96.981 receptregels in 2013) ten opzichte van het vorige jaar. Als door een apotheek meerdere geneesmiddelen zijn geleverd aan een patiënt met dezelfde initialen, geslacht, geboortjaar en nationaliteit, dan is de kans groot dat het dezelfde patiënt is geweest. Uitgaande van die veronderstelling zijn er in 2014 voor (naar schatting) 7202 onverzekerbare vreemdelingen geneesmiddelen gedeclareerd, wat een daling is ten opzichte van 2013 (7366). Dit houdt in dat een onverzekerbare vreemdeling gemiddeld 16 geneesmiddelen heeft gedeclareerd. In 2013 werden er gemiddeld 13 geneesmiddelen gedeclareerd.

De vijf euro maatregel

Bij de introductie van de vijfeuromaatregel heeft het Zorginstituut in december 2013 alle apothekers hierover geïnformeerd. In augustus 2014 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat de vijf-euro-maatregel niet heeft geleid tot een verminderde levering van geneesmiddelen aan onverzekerbare vreemdelingen. Die conclusie was gebaseerd op gegevens over de eerste zes maanden van 2014. De gegevens over heel 2014 leiden tot dezelfde conclusie.

6.4.3 Geestelijke gezondheidszorg

In 2009 was er nog geen sprake van gedeclareerde kosten, omdat met de GGZ-instellingen was afgesproken dat zij pas na afloop van het kalenderjaar een einddeclaratie konden indienen. Van deze systematiek is onderhand afgestapt en overgegaan op een declaratiewijze gelijk aan ziekenhuizen, namelijk na het afsluiten van een DBC.

In 2014 zijn de kosten voor de GGZ gestegen met 80,3% naar € 5,7 miljoen. De invoering van de DBC-systematiek heeft in 2013 geleid tot een verlaag van de kosten, waarna nu in 2014 een inhaaleffect te zien is.

In onderstaande tabel is zichtbaar gemaakt wat het beeld is met toerekening van alle tot nu toe gemaakte kosten naar (aanvangs)jaar van de behandeling.

Tabel 5.2: ontwikkeling kosten GGZ met toerekening naar aanvangsjaar van behandeling (bron: Zorginstituut)

Kosten GGZ	
2009	3.195.000
2010	3.543.000
2011	3.841.000
2012	4.160.000

Wanneer de ingediende declaraties over de afgelopen jaren verdeeld worden naar behandeldatum blijkt dat er sprake van een gestage kostenstijging.

6.4.4 AWBZ

De zorglasten via de AWBZ (thans: Wlz)-instellingen zijn gestegen met 7,0% naar € 2,3 miljoen. In 2012 en 2013 was een grotere stijging van de kosten te zien, deze lijkt in 2014 dus af te vlakken. De stijging is te verklaren doordat er sprake is van een (absolute) toename van verleende zorg in de afgelopen jaren. Dit komt doordat de zorg langzaam op gang is gekomen na invoering van de regeling. Een afname van enkele patiënten kan tot een aanzienlijke daling van de kosten leiden.

6.4.5 Hulpmiddelen en ambulancevervoer

De kosten voor hulpmiddelen zijn in 2014 gestegen met 68% naar € 123.000. De stijging kan verklaard worden doordat deze kostenpost gevoelig is voor incidentele gebeurtenissen. De kosten voor ambulancevervoer zijn in 2014 met 51% gestegen naar € 410.000. De reden voor de stijging in de kosten ambulancevervoer is dat er de afgelopen jaren meer bekendheid bij de ambulancediensten is met de regeling.

6.4.6 Eerstelijnszorg

De totale kosten voor de eerstelijnszorg zijn in 2014 gestegen met 16% ten opzichte van 2013 naar € 2,3 miljoen. In 2014 valt vooral op dat zowel de kosten voor verloskunde als kraamzorg fors zijn gestegen (met resp. 16,5% en 59,6%).

In 2013 is er door verloskundigen gedeclareerd voor 1001 zwangerschappen. In 2014 is dat aantal slechts gestegen tot 1024. De stijging van de kosten voor verloskunde wordt vooral veroorzaakt door verhoogde tarieven en een gewijzigde tariefstructuur en niet door een stijging van het aantal zwangerschappen.

Het aantal zuigelingen waarvoor kraamzorg is gedeclareerd is met 40% gestegen van 349 in 2013 naar 493 in 2014.

HOOFDSTUK 7. INTERNATIONALE ASPECTEN

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kosten die zijn gemaakt voor zorg in het buitenland door twee categorieën personen. Het betreft in de eerste plaats mensen die in het buitenland wonen en op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening (EG) Nr. 883/2004 of een bilateraal sociale zekerheidsverdrag recht hebben om zorg in hun woonland te ontvangen ten laste van Nederland. Dit zijn de zogeheten 'verdragsgerechtigden'.¹¹

In §7.2 tot en met 7.6 wordt hier nader op ingegaan. Daarnaast geeft dit hoofdstuk informatie over Zvw-verzekerden die in het buitenland zorg ontvangen (§7.7 tot en met 7.8).

7.2 Verdragsgerechtigden

De Europese sociale zekerheidsverordening nr. 883/2004 (hierna: Verordening) en de tussen Nederland en andere staten bestaande bilaterale sociale zekerheidsverdragen (hierna: verdragen) hebben onder meer tot doel te voorkomen dat mensen die zich binnen de EU/EER¹² en Zwitserland (hierna: EU) of tussen Nederland en de verdragslanden verplaatsen, hun ziektekostendekking verliezen of dubbel wettelijk verzekerd zijn.

Personen die in een ander EU-land of verdragsland wonen hebben onder bepaalde omstandigheden een 'verdragsrecht op zorg' in het woonland ten laste van Nederland. De betreffende verdragsregeling voorziet daar zelf in. Deze personen worden verdragsgerechtigden genoemd. Nederland vergoedt de door het woonland gemaakte kosten.

Het betreft de onderstaande categorieën personen:

- a) in een andere EU-lidstaat of verdragsland wonende gezinsleden van mensen die Zvw-verzekerd zijn (bijvoorbeeld gezinsleden van grensarbeiders);
- b) in een andere EU-lidstaat of verdragsland wonende personen met een Nederlands wettelijk pensioen of uitkering¹³ en
- c) in een andere EU-lidstaat of verdragsland wonende gezinsleden van de onder b) genoemde personen.

Ad a) In het buitenland wonende gezinsleden van Zvw-verzekerden

De Wlz en de Zvw kennen geen medeverzekering van gezinsleden. In het buitenland wonende gezinsleden van verzekerden kunnen dus geen dekking ontlenen aan de Wlz en de Zvw. Deze gezinsleden kunnen op grond van de Verordening of verdragen wel een verdragsrecht op zorg hebben volgens de sociale ziektekostenverzekering van het woonland ('woonlandpakket'), ten laste van Nederland. Gezinsleden die in een andere EU-lidstaat wonen kunnen tijdens een verblijf in Nederland ook in Nederland zorg op grond van de Zvw en de Wlz invoeren. De verdragsgerechtigde (niet werkende) gezinsleden van 18 jaar en ouder betalen een 'verdragsbijdrage' aan Nederland die door het Zorginstituut wordt geïnd (zie § 7.5).

Ad b & c) Gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden

Buiten Nederland wonende rechthebbenden op een Nederlands wettelijk pensioen of uitkering en hun gezinsleden zijn niet verzekerd voor de Wlz en de Zvw.

Zij hebben op grond van de Verordening of verdragen recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland (verdragsrecht). Ook kunnen gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden die in een ander EU-land wonen Wlz- en Zvw zorg ontvangen in Nederland. Ook zij

¹¹ In voorgaande jaren bevatte dit hoofdstuk ook gegevens over Zvw-verzekerden die in een andere lidstaat wonen en op grond van Verordening 883/2004 een 'verdragsrecht' hebben op zorg in het woonland ten laste van Nederland. Het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) voert echter geen registratie meer van deze categorie personen. Om deze reden wordt deze categorie 'verdragsgerechtigden' voortaan buiten beschouwing gelaten. Deze categorie maakt nu onderdeel uit van de groep Zvw-verzekerden (zie paragraaf 7.7).

¹² De landen van de Europese Economische Ruimte (EER) zijn: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein.

¹³ Het betreft uitkeringen of pensioenen op grond van de AOW, Anw, WIA, WAO of WAZ. Daarnaast kan het gaan om enkele niet-wettelijke pensioenen die afzonderlijk zijn aangewezen.

betalen een verdragsbijdrage aan Nederland die door het Zorginstituut wordt geïnd¹⁴ (zie § 7.5). De toepasselijkheid van de Verordening en verdragen en, daarmee samenhangend, de verplichting tot het betalen van een verdragsbijdrage, hebben een verplicht karakter.¹⁵

7.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland

De uitvoering van de Verordening en verdragen voor in het buitenland wonende verdragsgerechtigden geschiedt door twee partijen:

- 1) Zorginstituut. Als *bevoegd orgaan* voert het Zorginstituut de administratie van verdragsgerechtigden en de heffing en inning van de verdragsbijdragen. Daarnaast verstrekt het Zorginstituut aan verdragsgerechtigden die in de EU wonen de Europese zorgverzekeringskaart (European Health Insurance Card, EHIC). Deze kaart kan worden gebruikt voor zorg in Nederland of zorg die tijdens verblijf in een ander EU-land medisch noodzakelijk wordt. In de hoedanigheid van *verbindingsorgaan* is het Zorginstituut daarnaast verantwoordelijk voor de afrekening van zorgkosten met het buitenland.
- 2) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V (hierna Zilveren Kruis) vervult in het kader van de Verordening de functie van het *orgaan van de verblijfplaats*. In deze rol organiseert Zilveren Kruis de toegang tot de Wlz- en Zvw-zorg en het vergoeden van gemaakte zorgkosten voor in een ander EU-land wonende verdragsgerechtigden die tijdelijk in Nederland verblijven.

7.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden

Het totale aantal geregistreerde personen dat in het woonland een verdragsrecht op zorg heeft ten laste van Nederland is behoorlijk stabiel. In 2014 waren dit 133.282 personen (2013: 133.347). Zoals blijkt uit figuur 7.1 variëren binnen de groep verdragsgerechtigden de aantallen van de verschillende categorieën overigens wel. Zo laat de groep gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden in 2014 een stijging zien met 2.041 personen ten opzichte van 2013. Het aantal gezinsleden is daarentegen gedaald met in totaal 2.106 personen (een daling van 1697 gezinsleden van verzekerden¹⁶ en 409 gezinsleden van gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden).

Figuur 7.1 Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: Zorginstituut)

Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie	2010	2011	2012	2013	2014
Gezinsleden van verzekerden	28.985	29.891	28.927	28.194	27.310
Achtergebleven gezinsleden van verzekerden	5.656	5.104	4.604	4.194	3.381
Gepensioneerden/ Uitkeringsgerechtigden	76.019	77.668	76.208	79.080	81.121
Gezinsleden van gepensioneerden/ uitkeringsgerechtigden	24.053	23.253	22.493	21.879	21.470
Totaal	134.74	135.91	132.23	133.34	133.28

¹⁴ Wanneer men tevens een wettelijk pensioen van het woonland heeft 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.

¹⁵ Arrest Van Delft C-345/09

¹⁶ Figuur 7.1 maakt onderscheid tussen gezinsleden van verzekerden en 'achtergebleven' gezinsleden van verzekerden. De achtergebleven gezinsleden betreft de categorie gezinsleden die in een ander land wonen dan de verzekerde zelf.

7.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden

Hieronder wordt nader ingegaan op de aan het buitenland betaalde zorgkosten van in het buitenland wonende verdragsgerechtigden en de geïnde verdragsbijdragen.

7.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage

Gezinsleden van Zvw-verzekerden die ouder zijn dan 18 jaar, alsmede gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden van 18 jaar en ouder, betalen voor hun verdragsrecht op zorg in het woonland een verdragsbijdrage aan het Zorginstituut.

De verdragsbijdrage bestaat uit drie componenten en is vastgesteld overeenkomstig de wijze waarop de premie is samengesteld voor mensen die in Nederland verzekerd zijn. Dat betekent dat gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden een afgeleide van zowel de inkomensafhankelijke Wlz- en Zvw-component als de nominale Zvw-component betalen. De gezinsleden van 18 jaar en ouder betalen alleen een afgeleide van de inkomensafhankelijke nominale Zvw-component.

Het totaal van deze componenten wordt vermenigvuldigd met de zogeheten woonlandfactor. 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 Wlz) opgenomen zorg. Deze woonlandfactor is het verhoudingsgetal tussen de gemiddelde kosten van zorg in het woonland en de gemiddelde kosten van zorg in Nederland. Voor het merendeel van de EU- en verdragslanden is dit verhoudingsgetal minder dan 1.

Over 2014 betaalden de verdragsgerechtigden in totaal € 95,9 miljoen aan verdragsbijdrage. In 2013 ging het om een bedrag van € 97,4 miljoen. Het betreft een lichte daling van € 1,5 miljoen (een daling van ongeveer 1,5%).

7.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland

Voor de door het woonland verleende zorg aan verdragsgerechtigden betaalt Nederland (in casu het Zorginstituut) jaarlijks een bedrag aan het desbetreffende woonland. Afhankelijk van de berekeningsmethodiek van het land in kwestie wordt de zorg ofwel vergoed op basis van werkelijke bedragen ofwel op basis van gemiddelde kosten.¹⁸

In tabel 7.2 zijn de betaalde zorgkosten (werkelijke en gemiddelde zorgkosten) aan buitenlandse verzekeringsinstellingen opgenomen.

Tabel 7.2 Betaalde zorgkosten aan buitenlandse verzekeringsinstellingen.

(x € 1 mln.)	2013	2014	verschil
werkelijke kosten	186,8	146,0	-40,8
gemiddelde kosten	96,7	79,2	-17,5
Totaal	283,5	225,2	-58,3

In 2014 betaalde het Zorginstituut in totaal € 225,2 miljoen aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen.¹⁹ In 2013 bedroeg dit een totaalbedrag van € 283,5 miljoen. Ten opzichte van 2013 zijn de door Nederland aan het buitenland betaalde zorgkosten in 2014 dus met € 58,3 miljoen gedaald. Conclusies kunnen hier nog niet aan worden verbonden. Fluctuaties in de aan het buitenland betaalde zorgkosten kunnen namelijk door velerlei factoren worden veroorzaakt. Onder meer de lange doorlooptijden, wisselkoersen, stelselwijzigingen in andere landen en de wijze van de berekening van declaraties door het buitenland kunnen hierbij een rol spelen. Het is daarnaast aannemelijk dat er een substitutie-effect optreedt doordat verdragsgerechtigden in toenemende mate zorg in Nederland ontvangen (zie paragraaf 7.6).

¹⁸ Sinds 1 mei 2010 dient afrekening van zorgkosten plaats te vinden op basis van werkelijk gemaakte kosten. Alleen als dit voor lidstaten niet mogelijk is, kan worden gedeclareerd op basis van gemiddelde kosten.

¹⁹ Dit bedrag kan nog wijzigen, vanwege de lange doorlooptijden in het interstatelijke declaratieverkeer.

Uit de cijfers blijkt dat Nederland verhoudingsgewijs meer aan zorgkosten aan het buitenland betaalt dan aan verdragsbijdrage wordt opgebracht. Een deel van dit verschil kan worden verklaard door het karakter van de populatie. De groep verdragsgerechtigden telt relatief veel gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden.

In Tabel 7.3. wordt het aantal verdragsgerechtigden naar groep en land weergegeven met daarbij de ontvangen verdragsbijdrage.

Tabel 7.3 Aantallen verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage (bron: Zorginstituut)²⁰

Land	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2014 (x € 1.000)
EU/EER/Zwitserland					
België	25.446	10.680	13.364	1.402	25.134
Bulgarije	107	0	90	17	14
Cyprus	122	0	112	10	60
Denemarken	67	1	66	0	177
Duitsland	24.899	12.493	11.032	1.374	24.553
Estland	12	2	10	0	5
Finland	36	0	34	2	77
Frankrijk	8.537	384	7.174	979	19.182
Griekenland	1.020	79	826	115	685
Hongarije	831	57	646	128	246
Ierland	326	13	290	23	768
IJsland	2	0	2	0	7
Italië	1.517	52	1.374	91	1.638
Letland	16	4	12	0	3
Liechtenstein	1	0	1	0	5
Litouwen	27	6	16	5	5
Luxemburg	183	6	164	13	330
Malta	176	1	156	19	156
Noorwegen	112	10	94	8	398
Oostenrijk	678	30	581	67	1.066
Polen	4.144	3.535	508	101	153
Portugal	2.786	63	2.422	301	2.301
Roemenië	161	26	108	27	19
Slovenië	60	6	48	6	34
Slowakije	167	119	43	5	21
Spanje	12.033	152	10.814	1.067	11.691
Tsjechië	248	51	172	25	120
Verenigd Koninkrijk	1.224	37	962	225	1.759
Zweden	482	9	409	64	1.009
Zwitserland	642	54	551	37	1.168
Totaal EU/EER/Zwitserland	86.062	27.870	52.081	6.111	92.785
Bilateraal					
Bosnië Herzegovina	682	3	611	68	66

²⁰ Voetnoot bij tabel:

Bij de categorie "achtergebleven gezinsleden" woont de verzekerde zelf in Nederland. Zijn gezinsleden wonen in een ander land en hebben daar aanspraak op zorg ten laste van Nederland (verdragsrecht). Als de meeverzekerde gezinsleden 18 jaar of ouder zijn is de Zvw-plichtige voor hen de verdragsbijdrage verschuldigd.

Kaapverdië	1.554	131	1.077	346	56
Kroatië	467	6	431	30	156
Macedonië	226	3	195	28	14
Marokko	22.451	637	12.937	8.877	365
Tunesië	810	128	423	259	23
Turkije	20.365	1.887	12.770	5.708	2.344
Voormalige Rep. Joegoslavië					
* Kosovo		0	0	0	0
* Montenegro	35	1	29	5	4
* Republiek Servië	630	25	567	38	99
* Vojvodine		0	0	0	0
Totaal bilateraal	47.220	2.821	29.040	15.359	3.129
Totaal	133.282	30.691	81.121	21.470	95.914

In Tabel 7.4 worden de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten per land over de jaren 2013 tot en met 2014 gepresenteerd.

Tabel 7.4 Aan het buitenland betaalde kosten (Bron: Zorginstituut)

	2014		2013	
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten
België	64,4		76,4	
Bosnië-Herzegovina		0,4		0,3
Bulgarije				
Cyprus		0,1	0,1	
Duitsland	51,1		63,4	
Engeland	2,6	4,5	2,0	4,0
Finland				0,1
Frankrijk	23,2		35,4	
Griekenland	0,2		3,8	
Hongarije	0,2		0,4	
Ierland		2,2		1,8
Italië				
Kroatië				0,3
Kaapverdië		0,3		0,3
Luxemburg	0,8		1,4	
Malta				
Macedonië		0,1		
Marokko		9,4		9,1
Noorwegen		0,7		
Oostenrijk	2,0		2,4	
Polen	0,7		1,0	
Portugal		5,1		4,7
Roemenië				
Servië		0,2		0,2
Slovenië			0,1	
Slowakije	0,1		0,1	
Spanje	0,3	31,4		36,6
Tsjechië	0,2		0,3	
Tunesië		0,1		0,1
Turkije		43,7		34,8

Zweden		1,6		1,6
Zwitserland	0,2			
Diverse landen		-20,6		2,8
TOTAAL	146,0	79,2	186,8	96,7

7.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland

Sinds 1 mei 2010 regelt de Verordening dat gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden zonder voorafgaande toestemming zorg kunnen ontvangen in Nederland.²¹

Het gaat dan om zorg volgens de Wlz en Zvw.

Tabel 7.5 geeft het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland weer.

Tabel 7.5 Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland (bron: Zilveren Kruis)

Jaar	2014	2013	2012	2011	2010
Aantal personen	11.113	9.601	9.166	8.750	3.340
Totaal (x € 1 mln.)	28,24	20,16	15,65	14,79	4,98

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden laten een sterke stijging zien in 2014 ten opzichte van 2013.

Het aantal verdragsgerechtigden dat zorg in Nederland ontvangt is gestegen met 15,8%. De kosten zijn ten opzichte van 2013 gestegen met 40,0% (in 2013 bedroeg de stijging 28,8%). Zoals vermeld in paragraaf 7.5.2 is er naast de stijging van zorgkosten van verdragsgerechtigden in Nederland sprake van een daling in de aan het buitenland betaalde zorgkosten voor verdragsgerechtigden. Dit substitutie-effect treedt voornamelijk op bij landen die afrekenen op basis van *werkelijke kosten* (o.a. Duitsland, België en Frankrijk). Bij landen die afrekenen op basis van *gemiddelde kosten* (o.a. Spanje en Italië) krijgt Nederland een korting op de rekening.

In Tabel 7.6 wordt een overzicht gegeven van het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland in 2014 nader gespecificeerd naar woonland en type zorg (Zvw en AWBZ) (thans: Wlz).

Tabel 7.6 Zorggebruik verdragsgerechtigden (bron: Zilveren Kruis)

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
	Verdr.ger.	Zvw	AWBZ
België	3.530	7.444.375	431.563
Bulgarije	10	85.100	0
Cyprus	35	38.348	0
Denemarken	4	1.331	0
Duitsland	4.191	10.791.198	324.042
Estland	2	1.577	0
Finland	1	443	0
Frankrijk	1.156	2.588.886	149.257
Griekenland	74	324.610	749
Groot-Brittannië	39	128.996	1.704
Hongarije	98	172.765	490
Ierland	23	109.300	0
Italië	126	592.903	402
Kroatië	5	24.083	0
Letland	4	3.772	0
Litouwen	1	257	0

²¹ Tot die datum konden alleen buiten Nederland wonende gezinsleden van verzekerden in Nederland zorg ontvangen.

Luxemburg	33	146.138	0
Macedonië	2	4.490	0
Malta	42	179.252	691
Noorwegen	4	8.173	0
Oostenrijk	35	123.596	0
Polen	44	94.763	240
Portugal	254	888.655	11.244
Roemenië	16	13.723	0
Servië	1	359	0
Slovenië	5	3.298	0
Slowakije	8	1.947	0
Spanje	1.193	3.135.050	94.345
Tsjechië	17	46.651	0
Zweden	30	23.788	0
Zwitserland	130	223.854	29.015
Totaal	11.113	27.201.683	1.043.743

De helft van de zorgkosten wordt gerealiseerd door verdragsgerechtigden uit België en Duitsland. Voor deze verdragsgerechtigden is er door de geringe reisafstand geen belemmering om de zorg in Nederland in te roepen. Bij de gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden komen, na Duitsland en België, veel verdragsgerechtigden uit Spanje en Frankrijk (1.156 respectievelijk 1.193 personen) naar Nederland voor zorg.

De stijging van het aantal verdragsgerechtigden is het sterkst in Duitsland (+670 personen), België (+350 personen), Frankrijk (+168 personen) en Spanje (+135 personen).

7.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden

De voorgaande paragrafen geven inzicht in het zorggebruik door verdragsgerechtigden in het buitenland. Deze paragraaf gaat in op het zorggebruik van Zvw-verzekerden in het buitenland. Het betreft hier zowel Zvw-verzekerden die in een ander EU-land of verdragsland wonen (zoals grensarbeiders of expats) als Zvw-verzekerden die tijdelijk in een ander land verblijven en daar zorg ontvangen, bijvoorbeeld tijdens vakantie of geplande zorg in het buitenland.

Zvw-verzekerden hebben een keuzerecht. Zij kunnen zorg in het buitenland inroepen op grond van de polisvoorwaarden van hun Nederlandse zorgverzekering of op grond van de Verordening of verdragen. Bij zorg op grond van de Zvw geldt dat verzekerden in het buitenland recht hebben op het Nederlandse verzekerde pakket. De vergoeding van de kosten is daarbij gemaximeerd tot het in Nederland gangbare tarief van de betreffende behandeling. Bij zorg op grond van de Verordening of bilaterale verdragen gelden de tarieven en de voorwaarden van het land waar de zorg is ontvangen.

In Tabel 7.7 wordt een meerjarig overzicht gegeven van de kosten grensoverschrijdende zorg van Zvw-verzekerden²² op peildatum 31 december 2014.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de kosten grensoverschrijdende zorg gemaakt op grond van de Verordening of verdragen en de Zvw-polis.

²² De door Zvw-verzekerden gemaakte zorgkosten zijn de zogenaamde zorgkosten binnen MPB. De door verdragsgerechtigden gemaakte zorgkosten (7.2 t/m 7.6) zijn kosten buiten het MPB.

Tabel 7.7 Meerjarig overzicht kosten grensoverschrijdende zorg Zvw-verzekerden (bron: Zorginstituut)

	2012	2013 ²³	2014
Zvw-polis	256,4	243,5	260,1
Verordening of verdrag	164,6	156,7	121,4
Totaal (x € 1 mln.)	421,0	400,2	381,5

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:

- De totale zorgkosten van Nederlandse verzekerden in het buitenland in 2014 bedragen € 381,5 miljoen. Dit is een daling ten opzichte van 2013 met € 18,7 miljoen (€ 400,2 miljoen). De daling in de afgelopen 2 jaren is een breuk in de trend van de daaraan voorafgaande jaren, waarin de kosten van grensoverschrijdende zorg alleen een stijging lieten zien. Meerjarige conclusies kunnen hier echter nog niet aan worden verbonden. Fluctuaties in de kosten van grensoverschrijdende zorg laten zich namelijk moeilijk verklaren, doordat deze afhankelijk zijn van velerlei factoren. Zo is een toe- of afname in het grensoverschrijdend personenverkeer (bijvoorbeeld het aantal buitenlandvakanties, internationale arbeidsmobiliteit of de vraag naar zorg in het buitenland) hierop van invloed. Daarnaast worden fluctuaties in de kosten van grensoverschrijdende zorg veroorzaakt door de wijze van rapporteren door het Zorginstituut. Het Zorginstituut wijst namelijk de uitgaven deels toe naar het jaar waarin de zorg is betaald (rapportage op *kasbasis*) in plaats van naar het jaar waarin de zorg is verleend (rapportage op *transactiebasis*). Doordat het declaratieproces vanuit het buitenland lange termijnen kent en er soms sprake is van bulkindiening of bulkafhandeling kunnen de rapportages (en daardoor ook de ramingen) een vertekend beeld geven.
- De kosten op grond van de Zvw-polis bedroegen in 2014 € 260,1 miljoen. Dit is een stijging ten opzichte van 2013 (€ 243,5 miljoen) van bijna 7%. Op grond van de Verordening en verdragen bedroegen de zorgkosten buitenland in totaal € 121,4 miljoen. Dit is een daling van bijna 23% ten opzichte van 2013 (€ 156,7 miljoen). De bedragen over 2014 kunnen nog geactualiseerd worden in de volgende Verzekerdenmonitor. Daarmee zijn dit voorlopige cijfers.
- De cijfers over het jaar 2013 zijn in de tabel geactualiseerd ten opzichte van de Verzekerdenmonitor van vorig jaar. De vergelijking van de totale zorgkosten in het buitenland tussen jaar 2012 en 2013 laat een daling zien van ongeveer € 21 miljoen. Deze daling is voor tweederde toe te wijzen aan de daling in de kosten die zijn gemaakt op basis van de Zvw-polis en voor een derde aan de daling van de uitgaven op grond van de Verordening of een verdrag.

7.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg

Zoals hiervoor is aangegeven kunnen Zvw-verzekerden gebruik maken van twee verschillende routes voor vergoeding van zorg in het buitenland: de Verordening of de Zvw-polis. Het naast elkaar bestaan van twee verschillende routes maakt het voor de verzekerde ingewikkeld. Goede voorlichting is daarom van belang.

Ter implementatie van de Europese Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg²⁴ (de Patiëntenrichtlijn) heeft de Minister van VWS het Zorginstituut aangewezen als nationaal contactpunt voor grensoverschrijdende zorg (hierna: NCP). Het NCP verstrekt op de website www.cbhc.nl algemene informatie aan verzekerden over hun rechten en plichten bij grensoverschrijdende zorg binnen de EU.

Op verzoek van VWS heeft het NCP statistieken beschikbaar gesteld van alle ingekomen verzoeken om informatie. In Tabel 7.8 is te zien dat in het jaar 2014 in totaal 179 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. De tabel geeft ook inzicht in het onderwerp van de vragen.

²³ De bedragen 2013 zijn geactualiseerd.

²⁴ Richtlijn 2011/24/EU (9 maart 2011) van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (L 88/45).

Vragen die onder 'overig' zijn geregistreerd betreffen voornamelijk vragen over wet- en regelgeving en vragen uit andere Europese lidstaten. Vragen die niet voor het NCP bestemd zijn worden doorgestuurd naar het Zorginstituut. Indien vragen bestemd zijn voor andere organisaties, dan wordt de vragensteller doorverwezen naar de betreffende organisatie. Het NCP heeft in 95% van de gevallen de vragen binnen de maximale responstijd van vijf werkdagen beantwoord.

Tabel 7.8 Aantal verzoeken NCP (bron: Zorginstituut)

Aantal verzoeken aan het NCP		
	2014	2013
Inkomende patiënten	31	25
<i>Kostenbehandeling</i>	12	11
<i>Zorglandschap</i>	6	5
<i>Gebruik EHIC</i>	9	8
<i>Kwaliteit van zorg</i>	1	0
<i>Patiëntenrecht</i>	0	0
<i>Algemeen</i>	3	1
Uitgaande patiënten	40	35
<i>Vergoeding van kosten</i>	20	17
<i>Toestemmingsvraag</i>	14	11
<i>Zorgvraag</i>	2	4
<i>Algemeen</i>	4	3
<i>Overig</i>	35	33
NCP - Niet voor NCP	73	11
Totaal	179	104

HOOFDSTUK 8. CARIBISCH NEDERLAND

8.1 De zorgverzekering in Caribisch Nederland

Een bijzonder aspect van het stelsel van Nederlandse ziektekostenverzekeringen wordt gevormd door de zorgverzekering in Caribisch Nederland.

Caribisch Nederland bestaat uit de eilanden Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Het gaat om circa 24.000 verzekerden in 2014. Op 10 oktober 2010 zijn de eilanden openbaar lichaam van Nederland geworden en sindsdien is Nederland verantwoordelijk voor de sociale ziektekostenwetgeving in Caribisch Nederland.

Aangezien de voormalige Nederlands-Antilliaanse regelgeving noch de Nederlandse regelgeving op het gebied van de sociale ziektekostenverzekering een oplossing bood voor de bestaande situatie op de eilanden, is per 1 januari 2011 voorzien in een nieuwe zorgverzekering.

De ziektekostenregelingen die op dat moment bestonden, zijn komen te vervallen.

Deze nieuwe zorgverzekering voorziet er in dat iedereen die rechtmatig woont of werkt op het grondgebied van Caribisch Nederland van rechtswege verzekerd is. In het Besluit zorgverzekering BES is geregeld wie verzekerd zijn en wie uitgezonderd zijn van de verplichte verzekering.

De zorgverzekering is op de specifieke situatie van de eilanden toegespitst.

De zorgverzekering in Caribisch Nederland omvat zowel curatieve als langdurige zorg. De kosten van de verzekering worden deels uit werknemerspremies (als onderdeel van de door de minister van Financiën ingevoerde "vlaktaks" van 30,4%) en deels uit werkgeverspremies gefinancierd.

De verzekering wordt uitgevoerd door het zorgverzekeringskantoor, gevestigd te Bonaire en de op Saba en Sint Eustatius gesitueerde dependances.

Per 1 januari 2015 zijn de aanspraken op fysiotherapie en op mondzorg in lijn gebracht met de aanspraken in (Europees) Nederland. Dat betekent onder meer dat de eerste 20 behandelingen fysiotherapie voor eigen rekening komen en dat er geen aanspraak meer is op een eenmalige sanering van het gebit. Voorts maakt de hielprijs per 1 januari 2015 onderdeel uit van het zorgaanbod in Caribisch Nederland.

Met ingang van 1 januari 2016 is een wijziging van het Besluit voorzien. In aansluiting op wijzigingen in de kring van verzekerden in het (Nederlandse) 'Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999' dienen ook wijzigingen in de kring van verzekerden van het 'Besluit zorgverzekering BES' te worden aangebracht. Daarmee wordt dubbele ziektekostenverzekering dan wel het ontbreken van een ziektekostenverzekering voorkomen. Verder zal op verzoek van het ministerie van Financiën de bepaling betreffende premieheffing door werkgevers worden verduidelijkt.

8.2 Verbetering van de zorg

In september 2013 is de Commissie Goedgegag²⁵ (hierna: Commissie) ingesteld om voor de lange(re) termijn een advies op te stellen over de toekomst van de zorg in Caribisch Nederland. Opdracht voor de commissie was om concreet te maken hoe, binnen de budgettaire kaders en binnen de wettelijke kaders, de opbouw van de zorginfrastructuur de komende jaren verder vorm zou moeten krijgen. De Commissie heeft in mei 2014 zijn advies afgerond.

Het advies van de Commissie is volledig overgenomen. Op basis van de aanbevelingen van de Commissie wordt de verdere verbetering van het zorgaanbod ter hand genomen in de komende jaren. Dat houdt in dat conform het advies, de zorg in Caribisch Nederland in de periode 2014-2020 verder zal worden verbeterd richting een voor (Europees) Nederland aanvaardbaar niveau. Het gaat hierbij om het realiseren van een goed functionerend, duurzaam stelsel van zorg, dat voor alle rechthebbenden in gelijke mate toegankelijk is.

Daarbij moet binnen de beschikbare budgettaire kaders recht worden gedaan aan zowel de culturele, geografische en andere verschillen tussen het Europese en het Caribische deel van

²⁵ De commissie, genoemd naar de voorzitter, de heer F. Goedgegag, bestond uit bestuurders van de eilanden, zorgaanbieders, het hoofd zorgverzekeringskantoor en een door VWS geleverde secretaris.

Nederland als de verschillen tussen de drie eilanden. Hiertoe is het essentieel dat de in het advies voorgestelde efficiencymaatregelen, zoals het beter organiseren van de medische uitzendingen, worden gerealiseerd. Ook zal bij het verder invullen van de nog bestaande leemtes in de zorg geprioriteerd moeten worden in relatie tot de beschikbare middelen.