



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

VWS- Verzekerdenmonitor 2019

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

Den Haag, 2019

Inhoud

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN.....	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen	5
2.1 Inleiding	7
2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling	7
2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling	9
2.3.1 Gegevens over wanbetalers in het voortraject (< zes maanden).....	9
2.3.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime	10
2.3.3 De bestuursrechtelijke premie.....	12
2.3.4 Achtergrondkenmerken van totale groep wanbetalers	13
2.4 Wanbetalersbijdrage.....	15
2.5 Uitvoeringskosten	16
HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz	17
3.3 Verloop van het aantal onverzekerden	18
3.4 Conclusie	19
HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS	20
4.1. Inleiding	20
4.2 Activiteiten 2018.....	20
4.2.1 Samenwerking met gemeenten.....	21
HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN	22
5.1 Inleiding	22
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden	22
5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden.....	22
5.4 Uitvoering	23
5.5 Conclusie	23
HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN.....	24
6.1 Inleiding	24
6.2 De wettelijke bijdrageregeling	24
6.3 Uitvoering van de regeling	25
6.4 De kosten van de bijdrageregeling	25
HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN.....	26
7.1 Inleiding	26
7.2 De uitvoering en zorgkosten van de subsidieregeling	27
HOOFDSTUK 8. INTERNATIONALE ASPECTEN.....	27
8.1 Inleiding	29
8.2 Verdragsgerechtigden.....	29

8.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland	30
8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden	30
8.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden	30
8.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage	31
8.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland.....	31
8.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	34
8.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden	36
8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg.....	36

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN

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 eveneens 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 premie van de door hen uitgevoerde zorgverzekering(en). 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 (maandlijks) nominale premie aan een zorgverzekeraar. Eind 2018 waren er in totaal 17.163.404 Zvw-verzekerden (13.813.215 Zvw-verzekerden boven de 18 jaar). In 2018 is 17,95 miljard euro aan nominale premie en 3,2 miljard euro aan eigen risico betaald. Daarnaast is 23,99 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 in belangrijke mate wordt verzorgd door het CAK. 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 niet rechtmatig in Nederland verblijven zijn uitgesloten van de Wlz-verzekering en daardoor van de toegang tot de (Zvw) zorgverzekering. Indien zij in voorkomend geval behoefte hebben aan medische zorg, wordt deze zorg, indien medisch noodzakelijk, niet geweigerd. Uitgangspunt daarbij

is dat de betrokkenen de kosten van de zorg die zij ontvangen zelf betalen. Indien zij daartoe niet in staat blijken, kunnen zorgaanbieders -onder voorwaarden- een beroep doen op de financieringsregeling voor onverzekerbare vreemdelingen (art. 122a Zvw), een regeling die wordt uitgevoerd door het CAK. Op grond van deze regeling worden 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 onderdeel vormt van de Basisadministratie Volksverzekeringen (BAV). Zorgverzekeraars kunnen, indien gerede 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 dienst¹ 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 2018 waren er 12.256 gemoedsbezwaarden.

Niet iedereen die verzekeringsplichtig is voor de Zvw sluit daadwerkelijk een zorgverzekering af. Eind 2018 waren 24.205 mensen actief onverzekerd. Deze personen bevinden zich in de fase van aanschrijving en boete oplegging. Daarnaast waren er eind 2018 223.714 wanbetalers die wel een verzekering hadden afgesloten, maar hebben nagelaten de premie te betalen.

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

Groep	Eind 2018
Zvw-verzekerden	17.163.404
Zvw-verzekerden > 18 jaar	13.813.215
Wanbetalers	223.714
Onverzekerden (opsporing)	24.205
Gemoedsbezwaarden	12.256
Verdragsgerechtigden	128.707

¹ Zoals beschreven in de art. 2, tweede lid, onder a Zvw.

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 geroeyd 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 roeyen 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 verzwaren incassoregime² een wettelijk verbod ingevoerd op het opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand van minimaal een maandpremie.

Na 2007 is de Zvw aangevuld met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, die in 2009 in werking is getreden³. In 2011 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de uitvoering van deze wanbetalersregeling. De aanbevelingen uit deze evaluatie hebben -onder meer- geleid tot de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen die op 1 juli 2016 in werking is getreden. Het kabinet wilde met deze wet het aantal wanbetalers in de zorgverzekering verder terugdringen. Naast de verlaging van de premie (van 130% van de standaardpremie naar 125% van de gemiddelde nominale premie in 2016⁴), maakte deze wet het onder andere mogelijk dat een wanbetaler zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener uit de wanbetalersregeling kon stromen als er een betalingsregeling werd getroffen met de zorgverzekeraar. Ook maakte deze wet het mogelijk om groepen aan te wijzen die uit het bestuursrechtelijke premieregime kunnen stromen.

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 CAK.

Voorfase / private traject

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.

² 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).

³ 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).

⁴ Regeling vaststelling standaardpremie en bestuursrechtelijke premies 2018, Stcrt 2016, 19.623

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 CAK 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 CAK worden aangemeld.

(Publieke) bestuursrechtelijke fase

Bij een premieachterstand ter grootte van zes maanden nominale premie wordt de verzekerde door de zorgverzekeraar aangemeld bij het CAK. Na aanmelding als wanbetaler betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het CAK.

De zorgverzekeraar ontvangt voor het verzekerd houden van de wanbetaler een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ter hoogte van de standaardpremie. Deze wanbetalersbijdrage wordt alleen verstrekt indien de zorgverzekeraar de dekking van de verzekering in stand laat, de wettelijk voorgeschreven incasso-inspanningen verricht en voldoende medewerking verleent aan activiteiten die zijn gericht op aflossing van de schuld. De voorwaarden voor de wanbetalersbijdrage zijn opgenomen in artikel 6.5.4 van de regeling zorgverzekering. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hierop toe. De wanbetalersbijdrage wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds. De wanbetalersbijdrage voorkomt dat zorgverzekeraars wanbetalers royeren. Het risico voor de eerste zes maanden premieachterstand draagt de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar blijft, ook na de aanmelding bij het CAK, 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 CAK. De bestuursrechtelijke premie is sinds 1 januari 2019 de gemiddelde nominale premie plus een opslag van 20% van de gemiddelde nominale premie (artikel 18d, Zvw). In 2018 was dit 25%. Het CAK heft en int de bestuursrechtelijke premie. Indien mogelijk wordt de inning gedaan door bronheffing, waarbij het CAK aan gemeenten, uitkerings- en pensioeninstanties en werkgevers (de zogenaamde broninhouders) meedeelt 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 CAK zorg voor de overdracht van de inning aan het CJIB.

Sinds 2013 draagt de Belastingdienst de zorgtoeslag van deze groep 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 CAK 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 twee maal door deurwaarders gecontroleerd of er verhaalscapaciteit aanwezig is. De aan de uitvoering door het CAK, het CJIB en de deurwaarders verbonden kosten worden betaald uit de begroting van het ministerie van VWS.

Het CAK heft en int de bestuursrechtelijke premie totdat de wanbetaler al zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, er al dan niet 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. De mogelijkheid om uit het bestuursrechtelijk regime te stromen met een afbetalingsregeling die zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener tot stand is gekomen, bestaat sinds 1 juli 2016. Dit is opgenomen in de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen. Deze wet biedt tevens de grondslag om met een ministeriële regeling groepen aan te wijzen die direct uit kunnen

stromen. Bij ministeriële regeling is dit mogelijk gemaakt voor wanbetalers met een bijstandsuitkering op 8 juli 2016 en voor wanbetalers die onder bewind staan per 1 juli 2019.

Sinds 1 augustus 2018 wordt, indien iemand uit de wanbetalersregeling stroomt, door het CAK geen eindafrekening meer gedaan. Bij de eindafrekening berekent het CAK welk deel van de bestuursrechtelijke schuld nog niet is voldaan. Voor 1 augustus 2018 werd standaard tenminste een deel van de eindafrekening kwijtgescholden (de opslag). In de praktijk leidde de eindafrekening regelmatig tot nieuwe betalingsproblemen en recidive. Het incassopercentage van de eindafrekeningen is dan ook beperkt (minder dan 20%).

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 CAK, 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 op 31 december van een jaar 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 CAK.

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

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

	2016	2017	2018
Tweedemaandsbrieven	392.573	362.548	375.811
Vierdemaandsbrieven	135.402	124.813	124.249
Zes maanden: aanmelding bestuursrechtelijk premiereregime	133.283	184.177	200.273

Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven

In tabel 2.1 is het totaal aantal tweede- en vierdemaandsbrieven opgenomen die zorgverzekeraars in 2016, 2017 en 2018 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.

Het aantal verstuurde tweede maandsbrieven is in 2018 toegenomen. Het aantal aanmeldingen van verzekerden voor het bestuursrechtelijk premiereregime is toegenomen. Deze stijging heeft te maken met toegenomen aantal heraanmeldingen van verzekerden die zich niet houden aan afgesproken betalingsregelingen. Tabel 2.5 laat zien dat het aantal betalingsregelingen is gestegen van circa 125.000 in 2017 naar circa 150.000 in 2018. Na een heraanmelding volgt vaak weer een afmelding, doordat de verzekerde zich weer aan de betalingsregeling gaat houden.

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

Verzekerden met betalingsachterstand van:	2016	2017*	2018
2-4 maandpremies	143.032	151.000	140.421
4-6 maandpremies	155.011	157.000	174.124
van 6 of meer maandpremies	312.327	301.000	305.938
Totaal aantal betalingsachterstanden	610.370	609.000	620.483

* De cijfers over 2017 zijn naar boven bijgesteld t.o.v. de vorige monitor, het huidige cijfer betreft een benadering. Door technische redenen heeft een zorgverzekeraar een deel van de cijfers niet kunnen leveren. Middels extrapolatie is het cijfer over 2017 bijgesteld en afgerond op duizenden.

Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraar

Tabel 2.2 geeft informatie over het gemiddeld aantal verzekerden in 2016, 2017 en 2018 met een betalingsachterstand. De cijfers in de tabel zijn afkomstig uit de ketenmonitor van zorgverzekeraars. Deze monitor wordt gevuld met gegevens van zorgverzekeraars zonder de zogeheten 'Assurance verklaring'. Om die reden kent deze tabel enige mate van onzekerheid. In de

Verzekerdenmonitor 2018 is er een verkeerd aantal betalingsachterstanden van 6 of meer maanden zorgpremie gepresenteerd voor het jaar 2017. In dit getal ontbrak één kwartaal van één zorgverzekeraar. Op basis van een schatting is dit aantal opgehoogd naar een meer realistisch cijfer. Opvallend is dat het aantal verzekerden met een betalingsachterstand van 6 of meer maanden zorgpremie, gelijk is gebleven, terwijl het aantal betalingsachterstanden sterk is gestegen. Dit heeft voor een groot deel te maken met de hoogte van de betalingsachterstanden van verzekerden die al langere tijd in de wanbetalersregeling zitten. Het duurt voor deze verzekerden langer voordat zij een betalingsachterstand van minder dan 6 maanden zorgpremie hebben.

	Intern	Extern	Stabilisatie
2016	156.109	95.305	8.812
2017	161.509	95.726	8.544
2018	165.173	88.758	7.292

Tabel 2.3 Lopende betalingsregelingen/stabilisatieovereenkomst op 31 december 2018 (bron: Ketenmonitor)

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 2016, 2017 en 2018 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 buiten-gerechtigde- als de gerechtigde 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 CAK blijkt echter dat circa de helft van de stabilisatieovereenkomsten niet definitief tot stand komt dan wel mislukt.

De stijging van het aantal lopende betalingsregelingen hangt samen met de daling van het aantal wanbetalers, doordat verzekerden die een betalingsregeling treffen direct worden opgeschort voor het bestuursrechtelijk premieregime.

2.3.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime

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

Per ultimo	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal wanbetalers	325.810	312.037	277.023	249.044	223.714
Instroom	127.536	118.489	133.283	184.177	200.273
Uitstroom	115.894	130.656	166.437	206.792	225.603

Totaal aantal wanbetalers die bestuursrechtelijke premie betalen

Het CAK verzorgt maandelijks overzichten met betrekking tot het aantal wanbetalers. Deze overzichten zijn verwerkt in een meerjarig overzicht (tabel 2.4).

Het aantal wanbetalers is eind 2018 flink gedaald tot 223.714. Dit wordt veroorzaakt door een hoge uitstroom. Tegelijk is te zien dat het aantal mensen dat de wanbetalersregeling instroomt ook in 2018 is gestegen. Dit heeft te maken met het aantal heraanmeldingen van verzekerden die zich niet houden aan afgesproken betalingsregelingen, zoals ook toegelicht bij tabel 2.1.

Tabel 2.5 Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premiereregime (bron: CAK)

	2016	2017	2018
Schuld voldaan	39.520	29.215	24.861
Niet meer verzekeringsplichtig	22.709	21.625	17.498
Stabilisatieovereenkomst	17.212	16.981	15.545
Minnelijke schuldhulpverlening	8.407	5.918	3.878
WSNP	3.547	3.312	2.048
Niet meer premieplichtig	2.534	2.198	1.591
Overleden	1.486	1.368	1.259
Overlijden verzekeringnemer	86	73	62
Betalingsregeling	70.922	126.076	151.364
Aanmelding ingetrokken	11.414	11.101	9.812

Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premiereregime

In tabel 2.5 zijn de redenen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premiereregime nader gespecificeerd. In 2018 is de belangrijkste oorzaak van uitstroom het doorlopen van een betalingsregeling; ruim 150.000 mensen zijn met een betalingsregeling uitgestroomd. Dit aantal is de laatste jaren sterk gestegen. Het aantal 'aanmelding ingetrokken' gaat 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 wordt verwerkt. Ook betreft het aanmeldingen die coulanchehalve worden ingetrokken omdat snel na de aanmelding alsnog een regeling met de verzekeraar wordt getroffen.

Tabel 2.6 Aantal maanden wanbetaler (bron: CAK) ⁵

Aantal maanden	2016	2017	2018
0 - 12	28.114	54.500	55.742
13 - 24	51.276	40.250	35.824
>24	189.422	155.250	132.148
Totaal	268.812	250.000	223.714

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premiereregime

Tabel 2.6 geeft het aantal wanbetalers weer dat gedurende een bepaalde periode in het bestuursrechtelijk regime verblijft. Het aantal wanbetalers dat tot een jaar in het bestuursrechtelijke premiereregime zit is in 2018 licht gestegen. Dit wordt met name veroorzaakt door het mislukken van een betalingsregeling. Er volgt dan contact met de verzekerde om de betalingsregeling opnieuw te proberen. Als dat lukt, volgt weer een afmelding.

In eerdere verzekerdenmonitoren is aangegeven dat het aantal maanden dat iemand verblijft in het bestuursrechtelijk premiereregime een indicatie geeft van de mate waarin mensen er in slagen uit te stromen. De veronderstelling was dat hoe langer de verblijfsduur, hoe kleiner de kans dat uitstroom op eigen kracht tot de mogelijkheden behoort. In tabel 2.6 is echter een daling te zien van het aantal wanbetalers dat langer dan 13 maanden bestuursrechtelijke premie verschuldigd is.

Tabel 2.7 Heraanmeldingen (recidive) (bron: CAK)

Heraanmeldingen op 31 december	2016	2017	2018
Voor een tweede keer aangemeld	131.761	146.509	153.191
Voor een derde keer aangemeld	21.809	27.686	30.194
Voor een vierde keer aangemeld	2.913	4.244	4.837
Voor een vijfde keer aangemeld	426	660	787

⁵ De aantallen kunnen afwijken door het moment waarop in de administratie wordt gekeken, deze is dagelijks in beweging door aan- en afmeldingen.

Hernieuwde aanmeldingen

Tabel 2.7 laat het aantal hernieuwde aanmeldingen zien in 2016, 2017 en 2018. Het gaat hier om cumulatieve aantallen vanaf de start van de wanbetalersregeling eind 2009. Circa 30% van de aanmeldingen betreft recidivisme. Het aantal heraanmeldingen is toegenomen. Dit komt doordat sinds 2015 meer betalingsregelingen zijn getroffen. Een deel daarvan mislukt waarna heraanmelding volgt. Zorgverzekeraars treden in die gevallen in contact met verzekerden om te proberen de betalingsregeling weer te starten.

Tabel 2.8: Openstaande schuld van <€ 250, € 250-€ 750 en >€ 750 per 31 december (bron: CAK)

Schuldhoogte bij zorgverzekeraar:	2016	2017	2018
< € 250	32.844	24.179	20.752
€ 250 - € 750	64.228	48.396	36.877
> € 750	197.666	178.865	161.987

Openstaande schuld bij zorgverzekeraar van wanbetalers in bestuursrechtelijk premieregime

In tabel 2.8 staat, onderverdeeld in drie klassen, het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime met een nog openstaande schuld bij zorgverzekeraars. 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.

Door het toegenomen aantal betalingsregelingen neemt de schuldhoogte in alle drie de klassen af. De afname is procentueel gezien het sterkst in de categorie hoger dan 750 euro. Dit hangt waarschijnlijk samen met de relatief hoge uitstroom van wanbetalers die langer dan 13 maanden bestuursrechtelijke premie verschuldigd zijn.

2.3.3 De bestuursrechtelijke premie

Tabel 2.9 Hoogte bestuursrechtelijke premie maandelijks (afgerond)

Hoogte premie per maand in €	2013	2014	2015	2016	Vanaf 1-7-16	2017	2018
Gemiddelde nominale premie	107	92	97	102	102	108	109
Bestuursrechtelijke premie	160	144	153	159	128	134	137

Ontwikkeling hoogte bestuursrechtelijke premie

In tabel 2.9 is de ontwikkeling van de hoogte van de bestuursrechtelijke premie (afgerond) in relatie tot de nominale premie in beeld gebracht. Met de inwerkingtreding van de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen op 1 juli 2016 is de bestuursrechtelijke premie verlaagd naar 125% van de gemiddelde nominale premie en in 2019 naar 120%.

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

X € 1000	2009 tm 2016	2017	2018	Totaal
Te incasseren premies	3.553.615	420.888	382.396	4.356.899
Netto betaald *	1.799.978	302.940	308.692	2.411.610
Afgeboekt	396.377	2.444	98.296	497.117
Naar eindafrekening*	482.516	10.125	21.453	514.093
In betalingsregeling	2.462	0	0	2.462
Openstaande premie	872.283	105.379	-46.045	931.617

(*) op deze regel zijn bedragen aangepast om aan te sluiten bij de bestuurlijke verantwoording

Opgelegde bestuursrechtelijke premie

In tabel 2.10 is de opgelegde bestuursrechtelijke premie weergegeven en de status daarvan. Bij de interpretatie van deze cijfers moet rekening worden gehouden met een sterk na-ijl effect. Dat betekent bijvoorbeeld dat de in 2017 opgelegde bestuursrechtelijke premie voor een groot deel pas in de daaropvolgende jaren wordt betaald. Daardoor is de openstaande bestuursrechtelijke premie in 2016 lager dan in 2017. Het inningspercentage is niet lager geworden.

De openstaande bestuursrechtelijke premie van € 932 mln. betreft de totale openstaande premie bij het CAK over de periode september 2009 tot 1 januari 2019. Hierin is nog niet meegenomen de aflettering van deelontvangsten bij het CJIB (circa € 180 mln.). Als de vordering bij het CJIB volledig is betaald, wordt dit doorgegeven aan het CAK.

Tabel 2.11 Nog nooit bestuursrechtelijke premie betaald (bron: CAK)

	2016	2017	2018
Aantal	55.314	48.715	36.862

Nog nooit geïnde premie

In tabel 2.11 is het aantal wanbetalers opgenomen waarvan het nog nooit 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 2018 is met 24% gedaald ten opzichte van 2017. Deze groep profiteert ook van de mogelijkheid om uit te stromen met het aangaan van een betalingsregeling.

2.3.4 Achtergrondkenmerken van totale groep wanbetalers

Om meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep wanbetalers bij het CAK doet het CBS op verzoek van VWS jaarlijks onderzoek naar de achtergrondkenmerken. Alleen van personen die zijn opgenomen in het bestuursrechtelijk premieregime, die op 31 december van het jaar ingeschreven staan in de 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. Een deel van de wanbetalers is niet in de BRP ingeschreven. Daarmee hanteert het CBS een striktere afbakening dan het CAK, waardoor de cijfers soms lager zijn. Het CBS heeft met peildatum 31 december 2017 voor 229.870 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken⁶ verzameld.

Tabel 2.12 Wanbetalers naar leeftijd (bron: CBS)

leeftijd	2014	2015	2016	2017	2018	2018*
18 - 20	3.300	2.840	2.600	2.430	2.310	0,5%
20 - 25	34.310	30.510	25.460	22.950	20.920	1,9%
25 - 30	44.140	41.540	36.030	32.210	28.580	2,5%
30 - 35	40.990	39.020	35.260	32.350	28.990	2,7%
35 - 40	33.970	32.800	29.800	28.070	25.600	2,5%
40 - 45	35.470	32.450	27.670	24.670	21.880	2,1%
45 - 50	33.790	32.200	28.940	26.840	23.360	1,9%
50 - 55	28.990	27.870	24.720	22.530	19.950	1,6%
55 - 60	19.530	19.350	17.820	16.790	15.360	1,2%
60 - 65	11.730	11.430	10.520	10.210	9.310	0,8%
65 - 70	7.160	7.170	6.230	5.790	5.130	0,5%
70 - 75	2.830	2.910	2.960	3.090	2.930	0,3%
75 - 80	1.240	1.240	1.140	1.170	1.090	0,2%
> 80	790	860	790	770	720	0,1%
Totaal	298.240	282.190	249.930	229.870	206.100	1,5%

*percentage ten opzichte van de totale populatie van de leeftijdsgroep.

Totale groep wanbetalers naar leeftijd

In tabel 2.12 zijn de wanbetalers ingedeeld naar leeftijdscategorie. Uit deze tabel blijkt dat de relatief grootste aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie 30-35 jaar valt. De daling van het aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie 18-25 jaar zet gestaag door. Het aantal wanbetalers in alle leeftijdscategorieën is in 2018 ten opzichte van 2017 gedaald. De belangrijkste oorzaak hiervoor is de uitstroom op basis van een betalingsregeling.

⁶ Zie voor alle overzichten: CBS Statline

Tabel 2.13 Herkomst totale groep wanbetalers (bron: CBS)

Herkomst	2015	2016	2017	2018	2018*
Nederlandse achtergrond	147.710	130.230	119.200	105.050	1,0%
Migratieachtergrond	134.480	119.700	110.670	101.060	3,2%
w.v.					
Marokkaans	17.790	16.020	14.970	13.810	5,0%
Turks	16.210	14.460	13.410	12.160	3,8%
Surinaams	24.990	22.130	20.060	17.850	6,1%
Antilliaans	15.680	14.250	13.070	11.680	9,7%
Overige niet-westerse achtergrond	23.390	20.900	19.310	17.990	2,6%
Overige westerse achtergrond	36.420	31.940	29.850	27.570	1,8%
Totaal	282.190	249.930	229.870	206.100	1,5%

* percentage ten opzichte van de totale populatie.

Herkomst totale groep wanbetalers

Tabel 2.13 laat zien dat van de groep met een migratieachtergrond het percentage wanbetalers (3,2%) hoger is dan van de groep met een Nederlandse achtergrond (1%). Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met inkomen en opleidingsniveau. Mensen met een migratieachtergrond hebben relatief vaker een laag inkomen en zijn lager opgeleid. In 2018 is ten opzichte van 2017 het aantal mensen in beide groepen in het bestuursrechtelijk premiereregime gedaald.

Tabel 2.14 Gemeenten met het hoogste aantal wanbetalers

7	Tilburg	3.130	14	Breda	2.160
1	Rotterdam	20.520	8	Arnhem	3.130
2	Amsterdam	15.780	9	Enschede	2.820
3	's-Gravenh.	13.200	10	Groningen	2.750
4	Almere	4.190	11	Zaanstad	2.440
5	Utrecht	3.950	12	Dordrecht	2.300
6	Eindhoven	3.200	13	Nijmegen	2.230
			15	Leeuwarden	2.120
			16	Heerlen	2.040
			17	Schiedam	2.020
			18	Lelystad	1.900
			19	Haarlem	1.870
			20	Apeldoorn	1.820

Aantal wanbetalers in de top 20 gemeenten

Tabel 2.14 geeft de top 20 gemeenten met het hoogste aantal wanbetalers.

Tabel 2.15 Wanbetalers met zorgtoeslag (bron: CBS)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal wanbetalers met zorgtoeslag	191.160	201.410	184.230	162.592	145.170	130.180
Percentage van groep wanbetalers	67,7%	67,5%	65,3%	65,1%	63,2%	63,2%

Wanbetalers met zorgtoeslag

Indien de bestuursrechtelijke premie niet door middel van broninhouding geïnd kan worden, wordt 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.

Sinds 2013 lijkt het percentage wanbetalers dat een zorgtoeslag ontvangt ligt te dalen; van 68% in 2013 naar 63% in 2018. Bij de vergelijking van de cijfers en percentages moet wel rekening worden gehouden met ontwikkelingen in regelgeving voor het ontvangen van zorgtoeslag (bijvoorbeeld wijzigingen in inkomensgrenzen). In totaal ontvingen in 2018 circa 4,5 miljoen huishoudens zorgtoeslag. Dat is 32,2% van het totaal aantal huishoudens in Nederland.

Tabel 2.16 Wanbetalers naar soort uitkering op 31 december (bron: CBS)*

	2014	2015	2016	2017
Totaal aantal wanbetalers	325.810	312.037	277.023	249.044
Persoon met een arbeidsongesch.uitk.	31.940	30.420	26.490	23.960
Persoon met een bijstandsuitkering	67.890	64.210	56.290	48.130
Persoon met een werkloosheidsuitkering	21.350	18.860	13.570	10.770
Persoon met een IOAW- of IOAZ-uitkering	1.340	1.490	1.420	1.320

* Personen met meerdere uitkeringen worden meerdere keren meegeteld

Wanbetalers naar soort uitkering

In tabel 2.16 is de groep wanbetalers uitgesplitst naar soort uitkering (niet alle uitkeringen zijn meegenomen). Bij de interpretatie van de cijfers moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat personen meerdere uitkeringen kunnen ontvangen. De grootste deelgroep betreft de groep bijstandsgerechtigden. Van de wanbetalers ontvangt 19,3% een bijstandsuitkering. De cijfers over 2018 zijn nog niet beschikbaar.

Tabel 2.17 Wanbetalers naar inkomensgroep op 31 december (bron: CBS)

Inkomensgroep	2014	2015	2016
Totaal	298.240	282.190	249.930
< € 10.000	34.110	29.820	26.340
€ 10.000 tot € 20.000	163.230	149.860	126.210
€ 20.000 tot € 30.000	67.850	68.260	64.640
€ 30.000 tot € 40.000	18.410	21.140	20.510
€ 40.000 tot € 50.000	3.630	4.410	4.490
> € 50.000	1.500	1.660	1.570
Onbekend	9.500	7.040	6.180

Wanbetalers naar inkomensgroep

In de bovenstaande tabel is de groep wanbetalers verdeeld over de verschillende inkomensgroepen. Hierbij is uitgegaan van het jaarlijks gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. Omdat het CBS niet van iedere wanbetaler de inkomensgegevens beschikbaar heeft, liggen de totalen iets lager dan in tabel 2.16.

Tabel 2.17 wijkt af van de Verzekerdenmonitor 2018 vanwege een gewijzigde definitie van het inkomensbegrip. Vanaf verslagjaar 2016 heeft een revisie plaatsgevonden door het CBS. De revisie leidt tot een hoger besteedbaar inkomen en een iets andere verdeling over bevolkingsgroepen. Een toelichting op de revisie van inkomen kunt u hier vinden.

De cijfers over 2017 en 2018 zijn nog niet beschikbaar.

2.4 Wanbetalersbijdrage

In artikel 34a van de Zorgverzekeringswet wordt geregeld onder welke voorwaarden zorgverzekeraars een bijdrage krijgen voor het verzekerd houden van wanbetalers. Enkele voorwaarden hebben betrekking op inspanningen en medewerking van zorgverzekeraars voor het innen van de premie en het aflossen van de schuld. In artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering zijn de voorwaarden nader ingevuld. In totaal hebben zorgverzekeraars in 2018 bijna € 369 miljoen ontvangen voor de wanbetalers die waren aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime. In totaal hebben zorgverzekeraars in 2018 bijna € 369 miljoen ontvangen voor de wanbetalers die waren aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime.

Tabel 2.18 Betaalde wanbetalersbijdrage (bron: CAK)

	2016	2017	2018
x € 1000	432.446	401.918	368.808

2.5 Uitvoeringskosten

Voor de uitvoering van deze regeling worden kosten gemaakt door het CAK en het CJIB. Deze uitvoeringskosten worden betaald uit de VWS-begroting.

Tabel 2.19 uitvoeringskosten (bron: jaarverslagen CAK/CJIB)

Bedragen x € 1.000	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CAK	8.278	8.744	8.501	8.016	10.735	12.318
CJIB	13.755	12.189	12.176	11.256	11.400	11.731
Totale uitvoeringskosten	22.033	20.933	20.677	19.272	22.135	24.049

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 zorgverzekering 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. Ten slotte geldt dat onverzekerd zijn mogelijk gevolgen heeft voor de volksgezondheid, omdat onverzekerden 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 CAK 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 CAK.

De Wet Ovoz regelt het proces van de opsporing van onverzekerden dat het CAK dient te volgen:

1. Aanschrijving door het CAK

Een onverzekerde die door middel van bestandsvergelijking is opgespoord, krijgt eerst een brief van het CAK. 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.

2. Boete(s)

Wanneer drie maanden na de aanschrijving blijkt dat betrokkene zich nog altijd niet verzekerd heeft, legt het CAK 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.

⁷ Stb. 2011, 111.

De hoogte van de boete bedroeg in 2018 € 386,49. De boete 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 CAK 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 (in 2018: € 128,83 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 CAK 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 CAK onmogelijk, bijvoorbeeld omdat er geen regelmatige inkomsten zijn, dan draagt het CAK 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 CAK 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 CAK aangemeld bij een zorgverzekeraar voor een reguliere zorgverzekering. Alle op dat moment nog openstaande maandtermijnen dient betrokkene alsnog te betalen.

3.3 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 3.000 personen in en uit de regeling van de Wet Ovoz stromen. 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 (bron: CAK)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aangeschreven	69.382	71.726	47.458	53.912	58.914	67.444
Einde onverzekerd	72.323	71.012	54.480	53.384	64.450	60.663
Stand actief onverzekerden	28.740	29.454	22.432	22.960	17.424	24.205

Totalen maart 2011 tot en met 2018

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 met 2018 zijn 578.763 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste gedeelte hiervan heeft vervolgens actie ondernomen door:

- zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (315.852);
- te betwisten dat zij Wlz-verzekeringsplichtig zijn (224.881)

Tabel 3.2 De totalen van maart 2011 tot en met 2018 (bron: CAK)

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	315.852
Ambtshalve verzekerd	33.785
Niet (meer) Wlz-verzekerd	224.881
Overig*	4.245
Totaal	578.763

*Bijvoorbeeld door overlijden

Doorgestroomd naar wanbetalersregeling

Van de 578.852 mensen die ooit zijn aangeschreven als onverzekerde zijn 349.673 personen de Zvw ingestroomd als verzekerde (zie tabel 3.2). De doorstroom van de onverzekerdenregeling naar de wanbetalersregeling heeft alleen op deze 'deelgroep' betrekking. Van deze groep is 15,7% doorgestroomd naar de wanbetalersregeling.

Boetes en premies

In 2018 heeft het CAK via het CJIB voor € 12,6 miljoen aan boetes opgelegd. Dit is vrijwel gelijk aan de opbrengsten in 2017.

Tabel 3.3: Baten en lasten onverzekerden (bron: CAK)

Baten en lasten onverzekerden x € 1 miljoen	2015	2016	2017	2018
Baten				
Boetes opgelegd aan onverzekerden	5,7	7,2	7,7	8,3
Premie opgelegd aan ambtshalve verzekerden	5,8	4,2	4,9	4,3
Totale baten	11,5	11,4	12,6	12,6
Lasten				
Te betalen premie (compensatie) aan zorgverzekeraars	5,8	5,2	7,3	7,3
Dotatie aan voorziening oninbaar onverzekerden	5,5	7,0	7,4	7,7
Totale lasten	11,3	12,2	14,7	15,0
Saldo baten en lasten	0,2	-0,8	-2,1	-2,4

Uitvoeringskosten

Voor de uitvoering van deze regeling worden kosten gemaakt door het CAK, het CJIB en de SVB. Deze uitvoeringskosten worden betaald uit de VWS-begroting.

Tabel 3.4 uitvoeringskosten (bron: jaarverslagen CAK, SVB en CJIB)

Bedragen x € 1.000	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CAK	3.287	3.242	3.233	3.142	3.374	4.637
CJIB	2.326	1.521	1.489	1.415	1.726	1.317
SVB	1.557	1.642	2.029	2.244	2.732	3.137
Totale uitvoeringskosten	7.170	6.405	6.751	6.801	7.832	9.091

3.4 Conclusie

Het aantal verzekeringsplichtige onverzekerden dat in en uit de regeling van de Wet Ovoz stroomt blijft stabiel op circa 3.000 personen per maand.

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS

4.1. Inleiding

Zorgverzekeringslijn is een initiatief van het ministerie van VWS en onderdeel van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Zorgverzekeringslijn geeft onafhankelijk advies en praktische tips voor het oplossen van zorgverzekeringschulden. Daarnaast legt Zorgverzekeringslijn uit hoe de Zorgverzekeringswet in elkaar zit en welke rechten en plichten (on)verzekerden hebben. Dit doet Zorgverzekeringslijn gratis voor consumenten en hulpverleners.

Zorgverzekeringslijn voorkomt met haar tips, training en advies wanbetaling en onverzekerdeheid. Dit doet zij direct voor de consument met problemen, door middel van haar website, flyer en telefonische vraagbaak of via de (professionele) hulpverlener in het sociaal domein. Deze hulpverleners krijgen door trainingen op locatie, een e-learning, webinars en congressen de kennis en kunde overgedragen om hun cliënten te helpen.

Naast de curatieve dienstverlening, voor mensen die hulp nodig hebben op het moment dat zij problemen ervaren, neemt Zorgverzekeringslijn ook preventieve maatregelen. Bijvoorbeeld door het verstrekken van flyers aan ouders met een pasgeboren kind om hen te wijzen op de verzekeringsplicht. Ook verzorgt Zorgverzekeringslijn gastlessen aan jongeren van (bijna) 18 om hen te onderwijzen over verzekeringsplicht, premiebetaling, eigen risico en het solidariteitsbeginsel.

Alle activiteiten dragen bij aan het doel van Zorgverzekeringslijn: het verminderen van het aantal wanbetalers en onverzekerden.

4.2 Activiteiten 2018

Zorgverzekeringslijn heeft in 2018 onderstaande activiteiten ondernomen om het aantal wanbetalers en onverzekerden te verminderen.

Tabel 4.1 Resultaten zorgverzekeringslijn in 2018

	2018
Contactmomenten	8.850
Telefoon	7.123
Email	716
Chat	1.011
Werkbezoeken (aantal deelnemers/aantal bezoeken)	6.992 / 387
Training hulpverleners (aantal deelnemers/aantal bezoeken)	3.412 / 196
Gastles jongeren (aantal deelnemers/aantal bezoeken)	3.580 / 191
Websitebezoekers (maandlijks)	11.243
Abonnees op de nieuwsbrief (stand per 31-12-2018)	4.088

Telefoongesprekken, chats en e-mails

Sinds 2018 is mogelijk om per chat contact op te nemen met Zorgverzekeringslijn. Hier is in 2018 veel gebruik van gemaakt met meer dan 1000 geregistreerde chatgesprekken. Opvallend is dat vooral mensen uit het buitenland, vaak met vragen over de verzekeringsplicht, contact opnemen via chat. Verder kunnen chats, telefoongesprekken en e-mails kunnen over verschillende onderwerpen gaan. We onderscheiden algemene vragen en klantvragen. Klantvragen gaan over een van volgende vier probleemsituaties van de klant: onverzekerde minderjarigen, onverzekerde meerderjarigen, schulden bij verzekeraar en aangemeld bij CAK. Algemene vragen kunnen bijvoorbeeld gaan over de inhoud van het pakket of detentie. Vanaf 2018 worden de vragen over de verzekeringsplicht apart geregistreerd.

Tabel 4.2 Typen klantvragen

	Heel 2018	Q1+Q2 '19
Onverzekerde minderjarige	4	3
Onverzekerde meerderjarige	11	16
Premieschulden	38	18
Wanbetaler	9	8
Verzekeringsplicht	21	30
Algemene vragen	17	25
Totaal	100%	100%

Het aandeel algemene vragen over de verzekeringsplicht is flink gegroeid van 21% in 2018 naar 30% in het eerste halfjaar van 2019. Het groot aantal vragen over verzekeringsplicht via chat, en een daling van het aantal vragen over premieschulden, zijn verklaringen voor deze relatieve stijging. De daling van het aantal vragen over premieschulden wordt veroorzaakt doordat verzekeraars selectiever doorverwijzen. Daarnaast groeide het aantal klantvragen van onverzekerden. Meer aandacht voor dit onderwerp vanuit Zorgverzekeringslijn en overheden en een scherpere controle van zorgverzekeraars, zijn mogelijke verklaringen voor deze stijging.

Voorlichting: Training en gastlessen

In 2018 verzorgde Zorgverzekeringslijn 387 voorlichtingen. Hiermee werden 3580 jongeren bereikt via de gastles en 3412 hulpverleners via de training. Daarnaast is een digitale gastles voor jongeren en een e-learning voor hulpverleners geïntroduceerd.

De digitale gastles is ontwikkeld in samenwerking met Stichting Digisterker. De gastles over zorgverzekeringen is onderdeel van het digitale lespakket 'Doe je digiding!'. Jongeren leren door middel van dit lespakket de digitale overheid kennen. Zo leren ze in de gastles over zorgverzekeringen hoe zij zorgtoeslag kunnen aanvragen. Inmiddels zijn de eerste bestellingen van scholen voor deze digitale gastles binnen.

Sinds begin 2019 biedt Zorgverzekeringslijn ook een e-learning aan. Met de e-learning kan Zorgverzekeringslijn ook zelfstandige hulpverleners en kleinere groepen bedienen. Bijvoorbeeld bewindvoerders. Inmiddels hebben 110 bewindvoerders de e-learning voor bewindvoerders afgerond. Met de accreditatie via de Branchevereniging Professionele Bewindvoerder en Inkomensbeheerders (BPBI) krijgen bewindvoerders 2 PE-punten voor afronding van de e-learning.

4.2.1 Samenwerking met gemeenten

Gemeenten hebben een belangrijke rol bij het terugdringen van (zorgverzekerings-)schulden. Zorgverzekeringslijn ondersteunt hen daarbij. In 2018 zijn er verschillende projecten gestart met als doel om het aantal wanbetalers van de zorgverzekering te verminderen.

Themabijeenkomsten

In Zeist zijn, samen met de beleidsmedewerkers van de gemeente, presentaties gehouden over het herkennen van zorgverzekeringsschulden, de collectieve zorgverzekering van de gemeente en de mogelijkheden van bijzondere bijstand. Ongeveer 40 deelnemers van verschillende organisaties waren aanwezig om de praatjes of presentaties bij te wonen.

Ondersteuning bij benadering wanbetalers

Samen met de gemeente Renkum is een brief opgesteld die is verzonden naar alle inwoners die bij het CAK bekend zijn als wanbetaler. Zorgverzekeringslijn hielp bij het opvragen van de wanbetalersgegevens bij het CAK, het opstellen van de brief en was bereikbaar voor vragen van burgers en gemeentelijke schuldhulpverleners. Op deze manier bereikte de gemeente Renkum meer dan 200 inwoners waarvan ongeveer 10% hulp heeft gezocht naar aanleiding van de brief.

Jubileumcongres

Op 28 mei 2018 vierde Zorgverzekeringslijn haar vijfde verjaardag met een jubileumcongres. In Utrecht werden verschillende welzijnsorganisaties, zoals U Centraal, Humanitas Thuisadministratie en SchuldHulpMaatje Utrecht samengebracht en getrakteerd op een aantal kennissessies.

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 CAK. 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 betaalt in plaats daarvan een bijdragevervangende belasting 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 CAK 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 rekening en voor zover het gaat om in de Zvw geregelde aanspraken. Als niet alle bijdragevervangende belasting aan ziektekosten is vergoed werd tot 1 januari 2016 aan het einde van het jaar (maximaal) de helft van de dat jaar ingelegde bijdragevervangend belasting overgemaakt naar het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). Een eventueel restant-saldo werd overgeheveld naar het volgende jaar.

De afdrachtregeling is per 1 januari 2016 veranderd. Met de aanpassing van artikel 39, tweede lid onderdeel d, Zvw wordt sinds 1 januari 2016 niet langer jaarlijks de helft van de bijdragevervangende belasting onttrokken aan de rekening ten gunste van het Zvf. Ook volgt er geen afdracht meer bij het overlijden van één van de gemoedsbezwaarden waarvoor de rekening in stand wordt gehouden. Pas als de rekening wordt opgeheven na het overlijden van het laatste lid van het huishouden en er nog saldo over is, komt dit ten gunste van het Zvf. Als gevolg van deze wijzigingen blijft er meer saldo op de rekening van de gemoedsbezwaarde beschikbaar voor betaling van declaraties die gemoedsbezwaarden indienen.

5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

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

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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Personen	12.186	12.500	12.566	12.504	12.460	12.473	12.341	12.213
Huishoudens	3.614	3.549	3.702	3.679	3.668	3.633	3.655	3.665

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

Tabel 5.2 geeft de baten en lasten weer voor de jaren 2012 tot en met 2018. In deze tabel zijn alle baten en lasten samengenomen zonder uitsplitsing naar het betreffende jaar. Als het CAK bijvoorbeeld in het jaar 2018 een declaratie van een bezoek aan een ziekenhuis ontvangt, dan wordt deze declaratie aan het jaar 2018 toegerekend, ook wanneer het bezoek aan het ziekenhuis in het jaar 2017 heeft plaatsgevonden. De afrekening van 2018 komt uit op afgerond € 0,4 miljoen.

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

Baten en lasten gemoedsbezwaarden	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1-1						
Resultatenrekening	7,4	9,0	8,4	12,7	17,8	21,7
Bijdragevervangende belasting	9,4	8,2	9,9	8,1	7,9	9,7
Verleende vergoedingen voor zorgkosten	4,4	5,5	5,6	2,8	4,5	4,8
Saldo rekeningen voor toevoeging ZVW	5	2,7	4,3	5,3	3,4	4,9
Toevoeging ten gunste van het ZVW	3,4	3,3	0,0	0,2	0,2	0,4
Toevoeging aan rekening	1,6	- 0,6	4,3	5,1	3,2	4,5
Totaal resultaatbestemming	5	2,7	4,3	5,3	3,4	4,9
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31-12	9	8,4	12,7	17,8	21,2	26,6

5.4 Uitvoering

Het proces rond de verwerking van de gedeclareerde zorgnota's en het vaststellen van het spaartegoed van gemoedsbezwaarden is de afgelopen jaren flink verbeterd. In 2018 koste de uitvoer van de regeling door het CAK € 647.000.

Tabel 5.3 Uitvoeringskosten gemoedsbezwaarden

Bedragen x € 1.000	2016	2017	2018
CAK	336	868	647

5.5 Conclusie

Het aantal gemoedsbezwaarden is ook in 2018 constant gebleven. Door het afschaffen van de afdracht is het saldo van de rekeningen met € 4,5 mln. toegenomen tot een saldo van € 26,6 mln.

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 uitgangspunten is zeker gesteld dat voor iedereen in Nederland medische zorg beschikbaar is.

Iedere vreemdeling die zonder verblijfsvergunning in Nederland verblijft⁸ 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 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 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 financieringsregeling medisch noodzakelijke kosten 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 CAK 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. Dit vloeit voort uit verdragsverplichtingen.

⁸ 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 CAK voert sinds 1 januari 2017 de wettelijke bijdrageregeling uit. In dat kader geeft het CAK informatie aan zorgaanbieders over de regeling en voert daarover overleg met (te contracteren) zorgaanbieders. Het CAK onderhoudt een website waarop informatie over de financiering van de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen is opgenomen⁹. Ook zijn daar de gegevens te vinden van de gecontracteerde zorgaanbieders. Het CAK beantwoordt dagelijks per mail en telefoon vragen over de regeling die gesteld worden door zorgverleners, hulpverleningsorganisaties en onverzekerbare vreemdelingen. Ziekenhuizen, ggz-instellingen en wlz-instellingen kunnen, indien ze gebruik willen maken van de regeling, met het CAK een overeenkomst sluiten. In 2018 waren er 75 ziekenhuizen, 80 WLZ instellingen en 75 GGZ instellingen met een contract.

6.4 De kosten van de bijdrageregeling

In tabel 6.1 zijn de zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen tot en met het jaar 2018 opgenomen. De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2018 met € 3,6 mln. gedaald ten opzichte van 2017. Dit heeft onder andere te maken met de olopemde werkvoorraden eind 2018. Dit heeft ertoe geleid dat het termijn van 30 dagen voor het afhandelen van declaraties in sommige gevallen is overschreden. In 2019 is een inhaalslag gemaakt. Voor GGZ-instellingen heeft het CAK betalingen verricht in 2018 die betrekking hadden op 2017. De lasten op GGZ-instellingen zijn hierdoor gestegen.

Tabel 6.1: zorgkosten bijdrageregeling CAK (bron: CAK)

Zorgvorm x €1000	2016	2017	2018	% Δ 2017- 2018
Ziekenhuizen	15.648	19.838	14.795	-25%
Farmacie	4.687	4.271	4.276	0%
GGZ	6.922	6.598	9.433	43%
AWBZ / WLz	2.481	2.132	1.978	-7%
Hulpmiddelen	94	108	107	-1%
Ambulancevervoer	714	734	485	-34%
Eerstelijns hulp				
Huisartsen	1.201	1.140	508	-55%
Tandartsen	278	198	90	-54%
Verloskunde	595	617	464	-25%
Kraamzorg	832	1.172	1.094	-7%
Paramedici	63	76	48	-37%
GGD'en		147	106	-28%
Totaal	2969	3.350	2.310	-20%
Totaal	33.520	37.031	33.384	-10%

Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

In tabel 6.2 kunt u de uitvoeringskosten van de bijdrageregeling vinden.

Tabel 6.2 uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

Bedragen x € 1.000	2016	2017	2018
CAK	536	1.056	1.007

⁹ <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN

7.1 Inleiding

De Subsidierегeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden voorziet sinds 1 maart 2017 in de subsidiëring van zorgaanbieders die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde personen. De regeling was onderdeel van het plan van aanpak voor verwarde personen waarover het kabinet op 2 mei 2016 een brief aan de Tweede Kamer heeft gezonden.¹⁰ Het feit dat een deel van deze kwetsbare groep mensen onverzekerd is levert problemen op voor de toegang tot de zorg. Mensen zijn onverzekerd omdat ze zich niet willen verzekeren, uit onbekendheid, omdat ze het vergeten zijn of omdat ze het niet begrijpen en niet of onvoldoende in staat zijn zelf de stappen te zetten die nodig zijn om een zorgverzekering af te sluiten. Toegang tot de zorg en continuïteit van zorg zijn echter essentieel en het hebben van een zorgverzekering is daarvoor een noodzakelijke randvoorwaarde.

Onverzekertheid kan een belemmering vormen om aan een onverzekerde medisch noodzakelijke zorg te verlenen. Straatdokter, apothekers, huisartsen en andere zorgaanbieders verlenen deze zorg thans om niet of ontvangen een vergoeding van derden. De kosten van de zorg worden niet vergoed en komen -omdat de onverzekerde meestal geen eigen financiële middelen heeft- aldus voor rekening van de zorgaanbieder zelf. Bij tweedelijnszorg (ziekenhuizen en ggz-instellingen) kan het gaan om aanzienlijke bedragen.

Teneinde financiële belemmeringen om medisch noodzakelijke zorg te verlenen weg te nemen, is besloten een financieringsmogelijkheid te creëren voor verleende zorg aan onverzekerde verzekeringsplichtige personen, voor het merendeel verwarde personen en dak- en thuislozen, in de vorm van een (tijdelijke) subsidierегeling voor de duur van 5 jaar.

De subsidierегeling komt voor een groot deel overeen met de wettelijke regeling die geldt voor de financiering van zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. De subsidierегeling vertoont immers naar haar aard grote gelijkens met die regeling, zij het dat het een andere groep van onverzekerde personen betreft. Deze subsidierегeling is bedoeld als een noodmaatregel (overgangsmaatregel). De huidige wetgeving voorziet niet in financiering van onverzekerde zorg met terugwerkende kracht en een wetwijziging zou geruime tijd vergen. Gelet op de problematiek werd in 2016 een oplossing op korte termijn wenselijk geacht. Bezien wordt op welke wijze een dergelijke financiering in de toekomst wettelijk verankerd kan worden.

De Subsidierегeling in grote lijnen.

Een eerste vereiste voor subsidiëring was dat de zorgaanbieder binnen 24 uur aan de regionale GGD meldt dat zorg aan een onverzekerde persoon is verleend. De melding is primair bedoeld om gemeenten in staat te stellen snel te acteren als het gaat om het verder helpen van een dak- en thuisloze of verwarde persoon. Daarbij is vooral van belang om de mensen die verzekerd kunnen worden, ook te helpen een verzekering te sluiten, zodat vervolghulp niet meer ten laste komt van de Subsidierегeling, maar ten laste van de zorgverzekering. In een aantal gevallen is daarvoor ook nodig dat mensen een inschrijving in de Basisregistratie Personen krijgen omdat anders geen zorgverzekering kan worden afgesloten. Gemeenten en GGD'en geven zelf invulling aan de wijze waarop dit georganiseerd wordt.

Voor de vervolghulp en om te kunnen declareren moeten persoonsgegevens worden verstrekt. Het verstrekken van persoonsgegevens in combinatie met medische gegevens vereist toestemming van de patiënt. Alleen indien deze gegevens verstrekt worden kan vervolghulp worden georganiseerd en kan de verzekeringsplicht worden vastgesteld.

In maart 2018 is de subsidierегeling op enkele essentiële onderdelen vereenvoudigd. De 24-uurs melding is gewijzigd naar een melding binnen 7 dagen; voor het geven van vervolgzorg aan

¹⁰ Brief inzake "Reactie tussenrapportage aanjaagteam verwarde personen" d.d. 2 mei 2016, kenmerk 962729-149896-CZ.

dezelfde persoon binnen een maand kan een eerdere melding worden gebruikt en voor alle spoedeisende zorg (ziekenhuizen, ggz, ambulance en medicijnen) is het toestemmingsvereiste voor verstrekken van persoonsgegevens vervallen. Daarmee is voor spoedeisende zorg ook de verzekeringsplicht van de onverzekerde vervallen.

7.2 De uitvoering en zorgkosten van de subsidieregeling

De subsidieregeling wordt uitgevoerd door het CAK. Onderbrenging van de uitvoering bij het CAK lag voor de hand omdat ook de uitvoering van de vergelijkbare regeling van artikel 122a van de Zvw door het CAK wordt uitgevoerd. Het CAK voert de regeling namens de Minister van VWS in mandaat uit.

Tabel 7.1: Zorgkosten subsidieregeling CAK (bron: CAK)

	Vanaf 1-3-2017	2018
Gedeclareerd	2.398	9.169
Afgewezen	1.658	5.084
Totaal toegekend	743	4.080

In tabel 7.1 zijn de totale kosten van de regeling inzichtelijk gemaakt. Daarbij valt op dat er ten in 2018 sprake is van een stijging van het beroep op de subsidieregeling. Deze is te verklaren doordat de regeling vanaf maart 2018 is opengesteld voor spoedeisende zorg aan onverzekerde niet-verzekeringsplichtigen. Ook speelt mee dat de regeling grotere bekendheid heeft bij zorgverleners. De 24-uurs melding is gewijzigd naar een melding binnen 7 dagen; voor het geven van vervolgzorg aan dezelfde persoon binnen een maand kan een eerdere melding worden gebruikt en voor alle spoedeisende zorg (ziekenhuizen, ggz, ambulance en medicijnen) is het toestemmingsvereiste voor verstrekken van persoonsgegevens vervallen. Daarmee is voor spoedeisende zorg ook de verzekeringsplicht van de onverzekerde vervallen.

Tabel 7.2: subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden 2018 (bron: CAK)

Zorgverlener	GEDECLAREERD		TOEGEKEND		AFGEWEZEN		Ged. afgewezen	
	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000
Totaal 2018	3730	9.169	2050	5.084	1680	4.080	11	5
Apotheek	172	27	58	12	114	16	4	0
Ziekenhuis	2086	4.925	1158	2.411	928	2.510	3	4
Omni wijkzorg	3	7	0	0	3	7	0	0
GGZ	992	3.930	651	2.495	341	1.433	1	1
Huisarts	269	12	71	3	198	8	2	0
Revalidatie	2	72	2	72	0	0	0	0
Paramedisch, hulpmiddelen	36	1	0	0	36	1	0	0
Verloskundige zorg	17	7	2	1	15	6	0	0
Thuiszorg	12	88	2	12	10	76	1	0
Wlz	0	0	0	0	0	0	0	0
Overige (diversen)	8	6	1	0	7	6	0	0
Maatsch. werk	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulancevervoer	133	95	105	78	28	17	0	0

In tabel 7.2 zijn de zorgkosten van de subsidieregeling uitgesplitst naar zorgtype. Hierbij valt op dat zorg verleent in ziekenhuizen en door GGZ-instellingen veruit de grootste groep vertegenwoordigen, zowel in aantal als in bedrag.

Tabel 7.3: subsidieregeling naar herkomst onverzekerde personen

Herkomst personen	Jaar 2017		Jaar 2018	
	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000
Nederland	513	1.783	1.949	2.249
EU/EER	116	458	1.199	2.219
Andere landen	92	157	564	619
Totaal	721	2.398	3.712	5.087

Uit tabel 7.3 blijkt dat ruim de helft van de onverzekerde personen Nederlander is en dat bovendien een groot deel afkomstig is uit andere EU-landen. De veronderstelling is dat de groep Nederlanders vrijwel volledig verzekeringsplichtige personen betreft.

HOOFDSTUK 8. INTERNATIONALE ASPECTEN

8.1 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'. In 8.2 tot en met 8.6 wordt hier nader op ingegaan. Daarnaast geeft dit hoofdstuk informatie over Zvw-verzekerden die in het buitenland zorg ontvangen (8.7). Tot slot wordt in de laatste paragraaf (8.8) ingegaan op de voorlichting over grensoverschrijdende zorg.

8.2 Verdragsgerechtigden

De Europese sociale zekerheidsverordening (EG) 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/EER¹¹ en Zwitserland (hierna: EU) of tussen Nederland en de verdragslanden verplaatsen, hun ziektekostendeckning 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 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 uitkering¹² en
- c) in een andere EU-lidstaat of verdragsland wonende gezinsleden van de onder b) genoemde personen.

In het buitenland wonende gezinsleden van Zvw-verzekerden

In het buitenland wonende gezinsleden van Zvw-verzekerden kunnen 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'). De kosten hiervan komen 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 inroepen. De verdragsgerechtigde (niet werkende) gezinsleden van 18 jaar en ouder betalen een 'verdragsbijdrage' aan Nederland die door het CAK wordt geïnd (zie 8.3).

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). Gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden die in een ander EU-land wonen kunnen ook Wlz- en Zvw zorg ontvangen in Nederland. Ook zij betalen een verdragsbijdrage aan Nederland die door het CAK wordt geïnd¹³ (zie 8.3).

¹¹ De landen van de Europese Economische Ruimte (EER) zijn: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein.

¹² 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.

¹³ Wanneer men tevens een wettelijk pensioen van het woonland heeft is men in het algemeen al wettelijk verzekerd in 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.

De toepasselijkheid van de Verordening en verdragen en, daarmee samenhangend, de verplichting tot het betalen van een verdragsbijdrage, hebben een verplicht karakter.¹⁴

8.3 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) het CAK. Als *bevoegd orgaan* voert het CAK de administratie van verdragsgerechtigden en de heffing en inning van de verdragsbijdragen.

Daarnaast verstrekt het CAK 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 CAK daarnaast verantwoordelijk voor de afrekening van zorgkosten met het buitenland.

- 2) Zilveren Kruis vervult in het kader van de Verordening de functie van *bevoegd orgaan voor de zorg van verdragsgerechtigden*. 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.

Het Orgaan van de woonplaats vervult de functie van het bevoegd orgaan voor de zorg aan buitenlandsverzekerden die in Nederland wonen. In deze rol organiseert CZ de toegang tot de Wlz- en Zvw-zorg en het vergoeden van de gemaakte kosten.

8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden

Het totale aantal geregistreerde personen dat in het woonland een verdragsrecht op zorg heeft ten laste van Nederland laat een lichte daling zien. In 2018 waren dit 128.707 personen (2017: 130.192). De daling is het sterkst onder het aantal gezinsleden van gepensioneerden en – van grensarbeiders/verzekerden.

Tabel 8.1 Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: CAK)

Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie	2016	2017	2018
Gezinsleden van verzekerden	26.238	24.895	24.315
Achtergebleven gezinsleden van verzekerden	2.666	2.588	2.447
Gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	82.688	82.531	82.602
Gezinsleden van gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	20.734	20.178	19.343
Totaal	132.326	130.192	128.707

8.5 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.

¹⁴ Arrest Van Delft C-345/09

8.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage

Verdragsgerechtigden zijn een verdragsbijdrage verschuldigd aan het CAK. 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 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 zorg in het woonlandpakket zich verhoudt tot de zorg in het Nederlandse pakket (Zvw en Wlz).

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 zijn de zorgkosten lager, het verhoudingsgetal is daardoor minder dan 1. Uit tabel 8.3 blijkt dat verdragsgerechtigden over 2018 in totaal € 129,6 mln. aan verdragsbijdrage betaalden (2017 € 113,1 mln.).

8.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland

Voor de door het woonland verleende zorg aan verdragsgerechtigden betaalt Nederland (in casu het CAK) 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.¹⁵ In tabel 8.2 zijn de betaalde zorgkosten (werkelijke en gemiddelde zorgkosten) aan buitenlandse verzekeringsinstellingen opgenomen.

Tabel 8.2 Betaalde zorgkosten aan buitenlandse verzekeringsinstellingen (bron: CAK)

(x € 1 mln.)	2016	2017	2018	Vershil
werkelijke kosten	164,8	192,9	174,4	-18,5
gemiddelde kosten	40,3	47,3	46,1	-1,2
Totaal	205,1	240,2	220,5	-19,7

In 2018 betaalde het CAK in totaal € 220,5 mln. aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen.¹⁶ In 2017 bedroeg dit een totaalbedrag van € 240,2 mln. Ten opzichte van 2017 zijn de door Nederland aan het buitenland betaalde zorgkosten in 2018 met € 19,7 miljoen gestegen, een daling van 8%. De exacte reden van deze daling is lastig te verklaren; in het algemeen doen fluctuaties in de aan het buitenland betaalde zorgkosten doen zich voor en kunnen door verschillende factoren worden veroorzaakt. Onder meer de lange doorlooptijden, schommelingen in wisselkoersen, stelselwijzigingen in andere landen en de wijze van de berekening van declaraties door het buitenland kunnen hierbij een rol spelen. 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 met hogere zorgkosten.

In tabel 8.3 wordt het aantal verdragsgerechtigden naar groep en land weergegeven met daarbij de ontvangen verdragsbijdrage.

¹⁵ 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.

¹⁶ Dit bedrag kan nog wijzigen, vanwege de lange doorlooptijden in het interstatelijke declaratieverkeer.

Tabel 8.3 Aantallen verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage (bron: CAK)¹⁷

Land	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2017 (x 1.000)
EU/EER/Zwitserland					
België	23.729	9.453	13.063	1.213	29.915
Bulgarije	181	1	155	25	46
Cyprus	132	1	114	17	53
Denemarken	74	6	66	2	269
Duitsland	24.483	11.615	11.631	1.237	39.487
Estland	18	7	11	0	12
Finland	42	0	40	2	103
Frankrijk	8.447	250	7.359	838	25.919
Griekenland	1.040	53	881	106	388
Hongarije	1.229	39	989	201	527
Ierland	350	11	305	34	812
IJsland	5	0	4	1	20
Italië	1.499	47	1.373	79	2.028
Letland	16	3	12	1	4
Liechtenstein	2	0	1	1	4
Litouwen	33	4	25	4	25
Luxemburg	185	6	169	10	349
Malta	177	0	164	13	205
Noorwegen	100	3	93	4	466
Oostenrijk	720	34	630	56	1.543
Polen	3.893	3.206	587	100	300
Portugal	3.102	39	2.762	301	2.175
Roemenië	228	54	142	32	43
Slovenië	63	6	51	6	61
Slowakije	177	122	48	7	36
Spanje	12.595	104	11.333	1.158	15.205
Tsjechië	274	37	202	35	196
Verenigd Koninkrijk	1.246	10	1.012	224	2.308
Zweden	498	10	419	69	1.356
Zwitserland	546	31	494	21	1.676
Totaal EU/EER/ Zwitserland	85.084	25.152	54.135	5.797	125.533

¹⁷ 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.

Bilateraal	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2017 (x 1.000)
Bosnië Herzegovina	611	4	537	70	152
Kaapverdië	1.468	95	1.108	265	42
Kroatië	470	10	421	39	207
Macedonië	195	0	165	30	22
Marokko	21.533	573	13.075	7.885	412
Tunesië	717	82	440	195	27
<i>Turkije</i>	17.810	822	11.986	5.002	3.080
Voormalige Rep. Joegoslavië					
* <i>Kosovo</i>					
* <i>Montenegro</i>	49	3	40	6	8
* <i>Republiek Servië</i>	770	21	695	54	124
* <i>Republika Srpska</i>					
Totaal bilateraal	43.623	1.610	28.467	13.546	4.074
Totaal	128.707	26.762	82.602	19.343	129.608

In tabel 8.4 zijn de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten per land over de jaren 2017 en 2018 opgenomen. De werkelijke zorgkosten betaald aan België zijn gedaald met 29,3 miljoen; de betaalde kosten aan Duitsland stegen met € 9.6 miljoen Deze daling wordt gedeeltelijk verklaart door de wijze van internationale afrekening, maar omdat deze kosten niet te isoleren zijn is er geen precieze duiding te geven over de werkelijke daling van de zorgkosten.

Tabel 8.4 Aan het buitenland betaalde kosten (bron: CAK)

	2017		2018	
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten
België	95,6		66,3	
Bosnië-Herzegovina				
Bulgarije				
Cyprus		0,1		0,1
Duitsland	60,6		70,2	
Engeland		7,4		
Finland		0,1		0,1
Frankrijk	25,9	0,1	25,8	
Griekenland	0,3		0,1	
Hongarije	0,4		0,8	
Ierland		1		0,6
Italië	0,6		0,8	
Kroatië	0,5		0,3	
Kaapverdië				
Luxemburg	2,5		1,2	
Malta				
Macedonië				0,1
Marokko				
Noorwegen		0,3		0,4
Oostenrijk	2,5		2,8	
Polen	0,7		2	
Portugal		2,9		0,9
Roemenië				
Servië				0,3
Slovenië	0,1		0,1	
Slowakije	0,1		0,1	
Spanje	0,1	34		33,4
Tsjechië	0,4		0,6	
Tunesië				
Turkije		1,2		6,8
Zweden		0,1		2,7
Zwitserland	2,2		2,7	
Diverse landen	0,2		0,3	0,5
TOTAAL	192,7	47,2	174,4	46,1 ¹⁸

8.6 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. Het gaat dan om zorg volgens de Wlz en Zvw. Een vergelijkbare regeling geldt op grond van het verdrag met Macedonië voor gezinsleden van verzekerden.

¹⁸ Door afrondingen telt deze kolom niet op tot het genoemde totaal

Tabel 8.5 geeft het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland weer.

Tabel 8.5 Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland (bron: Zilveren Kruis)

Jaar	2016	2017	2018
Aantal personen	12.016	11.259	11.568
Totaal (x € 1 mln.)	32,34	31,14	31,98

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden laten een lichte stijging zien van circa € 0,84 miljoen. Het aantal verdragsgerechtigden dat zorg in Nederland ontvangt steeg; in 2017 met 309 mensen.

In tabel 8.6 wordt een overzicht gegeven van het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland in 2014 nader gespecificeerd naar woonland en type zorg (Zvw en WLZ).

Tabel 8.6 Zorggebruik verdragsgerechtigden (bron: Zilveren Kruis)

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
Land	Aantal Verdragsgerechtigden	Zvw	WLZ
België	3.159	6,9	0,3
Bulgarije	19	0,1	
Cyprus	33	0,1	
Denemarken	2		
Duitsland	4.423	12,8	
Estland	2		
Finland	2		
Frankrijk	1.258	3,4	
Griekenland	78	0,2	
Groot Brittannië	44	0,2	
Hongarije	192	0,4	
Ierland	32	0,1	
Italië	170	1,1	
Kroatië	18		
Letland	1		
Litouwen	5		
Luxemburg	42	0,1	
Malta	53	0,1	
Noorwegen	6	0,1	
Oostenrijk	52	0,1	
Polen	47	0,2	
Portugal	322	1,2	
Roemenië	25	0,1	
Slovenië	8		
Slowakije	4		
Spanje	1.347	3,9	
Tsjechië	28	0,1	
Zweden	35	0,1	
Zwitserland	161	0,4	
Totaal	11.568	31,7	0,3

Bijna tweederde 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 (1.347 respectievelijk 1.258 personen) naar Nederland voor zorg.

8.7 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 8.7 is een meerjarig overzicht gegeven van de kosten grensoverschrijdende zorg van Zvw-verzekerden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de kosten grensoverschrijdende zorg gemaakt op grond van de Verordening of verdragen en de Zvw-polis.

Tabel 8.7 Meerjarig overzicht kosten grensoverschrijdende zorg Zvw-verzekerden¹⁹ (bron: CAK en Zorginstituut)

	2016	2017	2018
Zvw-polis	239,4	241,6	250,3
Verordening of verdrag	147,7	171,6	156,6
Totaal (x € 1 mln.)	387,0	413,2	406,9

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:

- De totale zorgkosten van Nederlandse verzekerden in het buitenland in 2018 bedragen in totaal € 406,9 miljoen. De kosten op grond van de Zvw-polis bedragen in 2018 € 250,3 miljoen. Op grond van de Verordening en verdragen bedragen de zorgkosten € 156,6 miljoen.
- In 2018 is er sprake van een daling van € 6,3 miljoen ten opzichte van 2017.
- Zoals blijkt uit de tabel is er over de jaren heen sprake van fluctuaties in de kosten van grensoverschrijdende Zvw-zorg. De fluctuaties doen zich vooral voor in de kosten die lopen via verordening of verdrag. Deze fluctuaties laten zich moeilijk verklaren, doordat zij afhankelijk zijn van verschillende factoren. Uit het voorgaande blijkt dat de fluctuaties kunnen worden veroorzaakt door de wijze van rapporteren door het CAK (kasbasis). Het declaratieproces vanuit het buitenland kent lange termijnen en soms is er sprake van bulkindiening of bulkafhandeling. Daardoor kunnen de rapportages (en ook de ramingen) een vertekend beeld geven. Fluctuaties kunnen daarnaast worden veroorzaakt door een toe- of afname in het grensoverschrijdend personenverkeer (bijvoorbeeld het aantal buitenlandvakanties, internationale arbeidsmobiliteit of de vraag naar zorg in het buitenland).

8.8 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.

Het CAK is op grond van Zorgverzekeringswet aangewezen als het 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.

¹⁹ De bedragen kunnen nog geactualiseerd worden in de volgende Verzekerdenmonitor. Daarmee zijn dit voorlopige cijfers

In Tabel 7.8 is te zien dat in het jaar 2018 in totaal 279 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. De tabel geeft ook inzicht in het onderwerp van de vragen. Bijna de helft van de verzoeken waren niet voor het NCP bestemd. Het NCP heeft in 95% van de gevallen de vragen binnen de maximale responstijd van vijf werkdagen beantwoord.

Tabel 8.8 Aantal verzoeken NCP (bron: CAK)

Aantal verzoeken aan het NCP			
	2016	2017	2018
Inkomende patiënten			
<i>Kosten behandeling</i>	5	18	13
<i>Zorglandschap</i>	5	11	4
<i>Gebruik EHIC</i>	15	21	26
<i>Kwaliteit van zorg</i>	4	0	1
<i>Patiëntenrechten</i>	0	6	7
<i>Algemeen</i>	4	7	38
Uitgaande patiënten			
<i>Vergoeding van kosten</i>	8	21	18
<i>Toestemmingsvraag</i>	8	14	14
<i>Gebruik EHIC</i>	0	2	0
<i>Zorgvraag</i>	3	1	5
<i>Algemeen</i>	3	2	6
<i>Overig²⁰</i>	13	8	21
NCP - Niet voor NCP ²¹	97	140	126
Totaal	165	251	279

²⁰ Vragen die onder 'overig' zijn geregistreerd betreffen voornamelijk vragen over wet- en regelgeving en vragen uit andere Europese lidstaten.

²¹ Vragen die niet voor het NCP bestemd zijn worden doorgestuurd naar het CAK. Indien vragen bestemd zijn voor andere organisaties, wordt de vragensteller doorverwezen naar de betreffende organisatie.