Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

VWS - Verzekerdenmonitor 2020

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen

Den Haag, 2020

Inhoud

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN 4
1.1 Inleiding 4
1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen 4
HOOFDSTUK 2. WANBETALERS 6
2.1 Inleiding 6
2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling 6
2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling 8
2.4 Wanbetalersbijdrage 15
2.5 Uitvoeringskosten 15
HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN 16
3.1 Inleiding 16
3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz 16
3.3 Verloop van het aantal onverzekerden 17
HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS 19
4.1. Inleiding 19
4.2 Activiteiten 2019 19
HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN 21
5.1 Inleiding 21
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden 21
5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden 22
5.4 Uitvoering 22
HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN 23
6.1 Inleiding 23
6.2 De wettelijke bijdrageregeling 23
6.3 Uitvoering van de regeling 24
6.4 De kosten van de bijdrageregeling 24
HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN 25
7.1 Inleiding 25
7.2 De uitvoering en zorgkosten van de subsidieregeling 26
7.3 Kosten van de subsidieregeling 26
HOOFDSTUK 8. INTERNATIONALE ASPECTEN 28
8.1 Inleiding 28
8.2 Verdragsgerechtigden 28
8.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland 29
8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden 29
8.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden 30
8.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland 33
8.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden 35
8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg 35
8.9 Caribisch Nederland 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 (maandelijks) nominale premie aan een zorgverzekeraar.

Tabel 1.1: Kerncijfers Zvw

	2017	2018	2019
Totaal aantal Zvw-verzekerden	17.055.800	17.173.600	17.210.000
Zvw-verzekerden boven de 18 jaar	13.682.643	13.813.607	13.891.000
Betaalde nominale premie	€ 17,6 mld	€ 18,0 mld	€ 19,2 mld
Betaald eigen risico	€ 3,1 mld	€ 3,2 mld	€ 3,1 mld
Geïnde inkomensafhankelijke bijdrage	€ 22,2 mld	€ 23,9 mld	€ 25,2 mld

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 studerenden. 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 dienst[1] 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.

In deze monitor komen ook aan de orde de personen die verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw, maar geen zorgverzekering hebben afgesloten (onverzekerde verzekeringsplichtigen), en zij die wel een verzekering hadden afgesloten, maar hebben nagelaten de premie te betalen (wanbetalers).

Tabel 1.2: Totaal aantal Zvw-verzekerden en bijzondere groepen in deze monitor

Groep	2017	2018	2019
Wanbetalers	249.044	223.714	202.702
Onverzekerde verzekeringsplichtigen	17.424	24.205	24.870
Gemoedsbezwaarden	12.341	12.256	12.237
Verdragsgerechtigden	130.192	128.707	126.634

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

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

Kort: Zorgverzekeraars kunnen verzekerden met een betalingsachterstand van zes of meer maanden zorgpremie aanmelden bij het CAK voor het bestuursrechtelijke premieregime (wanbetalersregeling). Het CAK legt in dat geval een bestuursrechtelijke premie op en int deze.

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 en het eigen risico van de zorgverzekering wanneer mensen onder een bepaalde inkomensgrens zitten. Daarnaast worden de bijstandsnormen zo vastgesteld dat verzekerden er, rekening houdend met de zorgtoeslag, de nominale premie van een zorgverzekering en de premie voor een aanvullende verzekering uit kunnen voldoen.

Vanaf de invoering van de Zvw zijn maatregelen genomen om het aantal mensen met premieachterstand terug te dringen. Om te voorkomen dat wanbetalers door zorgverzekeraars geroyeerd zouden worden (en onverzekerd zouden raken), zijn vrij snel na de invoering van de Zvw afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over de volledige uitvoering van de zorgverzekering bij verzekerden met een premieachterstand langer dan zes maanden. Zorgverzekeraars (met uitzondering van zorgverzekeraar ONVZ) gaan niet over tot royeren van verzekerden met een premieachterstand. Voor het verzekerd houden van de wanbetalers worden de zorgverzekeraars gecompenseerd zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt. Daarnaast is met de Wet verzwaren incassoregime[2] een wettelijk verbod ingevoerd op het opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand.

Na 2007 is de Zvw aangevuld met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, die in 2009 in werking is getreden[3] ofwel de 'wanbetalersregeling. Met de deze wet is 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. Het CAK legt de wanbetaler een bestuursrechtelijke premie op en int deze.

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 2016[4] en 120% per 2019), 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

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.
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

[2] Stb. 2007, 540
[3] Stb. 2009, 356
[4] Stcrt 2016, 19.623

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 hier op toe. De wanbetalersbijdrage wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds. De wanbetalers-bijdrage 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.

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 afbetalings-regeling 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[5] en voor wanbetalers die onder bewind staan per 1 juli 2019[6].

[5] Stcrt 2016, 36968
[6] Stcrt 2019, 34671

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%).

Jaar	Maatregel
2009	Start wanbetalersregeling; Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering
2013	Invoering omleiding zorgtoeslag van de Belastingdienst naar het CJIB
2016	Wet verbetering wanbetalersmaatregelen; o.a.: • Uitstroom bij betalingsregeling zonder tussenkomst schuldhulp • Verlaging bestuursrechtelijke premie naar 125% van gemiddelde nominale premie • Mogelijkheid om groepen aan te wijzen die onder voorwaarden kunnen uitstromen
2016	Uitstroomregeling voor bijstandsgerechtigde wanbetalers treedt in werking
2018	Eindafrekening bestuursrechtelijke premie wordt afgeschaft
2019	Opslag is verlaagd naar 20%
2019	Uitstroomregeling voor wanbetalers die onder bewind staan treedt in werking

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 CBS. In de tabellen kunnen kleine afrondingsverschillen voorkomen.

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

Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven

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

	2017	2018	2019
Tweedemaandsbrieven	362.548	375.811	384.309
Vierdemaandsbrieven	124.813	124.249	111.875
Zes maanden: aanmelding bestuursrechtelijk premieregime	184.177	200.273	187.803

In tabel 2.1 is het totaal aantal tweede- en vierdemaandsbrieven opgenomen die zorgverzekeraars 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 tweedemaandsbrieven is in 2019 toegenomen. Het aantal vierdermaandsbrieven en aanmeldingen van verzekerden voor het bestuursrechtelijk premieregime is afgenomen. Deze tegengestelde ontwikkelingen zijn te verklaren door de inspanningen van zorgverzekeraars (en gemeenten) om bij beginnende betalingsachterstanden contact op te nemen en een betalingsregeling aan te bieden.

Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraar

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

Verzekerden met betalingsachterstand van:	2017	2018	2019
2-4 maandpremies	151.000	140.421	133.521
4-6 maandpremies	157.000	174.124	173.261
van 6 of meer maandpremies	301.000	305.938	293.692
Totaal aantal betalingsachterstanden	**609.000**	**620.483**	**600.474**

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.

Tabel 2.2 geeft informatie over het gemiddeld aantal verzekerden met een betalingsachterstand. Het betreft hier automatisch gegenereerde informatie cijfers van zorgverzekeraars. In alle achterstandsklassen zijn de aantallen 2019 (licht) gedaald ten opzichte van 2018.

Aantal debiteuren met een betalingsregeling of een stabilisatieovereenkomst

Tabel 2.3 Lopende betalingsregelingen/stabilisatieovereenkomst (bron: Ketenmonitor)

	Intern	Extern	Stabilisatie
2017	161.509	95.726	8.544
2018	165.173	88.758	7.292
2019	176.236	89.775	6.204

In tabel 2.3 is het aantal lopende betalingsregelingen (intern of extern; bij een incassopartner) dat 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 buitengerechtelijke- als de gerechtelijke fase. Een stabilisatieovereenkomst is een schuldhulpinstrument dat ten doel heeft om evenwicht te brengen én te houden in de inkomsten en uitgaven van de schuldenaar en zo de mogelijkheid te creëren om de schuldsituatie op te lossen. Een stabilisatieovereenkomst is reden tot opschorting van de betalingsverplichting van de bestuursrechtelijke premie, zodat de wanbetaler meer financiële ruimte krijgt voor afbetaling van de schulden. Indien dit leidt tot een succesvolle schuldsanering, wordt de resterende openstaande schuld kwijtgescholden. Uit gegevens van het CAK blijkt echter dat circa de helft van de stabilisatieovereenkomsten niet definitief tot stand komt dan wel mislukt.

Tabel 2.3 laat zien dat zorgverzekeraars op grote schaal betalingsregelingen aanbieden. De stijging van het aantal interne 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

Totaal aantal wanbetalers die bestuursrechtelijke premie betalen

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

Per ultimo	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aantal wanbetalers	325.810	312.037	277.023	249.044	223.714	202.702
Instroom	127.536	118.489	133.283	184.177	200.273	187.803
Uitstroom	115.894	130.656	166.437	206.792	225.603	208.815

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 2019 flink gedaald tot 202.702. Dit wordt veroorzaakt door een hoge uitstroom. Tegelijk is te zien dat het aantal mensen dat de wanbetalersregeling instroomt de laatste drie jaar hoger is dan in de jaren 2014 t/m 2016. Dit heeft te maken het aantal heraanmeldingen van verzekerden die zich niet houden aan afgesproken betalingsregelingen, zoals ook toegelicht bij tabel 2.1. De instroom in 2019 is lager dan in 2018. Dit heeft vermoedelijk te maken met extra inspanningen van zorgverzekeraars om mislukte betalingsregelingen te herstellen, en het wijst erop dat burgers de gesloten betalingsregeling beter (kunnen) nakomen.

Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime

Tabel 2.5 Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime (bron: CAK)

	2016	2017	2018	2019
Schuld voldaan	39.520	29.215	24.861	21.170
Niet meer verzekeringsplichtig	22.709	21.625	17.498	15.618
Stabilisatieovereenkomst	17.212	16.981	15.545	13.220
Minnelijke schuldhulpverlening	8.407	5.918	3.878	3.801
WSNP	3.547	3.312	2.048	1.513
Niet meer premieplichtig	2.534	2.198	1.591	1.261
Overleden	1.486	1.368	1.259	1.134
Overlijden verzekeringnemer	86	73	62	54
Betalingsregeling	70.922	126.076	151.364	148.075
Aanmelding ingetrokken	11.414	11.101	9.812	8.070

In tabel 2.5 zijn de redenen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime nader gespecificeerd. In 2019 is de belangrijkste oorzaak van uitstroom het doorlopen van een betalingsregeling; circa 150.000 mensen zijn met een betalingsregeling uitgestroomd. Dit aantal is sinds 2017 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 coulancehalve worden ingetrokken, omdat snel na de aanmelding alsnog een regeling met de verzekeraar wordt getroffen.

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premieregime

Tabel 2.6 Aantal maanden wanbetaler (bron: CAK) [7]

Aantal maanden	2017	2018	2019
0 – 12	54.500	55.742	50.047
13 – 24	40.250	35.824	31.976
>24	155.250	132.148	120.678
Totaal	**250.000**	**223.714**	**202.702**

Tabel 2.6 geeft het aantal wanbetalers weer dat gedurende een bepaalde periode in het bestuursrechtelijk regime verblijft.

De tabel laat een evenredige daling zien van het aantal wanbetalers in alle perioden. Dit betekent dat het aantal maanden dat iemand verblijft in het bestuursrechtelijk premieregime geen indicatie geeft van de mate waarin mensen er in slagen uit te stromen.

Hernieuwde aanmeldingen

Tabel 2.7 Heraanmeldingen (recidive) (bron: CAK)

Heraanmeldingen op 31 december	2017	2018	2019
Voor een tweede keer aangemeld	146.509	153.191	164.164
Voor een derde keer aangemeld	27.686	30.194	34.790
Voor een vierde keer aangemeld	4.244	4.837	6.055
Voor een vijfde keer aangemeld	660	787	1.039

Tabel 2.7 laat het aantal hernieuwde aanmeldingen zien. 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 wederom toegenomen. Dit komt doordat sinds 2015 meer betalingsregelingen zijn getroffen. Een deel daarvan mislukt waarna heraanmelding volgt.

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

Zorgverzekeraars treden in die gevallen in contact met verzekerden om te proberen de betalingsregeling weer te starten.

Openstaande schuld bij zorgverzekeraar van wanbetalers in bestuursrechtelijk premieregime

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

Schuldhoogte bij zorgverzekeraar: gemiddeld aantal wanbetalers	2017	2018	2019
< € 250	24.179	20.752	18.757
€ 250 - € 750	48.396	36.877	29.969
> € 750	178.865	161.987	149.878

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.

2.3.3 De bestuursrechtelijke premie

Ontwikkeling hoogte bestuursrechtelijke premie

Tabel 2.9 Hoogte bestuursrechtelijke premie maandelijks (afgerond)

Hoogte premie per maand in €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Gemiddelde nominale premie	107	92	97	102	108	109	115
Bestuursrechtelijke premie	160	144	153	159	134	137	139

In tabel 2.9 is de ontwikkeling van de hoogte van de bestuursrechtelijke premie (afgerond) in relatie tot de nominale premie in beeld gebracht. Per 1 juli 2016 is de bestuursrechtelijke premie verlaagd van 130% van de standaardpremie naar 125% van de gemiddelde nominale premie. Per 2019 is de bestuursrechtelijke premie verlaagd naar 120% van de gemiddelde nominale premie.

Opgelegde bestuursrechtelijke premie

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

X € 1000	2009 tm 2017	2018	2019	Totaal
Te incasseren premies	3.974.503	382.396	351.920	4.708.819
Netto betaald	2.102.918	308.692	299.453	2.711.063
Afgeboekt	398.821	98.296	112.632	609.749
Naar eindafrekening*	492.641	21.543	0	514.093
In betalingsregeling	2.462	0	0	2.462
Openstaande premie	977.662	-46.045	-60.165	871.451

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

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 € 871 mln. betreft de totale openstaande premie bij het CAK per ultimo 2019. Hierin is nog niet meegenomen de aflettering van deelontvangsten bij het CJIB (circa € 200 mln.). Als de vordering bij het CJIB volledig is betaald, wordt dit doorgegeven aan het CAK.

Het CAK is in 2018 gestart met het afboeken van oninbare vorderingen conform het debiteurenbeleid en voor verjaring conform Awb. Onderdeel hiervan is het niet meer opstellen van de eindafrekening sinds 1 augustus 2018.

Nog nooit geïnde premie

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

	2016	2017	2018	2019
Aantal	55.314	48.715	36.862	37.933

In tabel 2.11 is het aantal wanbetalers opgenomen waarvan het nog nooit is gelukt bestuurs-rechtelijke 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 de laatste jaren gedaald en in 2019 nagenoeg gelijk gebleven. 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 2019 voor 190.250 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken[8] verzameld.

Totale groep wanbetalers naar leeftijd

Tabel 2.12 Wanbetalers naar leeftijd (bron: CBS)

leeftijd	2016	2017	2018	2019	2019*
18 -20	2.600	2.430	2.310	2.300	0,5%
20 - 25	25.460	22.950	20.920	19.740	1,8%
25 - 30	36.030	32.210	28.580	25.830	2,3%
30 - 35	35.260	32.350	28.990	26.900	2,4%
35 - 40	29.800	28.070	25.600	24.070	2,3%
40 - 45	27.670	24.670	21.880	20.100	2,0%
45 - 50	28.940	26.840	23.360	20.640	1,7%
50 - 55	24.720	22.530	19.950	18.350	1,4%
55 - 60	17.820	16.790	15.360	14.100	1,1%
60 - 65	10.520	10.210	9.310	8.830	0,8%
65 - 70	6.230	5.790	5.130	4.860	0,5%
70 - 75	2.960	3.090	2.930	2.780	0,3%
75 - 80	1.140	1.170	1.090	1.070	0,2%
> 80	790	770	720	690	0,1%
Totaal	**249.930**	**229.870**	**206.100**	**190.250**	**1,4%**

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

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. Het aantal wanbetalers is in alle leeftijdscategorieën wederom gedaald. De belangrijkste oorzaak hiervoor is de uitstroom op basis van een betalingsregeling. De daling van het aantal wanbetalers sinds 2016 is in de leeftijdscategorie 25-30 relatief het grootst. In de categorie 18 – en 19 jarigen en 70+ is de daling sinds 2016 relatief het laagst.

[8] Zie voor alle overzichten: CBS Statline

Herkomst totale groep wanbetalers

Tabel 2.13 Herkomst totale groep wanbetalers (bron: CBS)

Herkomst	2016	2017	2018	2019	2019*
Nederlandse achtergrond	130.230	119.200	105.050	94.970	0,9%
Migratieachtergrond	119.700	110.670	101.060	95.290	2,9%
w.v.					
Marokkaans	16.020	14.970	13.810	13.120	4,6%
Turks	14.460	13.410	12.160	11.340	3,5%
Surinaams	22.130	20.060	17.850	16.140	5,4%
Antilliaans	14.250	13.070	11.680	10.800	8,7%
Overige niet-westerse achtergrond	20.900	19.310	17.990	17.240	2,3%
Overige westerse achtergrond	31.940	29.850	27.570	26.640	1,7%
Totaal	**249.930**	**229.870**	**206.100**	**190.250**	**1,4%**

* percentage ten opzichte van de totale populatie.

Tabel 2.13 laat zien dat van de groep met een migratieachtergrond het percentage wanbetalers (2,9%) 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. Sinds 2016 is het aantal mensen in beide groepen in het bestuursrechtelijk premieregime gedaald.

Aantal wanbetalers in de top 20 gemeenten

Tabel 2.14 Gemeenten met het hoogste aantal wanbetalers

	Gemeente	2018	2019
1	Rotterdam	20.520	18.990
2	Amsterdam	15.780	14.610
3	's-Gravenhage	13.200	12.300
4	Almere	4.190	3.870
5	Utrecht	3.950	3.530
6	Arnhem	3.130	2.970
7	Tilburg	3.130	2.880
8	Eindhoven	3.200	2.860
9	Groningen	2.750	2.660
10	Enschede	2.820	2.430
11	Zaanstad	2.440	2.270
12	Dordrecht	2.300	2.190
13	Nijmegen	2.230	2.050
14	Leeuwarden	2.120	2.030
15	Breda	2.160	2.000
16	Heerlen	2.040	1.960
17	Schiedam	2.020	1.920
18	Apeldoorn	1.820	1.710
19	Lelystad	1.900	1.690
20	Zoetermeer	1.780	1.670

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

Tabel 2.15 Wanbetalers met zorgtoeslag (bron: CBS)

	2016	2017	2018	2019
Aantal wanbetalers met zorgtoeslag	162.592	145.170	130.180	117.520
Percentage van groep wanbetalers	65,1%	63,2%	63,2%	61,8%

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 daalt het percentage wanbetalers dat een zorgtoeslag; van 68% in 2013 naar 62% in 2019. 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).

Wanbetalers naar soort uitkering

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

	2016	2017	2018	% van groep
Totaal aantal wanbetalers	**277.023**	**249.044**	**206.100**	**1,5%**
Persoon met een arbeidsongesch.uitk.	26.490	23.960	21.040	2,9%
Persoon met een bijstandsuitkering	56.290	48.130	38.170	7,5%
Persoon met een werkloosheidsuitkering	13.570	10.770	8.710	3,5%
Persoon met een IOAW- of IOAZ-uitkering	1.420	1.320	1.010	3,3%
Persoon met ANW-uitkering	760	660	560	2,2%
Persoon met Ziektewet-uitkering	5.740	5.960	5.770	6,6%
Persoon met WSW-dienstverband	1.540	1.280	1.030	1,3%
Persoon met AOW-uitkering	11.220	9.540	8.370	0,3%

** Personen met meerdere uitkeringen worden meerdere keren meegeteld*

In tabel 2.16 is de groep wanbetalers uitgesplitst naar soort uitkering. 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 18,5% een bijstandsuitkering. De percentuele daling in deze groep is het grootst. Mogelijk als gevolg van de uitstroomregeling voor bijstandsgerechtigden. De cijfers over 2019 zijn nog niet beschikbaar.

Wanbetalers naar inkomensgroep

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

Inkomensgroep	2015	2016	2017
Totaal	**282.190**	**249.930**	**229.870**
< € 10.000	29.820	26.340	22.200
€ 10.000 tot € 20.000	149.860	126.210	109.890
€ 20.000 tot € 30.000	68.260	64.640	63.040
€ 30.000 tot € 40.000	21.140	20.510	22.240
€ 40.000 tot € 50.000	4.410	4.490	5.170
> € 50.000	1.660	1.570	1.950
Onbekend	7.040	6.180	5.380

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. De cijfers over 2018 en 2019 zijn nog niet beschikbaar. Opvallend is de sterke daling van het aantal wanbetalers met een inkomen van € 20.000 of minder, terwijl het aantal wanbetalers met een hoger inkomen redelijk stabiel blijft.

2.4 Wanbetalersbijdrage

Tabel 2.18 Betaalde wanbetalersbijdrage (bron: CAK)

	2017	2018	2019
x € 1000	401.918	368.808	352.884

In artikel 34a van de Zorgverzekeringswet en in artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering wordt geregeld onder welke voorwaarden zorgverzekeraars een bijdrage (standaardpremie) 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 totaal hebben zorgverzekeraars in 2019 iets meer dan € 350 miljoen ontvangen voor de wanbetalers die waren aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime.

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	2017	2018	2019
CAK	10.735	12.318	10.022
CJIB	11.400	11.731	7.234
Totale uitvoeringskosten	**22.135**	**24.049**	**17.256**

HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN

Kort: Onverzekerde verzekeringsplichtigen worden via een bestandskoppeling opgespoord door de SVB. Het CAK schrijft opgespoorde verzekeringsplichtigen aan en legt tweemaal een boete op indien betrokkene na drie maanden respectievelijk zes maanden na aanschrijving geen zorgverzekering afsluit. Na negen maanden wordt betrokkene gedurende een jaar ambtshalve verzekerd en wordt er een bestuursrechtelijke premie opgelegd.

3.1 Inleiding

Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering[9] (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 verzekeringsstelsel is het ongewenst dat er inbreuk wordt gemaakt op de daaraan ten grondslag liggende solidariteit. Daarin is meedoen, ook wanneer je het niet nodig hebt, de leidende gedachte. 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 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 Zorgverzekeringswet (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.

[9] Stb. 2011, 111.

De hoogte van de boete bedroeg in 2019 € 402,24. 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 2019: € 134,08 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 Aantal onverzekerden per jaar per 31 december (bron: CAK)

	2016	2017	2018	2019
Aangeschreven	53.912	58.914	67.444	84.992
Einde onverzekerd	53.384	64.450	60.663	84.327
Stand actief onverzekerden	22.960	17.424	24.205	24.870

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.

Er is geen verklaring gevonden voor de stijging van het aantal aangeschreven onverzekerden en het aantal 'einde onverzekerd'. Tussen het in- en uitstromen kan een persoon geregistreerd staan als actief onverzekerd (fase van aanschrijving en boete oplegging) of ambtshalve verzekerd. In dit proces zitten gemiddeld ca. 25.000 personen.

Totalen maart 2011 tot en met 2019

Tabel 3.2 De totalen van maart 2011 tot en met 2019 (bron: CAK)

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	362.449
Ambtshalve verzekerd	37.197
Niet (meer) Wlz-verzekerd	257.267
Overig*	6.177
Totaal	**663.090**

**Bijvoorbeeld door overlijden*

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 2019 zijn 663.090 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste gedeelte hiervan heeft vervolgens actie ondernomen door:

- zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (362.449);
- te betwisten dat zij Wlz-verzekeringsplichtig zijn (257.267)

Doorgestroomd naar wanbetalersregeling

Van de 663.090 mensen die ooit zijn aangeschreven als onverzekerde zijn 399.646 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 16,5% doorgestroomd naar de wanbetalersregeling.

Boetes en premies

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

Baten en lasten onverzekerden x € 1 miljoen	2016	2017	2018	2019
Baten				
Boetes opgelegd aan onverzekerden	7,2	7,7	8,3	11,0
Premie opgelegd aan ambtshalve verzekerden	4,2	4,9	4,3	5,3
Totale baten	11,4	12,6	12,6	16,3
Lasten				
Te betalen premie (compensatie) aan zorgverzekeraars	5,2	7,3	4,3	5,3
Dotatie aan voorziening oninbaar onverzekerden	7,0	7,4	10,7	13,9
Totale lasten	12,2	14,7	15,0	19,2
Saldo baten en lasten	-0,8	-2,1	-2,4	-2,9

In 2019 heeft het CAK via het CJIB voor € 11 miljoen aan boetes en € 5,3 miljoen aan bestuursrechtelijke premie opgelegd. Dit is een stijging t.o.v. de laatste jaren. Dit is het gevolg van de stijging van het aantal opgespoorde onverzekerde verzekeringsplichtigen.

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	2017	2018	2019
CAK	3.374	4.637	3.609
CJIB	1.726	1.318	915
SVB	2.732	3.137	3.454
Totale uitvoeringskosten	**7.832**	**9.091**	**7.978**

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 zorgverzekeringsschulden. 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 onverzekerdheid. 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. Nieuw in 2019 is de digitale gastles die is ontwikkeld in samenwerking met Digisterker.

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

4.2 Activiteiten 2019

Zorgverzekeringslijn heeft in 2019 onderstaande activiteiten ondernomen om het aantal wanbetalers en onverzekerden te verminderen. Nieuw in 2019 is de e-learning. Dit is een geaccrediteerde (voor bewindvoerders en schuldhulpverleners) digitale lesmodule voor hulpverleners.

Bereik professionals en jongeren	2019	Q1 + Q2 2020
Aantal werkbezoeken / bereik professionals	210 / 3.083	26 / 787
Aantal website gebruikers *(gemiddeld per maand)*	10.400	11.842
Aantal nieuwsbrief abonees	5.130	5.280
Aantal elearnings	589	522
Aantal gastlessen / bereik jongeren	155 / 3.313	26 / 583
Afgenomen lespakket *(DigiSterker)*	303	-

Vanwege de corona-crisis blijven de activiteiten in de eerste helft van 2020 achter bij de verwachting. De trainingen en gastlessen op locatie zijn geannuleerd. Waar mogelijk is een digitaal alternatief aangeboden. Vooral de e-learning is een populaire vervanging van de reguliere training. Het aanbod van e-learnings zal in de loop van 2020 verder worden uitgebreid.

Telefoongesprekken, chats en e-mails
In 2019 en 2020 blijft de chat een populaire manier om contact op te nemen met Zorgverzekeringslijn. In de eerste helft van 2020 komt bijna 50% van de contacten per chat binnen.

Kanalen contactmomenten	2019	Q1 + Q2 2020
Chat	2.274	1.262
E-mail en chat-tickets	856	397
Telefoon en terugbelverzoeken	3.613	1.421
Totaal	**6.743**	**3.080**

Het type vragen is in 2019 verandert. Er komen bij Zorgverzekeringslijn meer vragen over de verzekeringsplicht binnen. Deze vragen komen voornamelijk van internationale studenten en expats. Voor hen is vaak niet duidelijk of zij zich wel of niet moeten verzekeren in Nederland. Deze ontwikkeling zet door in 2020, hoewel het aantal vragen aan Zorgverzekeringslijn in het algemeen lager ligt.

Type klantvragen	2019	Q1 + Q2 2020
Algemene vragen	1.722	859
Onverzekerde minderjarigen *(P1)*	192	46
Onverzekerde meerderjarigen *(P2)*	1.084	575
Premieschulden tot 6 maanden *(P3)*	1.018	377
Wanbetalers *(P4)*	488	234
Verzekeringsplicht	2.239	989
Totaal	6.743	3.080

Voorlichtingen: trainingen en lessen
In 2019 verzorgde Zorgverzekeringslijn 365 voorlichtingen. Hiermee werden 3083 jongeren bereikt via de gastles en 3313 hulpverleners via de training. Daarnaast werden 303 jongeren bereikt via de digitale gastles en trainde Zorgverzekeringslijn 589 hulpverleners door middel van de e-learning.

De e-learning van Zorgverzekeringslijn startte in 2019 voor bewindvoerders. Deze doelgroep gaf aan behoefte te hebben aan een lesmethode op afstand die hen de vrijheid bood om op het door hen zelf gewenste moment te leren. In 2020 zijn er meerdere e-learnings ontwikkeld en biedt vrijwilligersorganisatie Schuldhulpmaatje Nederland de e-learning van Zorgverzekeringslijn aan via haar eigen lesportaal.

Samenwerking met gemeenten
Gemeenten hebben een belangrijke rol bij het terugdringen van (zorgverzekerings-)schulden. Zorgverzekeringslijn ondersteunt hen daarbij. In 2019 en 2020 is de dienstverlening naar gemeenten verder uitgebreid.

Trainingen aan gemeenten
Onder andere bij de gemeente Den Haag en Zwolle trainde Zorgverzekeringslijn de gemeentelijke schuldhulpverleners. Daarbij werden ook vrijwilligers uit de betreffende gemeenten uitgenodigd. In de trainingen staat het herkennen van zorgverzekeringsschulden centraal.

Zorgverzekeringslijn congres
Op 7 november 2019 organiseerde Zorgverzekeringslijn haar tweede jaarcongres. Alternatieve initiatieven om zorgverzekeringsschulden aan te pakken werden tijdens deze middag verder uitgelegd. De gemeente Arnhem presenteerde hun aanpak van vroegsignalering in samenwerking met Menzis, de Rechtbank Midden-Nederland besprak hun pilot om schuldhulpverlening van de gemeente Utrecht uit te nodigen in de rechtszaal en de gemeente Emmen deelde hun resultaten van de inzet van een vergelijkingstool voor het kiezen van de juiste zorgverzekering.

HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

Kort: Gemoedsbezwaarden kunnen op grond van hun levensovertuiging een ontheffing krijgen voor de premieplicht van o.a. de Wlz en hebben daarom geen verzekeringsplicht voor de Zvw. De gemoedsbezwaarde betaalt in plaats daarvan een bijdragevervangende belasting aan het CAK. Ziektekosten kunnen gedeclareerd worden ten laste van de rekening van een huishouden waar de bijdrage op wordt beheerd.

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

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

	2016	2017	2018	2019
Personen	12.473	12.341	12.213	12.237
Huishoudens	3.633	3.655	3.665	3.681

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.

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

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

Baten en lasten gemoedsbezwaarden	2017	2018	2019
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1-1	17,8	21,7	25,5
Resultatenrekening			
Bijdragevervangende belasting	9,5	8,7	10,1
Verleende vergoedingen voor	-5,6	-4,9	-5,0
Saldo rekeningen voor toevoeging	**21,7**	**25,5**	**30,6**
Toevoeging ten gunste van het ZVW	0,0	0,3	0,5
Toevoeging aan rekening	3,9	3,5	4,6
Totaal resultaatbestemming	3,9	3,8	5,1
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31-12	**21,7**	**25,5**	**30,6**

Tabel 5.2 geeft de baten en lasten weer. 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.

Als gevolg van de wijziging van de afdrachtregeling per 1 januari 2016 stijgt het saldo van de rekeningen met een toevoeging van tussen de € 4 mln en € 5 mln per jaar. Dit is circa 3 mln meer dan in de periode voor 2016.

5.4 Uitvoering

Tabel 5.3 Uitvoeringskosten gemoedsbezwaarden

Bedragen x € 1.000	2017	2018	2019
CAK	868	647	743

HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

Kort: Zorgverleners van vreemdelingen zonder verblijfsvergunning (onverzekerbare vreemdelingen) kunnen in bepaalde gevallen bij het CAK een bijdrage aanvragen voor de kosten van medische zorg die is verleend.

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 verblijft[10] 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.

[10] 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 opgenomen[11]. 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 2019 waren er 255 apothekers, 103 ziekenhuizen, 91 WLZ instellingen en 90 GGZ instellingen met een contract.

6.4 De kosten van de bijdrageregeling

Tabel 6.1: zorgkosten bijdrageregeling CAK (bron: CAK)

Zorgvorm x €1000	2017	2018	2019	% Δ 2018-2019
Ziekenhuizen	19.838	14.795	22.807	54%
Farmacie	4.271	4.276	4.000	-6%
GGZ	6.598	9.433	8.257	-12%
WLz	2.132	1.978	2.352	19%
Hulpmiddelen	108	107	136	27%
Ambulancevervoer	734	485	1.016	109%
Eerstelijnshulp				
Huisartsen	1.140	508	1.128	122%
Tandartsen	198	90	130	44%
Verloskunde	617	464	746	61%
Kraamzorg	1.172	1.094	2.068	89%
Paramedici	76	48	46	-4%
GGD'en	147	106	456	330%
Totaal	3.350	2.310	4.574	98%
Totaal	37.031	33.384	43.141	29%

In tabel 6.1 zijn de zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen opgenomen. De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen lijken in 2019 met circa € 10 mln. te zijn gestegen ten opzichte van 2018. Dit is echter het gevolg van de verwerking van circa 5 mln aan declaraties in 2019 die tot 2018 behoren. Dit verklaart tevens de afname in 2018. Dit in ogenschouw nemend komen de zorglasten in 2019 neer op circa € 38 mln, hetgeen een stabiel beeld toont in de kostenstijging door de jaren heen.

6.5 Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

Tabel 6.2 uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

Bedragen x € 1.000	2017	2018	2019
CAK	1.056	1.007	1.302

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

[11] https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen

HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN

Kort: Met de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden kunnen zorgverleners medische kosten vergoed krijgen die ze hebben gemaakt om onverzekerden te helpen.

7.1 Inleiding

De Subsidieregeling 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.[12] 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.

Onverzekerdheid kan een belemmering vormen om aan een onverzekerde medisch noodzakelijke zorg te verlenen. Straatdokters, 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 initieel 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) subsidieregeling voor de duur van 5 jaar.

De subsidieregeling komt voor een groot deel overeen met de wettelijke regeling die geldt voor de financiering van zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. De subsidieregeling vertoont immers naar haar aard grote gelijkenis met die regeling, zij het dat het een andere groep van onverzekerde personen betreft. Deze subsidieregeling is bedoeld als een noodmaatregel (overgangsmaatregel). De huidige wetgeving voorziet niet in financiering van onverzekerde zorg met terugwerkende kracht en een wetswijziging 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 Subsidieregeling 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 Subsidieregeling, 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

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

de patiënt. Alleen indien deze gegevens verstrekt worden kan vervolghulp worden georganiseerd en kan de verzekeringsplicht worden vastgesteld.

In maart 2018 is de subsidieregeling op enkele essentiële onderdelen vereenvoudigd. 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. Door aanhoudende signalen van belemmeringen uit het zorgveld (o.a. de straatdokters) is de regeling per 1 maart 2019 met terugwerkende kracht (tot en met 1 maart 2018) aangepast door o.a. de verzekeringsplicht voor de resterende zorgvormen te laten vervallen. De verzekeringsplicht speelt derhalve geen rol meer.

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.

7.3 Kosten van de subsidieregeling

Tabel 7.1: kosten subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (bron: CAK)

	2018	2019
Gedeclareerd	9.169	29.264
Afgewezen	5.084	10.909
Totaal toegekend	4.080	18.319

Het vervallen van de verzekeringsplicht, alsmede de grotere bekendheid van de subsidiemogelijkheid voor de groep niet-verzekeringsplichtigen, heeft ertoe bijgedragen dat zorgverleners meer gebruik zijn gaan maken van de regeling.

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

Zorgverlener	GEDECLAREERD		TOEGEKEND		AFGEWEZEN		OPENSTAAND	
	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000
Totaal 2019	8.635	29.264	6.204	18.319	2.405	10.909	26	37
Apotheek	276	103	140	55	130	47	6	1
Ziekenhuis	4.754	14.385	3.548	8.610	1.195	5.751	11	25
Omni wijkzorg	25	96	2	14	23	81	0	0
Geestelijke gezondheidszorg	2.267	13.850	1.682	9.041	581	4.799	4	11
Huisarts	354	25	147	8	202	18	5	0
Revalidatie	7	106	3	104	4	2	0	0
Paramedisch, hulpmiddelen	0	0	0	0	0	0	0	0
Verloskundige zorg	35	25	10	6	25	19	0	0
Thuiszorg	1	0	0	0	1	0	0	0
Maatschappelijk werk	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulancevervoer	916	674	672	482	244	192	0	0

In tabel 7.2 zijn de zorgkosten van de subsidieregeling uitgesplitst naar zorgtype. Hieruit blijkt dat ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg verantwoordelijk zijn voor het merendeel van de zorglasten. Dat zijn ook de zorgvormen waarin het gaat om aanzienlijke bedragen per zorgactiviteit.

Tabel 7.3: subsidieregeling naar herkomst onverzekerde personen

Herkomst personen	Jaar 2018		Jaar 2019	
	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000
Nederland	1.949	2.249	3.592	13.545
EU/EER	1.199	2.219	3.294	10.604
Andere landen	564	619	1.330	4.445
Onbekend	0	0	419	670
Totaal	**3.712**	**5.087**	**8.635**	**29.264**

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.

7.4 Uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden

Tabel 7.4 uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden

Bedragen x € 1.000	2017	2018	2019
CAK	635	800	1.419

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/EER[13] en Zwitserland (hierna: EU) of tussen Nederland en de verdragslanden verplaatsen, hun ziektekostendekking verliezen of dubbel wettelijk verzekerd zijn.
Personen die in een ander EU-land of verdragsland wonen, hebben onder bepaalde omstandigheden een 'verdragsrecht op zorg' in het woonland ten laste van Nederland.
De betreffende verdragsregeling voorziet daar 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 uitkering[14] 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 geïnd[15] (zie 8.3).

[13] De landen van de Europese Economische Ruimte (EER) zijn: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein.
[14] 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.
[15] 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.[16]

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

Tabel 8.1 Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: CAK)

Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie	2017	2018	2019
Gezinsleden van verzekerden	24.895	24.315	22.689
Achtergebleven gezinsleden van verzekerden	2.588	2.447	2.276
Gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	82.531	82.602	82.848
Gezinsleden van gepensioneerden/ uitkeringsgerechtigden	20.178	19.343	18.821
Totaal	**130.192**	**128.707**	**126.634**

Het totale aantal geregistreerde personen dat in het woonland een verdragsrecht op zorg heeft ten laste van Nederland laat een daling zien. In 2019 waren dit 126.634 personen (2018: 128.707. De daling is het sterkst onder het aantal gezinsleden van gepensioneerden en – van grensarbeiders/verzekerden.

[16] Arrest Van Delft C-345/09

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.

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 2019 in totaal € 128,4 mln. aan verdragsbijdrage betaalden (2018 € 129,6 mln.).

8.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland

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

(x € 1 mln.)	2017	2018	2019	Verschil
werkelijke kosten	192,9	174,4	191,9	17,5
gemiddelde kosten	47,3	46,1	38,4	-7,7
Totaal	**240,2**	**220,5**	**230,3**	**9,8**

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.[17] In tabel 8.2 zijn de betaalde zorgkosten (werkelijke en gemiddelde zorgkosten) aan buitenlandse verzekeringsinstellingen opgenomen.

In 2019 betaalde het CAK in totaal € 230,5 mln. aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen. In 2018 bedroeg dit een totaalbedrag van € 220,5 mln. Ten opzichte van 2018 zijn de door Nederland aan het buitenland betaalde zorgkosten in 2019 met € 9,8 miljoen gestegen, een stijging van 4,4%. De exacte reden van deze stijging is lastig te verklaren; in het algemeen doen fluctuaties in de aan het buitenland betaalde zorgkosten 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.

[17] 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.

Tabel 8.3 Aantallen verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage (bron: CAK)[18]

Land	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achter-gebleven gezinsleden	Verdrags-gerechtigden (hoofdver-zekerden)	Gezinsleden van verdrags-gerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2019 (x 1.000)
EU/EER/Zwitserland					
België	23.567	9.324	13.029	1.214	31.664
Bulgarije	212	1	180	31	46
Cyprus	129	1	109	19	53
Denemarken	86	6	73	7	249
Duitsland	23.593	10.844	11.595	1.154	37.392
Estland	16	5	11	0	10
Finland	46	0	43	3	113
Frankrijk	8.333	200	7.317	816	24.203
Griekenland	1.071	59	908	104	650
Hongarije	1.315	36	1.076	203	557
Ierland	344	10	306	28	870
IJsland	4	0	3	1	17
Italië	1.497	53	1.361	83	2.101
Letland	13	2	9	2	3
Liechtenstein	2	0	1	1	3
Litouwen	31	3	25	3	23
Luxemburg	186	6	169	11	367
Malta	181	0	169	12	221
Noorwegen	99	0	94	5	472
Oostenrijk	708	30	625	53	1.489
Polen	3.357	2.606	639	112	341
Portugal	3.189	31	2.856	302	2.442
Roemenië	239	46	155	38	42
Slovenië	61	3	52	6	58
Slowakije	142	83	51	8	36
Spanje	12.775	103	11.493	1.179	14.822
Tsjechië	287	36	212	39	174
Verenigd Koninkrijk	1.258	5	1.045	208	2.742
Zweden	519	13	435	71	1.474
Zwitserland	522	26	478	18	1.463
Totaal EU/EER/ Zwitserland	**83.782**	**23.532**	**54.519**	**5.731**	**124.097**

[18] 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 achter-gebleven gezinsleden	Verdrags-gerechtigden (hoofdver-zekerden)	Gezinsleden van verdrags-gerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2019 (x 1.000)
Bosnië Herzegovina	400	2	348	50	107
Kaapverdië	1.451	98	1.087	266	44
Kroatië	482	10	436	36	197
Macedonië	190	0	161	29	22
Marokko	21.132	507	13.025	7.600	653
Tunesië	702	65	444	193	36
Turkije	17.444	728	11.865	4.851	3.132
Voormalige Rep. Joegoslavië					
* *Kosovo*	-	-	-	-	-
* *Montenegro*	50	3	41	6	8
* *Republiek Servië*	774	19	710	45	127
* *Republika Srpska*	227	1	212	14	
Totaal bilateraal	**42.852**	**1.433**	**28.329**	**13.090**	**4.326**
Totaal	**126.634**	**24.965**	**82.848**	**18.821**	**128.423**

In tabel 8.4 zijn de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten per land over de jaren 2018 en 2019 opgenomen. De werkelijke zorgkosten betaald aan Duitsland zijn gestegen met € 11,1 miljoen. Zoals hierboven is aangegeven is de exacte reden van een dergelijke stijging lastig te verklaren doordat verschillende factoren dergelijke fluctuaties kunnen veroorzaken.

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

	2018		2019	
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten
België	66,3		68,6	
Bosnië-Herzegovina				1,1
Bulgarije				
Cyprus		0,1		0,1
Duitsland	70,2		81,3	
Engeland			0,1	
Finland		0,1		0,1
Frankrijk	25,8		26,9	
Griekenland	0,1		1,6	
Hongarije	0,8		0,8	
Ierland		0,6		0,8
Italië	0,8		3,5	
Kroatië	0,3		0,4	
Kaapverdië				
Luxemburg	1,2		1,6	
Malta				
Macedonië		0,1		
Marokko				
Noorwegen		0,4		
Oostenrijk	2,8		2,7	
Polen	2		1,1	
Portugal		0,9		
Roemenië				
Servië		0,3		
Slovenië	0,1		0,1	
Slowakije	0,1		0,1	
Spanje		33,4	0,3	34,5
Tsjechië	0,6		0,3	
Tunesië				
Turkije		6,8		1,7
Zweden		2,7		
Zwitserland	2,7		2	
Diverse landen	0,3	0,5	0,5	0,1
TOTAAL	174,4	46,1	191,9	38,4

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.

Tabel 8.5 geeft het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland weer.

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

Jaar	2017	2018	2019
Aantal personen	11.259	11.568	12.421
Totaal (x € 1 mln.)	**31,14**	**31,98**	**38,3**

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden laten een substantiële stijging zien van circa € 6,3 miljoen. Een verklaring voor deze stijging is de stijging van het aantal verdragsgerechtigden dat zorg in Nederland ontving. Dit aantal steeg in 2019 met 853 mensen.

In tabel 8.6 wordt een overzicht gegeven van het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland in 2019 nader gespecificeerd naar woonland en type zorg (Zvw en Wlz).

Tabel 8.6 Zorggebruik verdragsgerechtigden (bron: Zilveren Kruis) (bedragen x € 1000)

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
Land	**Aantal Verdragsgerechtigden**	**Zvw**	**WLZ**
België	3.350	8.855	169
Bulgarije	27	179	
Cyprus	36	138	
Denemarken	3	3	
Duitsland	4.761	15.750	40
Estland	2	1	
Finland	3	1	
Frankrijk	1.323	3.565	3
Griekenland	84	316	
Groot Brittannië	46	125	
Hongarije	222	777	
Ierland	30	54	
Italië	179	978	
Kroatië	25	32	
Letland	1	21	
Litouwen	3	2	
Luxemburg	49	51	
Malta	57	94	
Noorwegen	3	17	
Oostenrijk	53	107	
Polen	50	297	
Portugal	385	1.302	
Roemenië	28	167	
Slovenië	5	8	
Slowakije	6	19	
Spanje	1.461	4.663	
Tsjechië	24	81	1
Zweden	44	52	
Zwitserland	161	421	
Totaal	**12.421**	**38.075**	**213**

Circa 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 (1.461 respectievelijk 1.323 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-verzekerden[19] (bron: CAK en Zorginstituur)

	2017	2018[20]	2019
Zvw-polis	240,6	256,1	256,0
Verordening of verdrag	173,1	156,4	177,0
Totaal (x € 1 mln.)	**413,7**	**412,5**	**433,0**

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:
- De totale zorgkosten van Nederlandse verzekerden in het buitenland in 2019 bedragen in totaal € 433 miljoen. De kosten op grond van de Zvw-polis bedragen in 2019 € 256 miljoen. Op grond van de Verordening en verdragen bedragen de zorgkosten € 177 miljoen.
- In 2019 is er sprake van een stijging van € 20,5 miljoen ten opzichte van 2018.
- 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

[19] De bedragen kunnen nog geactualiseerd worden in de volgende Verzekerdenmonitor. Daarmee zijn dit voorlopige cijfers.
[20] De bedragen over 2018 en 2019 kunnen nog geactualiseerd worden in de volgende Verzekerdenmonitor. Daarmee zijn dit voorlopige cijfers.

informatie aan verzekerden over hun rechten en plichten bij grensoverschrijdende zorg binnen de EU.

In Tabel 8.8 is te zien dat in het jaar 2019 in totaal 270 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. De tabel geeft ook inzicht in het onderwerp van de vragen. Honderd 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			
	2017	**2018**	**2019**
Inkomende patiënten			
Kosten behandeling	18	13	15
Zorglandschap	11	4	12
Gebruik EHIC	21	26	55
Kwaliteit van zorg	0	1	0
Patiëntenrechten	6	7	13
Algemeen	7	38	28
Uitgaande patiënten			
Vergoeding van kosten	21	18	10
Toestemmingsvraag	14	14	7
Gebruik EHIC	2	0	1
Zorgvraag	1	5	3
Algemeen	2	6	4
Overig[21]	8	21	22
NCP - Niet voor NCP[22]	140	126	100
Totaal	**251**	**279**	**270**

8.9 Caribisch Nederland

Inwoners van de eilanden Bonaire, St. Eustatius en Saba zijn allen verzekerd sinds 2010 volgens het besluit zorgverzekering BES. In de Regeling Aanspraken Zorgverzekering BES (RAZ BES) is opgenomen waarop de ingezetenen van de BES-eilanden aanspraak kunnen maken.
Door de kleinschaligheid van de eilanden is het niet mogelijk alle zorg op het eiland zelf te leveren. Daarom vinden er regelmatig medische uitzendingen plaats naar ziekenhuizen op St. Maarten, Curaçao, Aruba en in Colombia. Het zorgverzekeringskantoor, gevestigd op Bonaire en onderdeel van het ministerie van VWS, geeft uitvoering aan de RAZ BES en sluit contracten af met diverse zorgaanbieders. In tabel 8.9 treft u de kerngetallen Caribisch Nederland.

Tabel 8.9 Kerngetallen Caribisch Nederland

	2017	**2018**	**2019**
Aantal verzekerden	23.901	24.186	25.717
Aantal Medische uitzendingen	7.102	7.562	7.200
Kosten Medische uitzendingen	25.000.000	32.000.000	28.000.000

[21] Vragen die onder 'overig' zijn geregistreerd betreffen voornamelijk vragen over wet- en regelgeving en vragen uit andere Europese lidstaten.
[22] 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.