



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

VWS- Verzekerdenmonitor 2018

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

Den Haag, 2018

Inhoud

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen	5
HOOFDSTUK 2. WANBETALERS	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling	7
2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling	9
2.3.1 Gegevens over wanbetalers in het voortraject (< zes maanden)	9
2.3.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime	10
2.3.3 De bestuursrechtelijke premie	12
2.3.4 Achtergrondkenmerken van totale groep wanbetalers	13
2.4 Wanbetalersbijdrage.....	16
2.5 Uitvoeringskosten	16
HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz	17
3.3 Verloop van het aantal onverzekerden	18
3.4 Conclusie	19
HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS	20
4.1. Inleiding	20
4.2 Activiteiten 2017.....	20
HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN	23
5.1 Inleiding	23
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden	23
5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden.....	23
5.4 Uitvoering	24
5.5 Conclusie	24
HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN.....	25
6.1 Inleiding	25
6.2 De wettelijke bijdrageregeling	25
6.3 Uitvoering van de regeling	26
6.4 De kosten van de bijdrageregeling	26
HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN.....	28
7.1 Inleiding	28
7.2 De uitvoering van de subsidieregeling.....	29
7.3 Zorgkosten van de subsidieregeling.....	29
HOOFDSTUK 8. INTERNATIONALE ASPECTEN.....	31
8.1 Inleiding	31
8.2 Verdragsgerechtigden.....	31

8.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland	32
8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden	32
8.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden	32
8.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage	32
8.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland.....	33
8.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	36
8.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden	38
8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg.....	39
HOOFDSTUK 9. CARIBISCH NEDERLAND	40

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN

1.1 Inleiding

Het Nederlandse stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen is opgebouwd uit twee delen. 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. Eind 2017 waren er in totaal 17.055.849 Zvw-verzekerden (13.682.149 aantal Zvw-verzekerden boven de 18 jaar). Op basis van de gemiddelde nominale premie, en het gemiddelde aantal verzekerden in 2017, is 17,6 miljard euro aan nominale premie en 3,2 miljard euro aan eigen risico betaald. Daarnaast is 22,2 miljard euro aan inkomensafhankelijke bijdrage geïnd.

Deze monitor gaat niet in op deze grote groep Zvw-verzekerden, maar concentreert zich op enkele relatief kleine groepen waarvoor aparte regelingen bestaan die grotendeels worden uitgevoerd door het CAK. Kennis van de omvang van de totale groep verzekerden is echter van belang om deze bijzondere groepen in perspectief te kunnen plaatsen.

1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

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

de kosten van de zorg die zij ontvangen zelf betalen. Indien zij daar niet in staat blijken, kunnen zorgaanbieders -onder voorwaarden- een beroep doen op een bijdrageregeling die wordt uitgevoerd door het CAK. Op grond van deze regeling wordt aan hen de kosten geheel of gedeeltelijk vergoed, voor zover zij die niet kunnen verhalen op de betreffende cliënt. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) heeft de exclusieve bevoegdheid om de Wlz-verzekeringsstatus vast te stellen. De SVB beheert een positieve, actuele Wlz-verzekerdenregistratie, die onderdeel vormt van de Basisadministratie Volksverzekeringen (BAV). Zorgverzekeraars kunnen, indien gereede twijfel bestaat over de verzekeringsplicht van een aspirant-verzekerde, de SVB verzoeken informatie te verstrekken over de verzekeringsstatus van betrokkene. Op die manier kunnen zij vaststellen of iemand Wlz-verzekerd is en dus moet worden geaccepteerd voor de zorgverzekering.

Iedereen die Wlz-verzekerd is, is in principe verzekeringsplichtig voor de Zvw. Hierop gelden twee uitzonderingen, namelijk voor militairen in werkelijke dienst en voor gemoedsbezwaarden. Gemoedsbezwaarden zijn mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering. Onder strikte voorwaarden kunnen zij bij de SVB een ontheffing van de premieplicht aanvragen. Eind 2017 waren er 12.341 gemoedsbezwaarden.

Niet iedereen die verzekeringsplichtig is voor de Zvw sluit daadwerkelijk een zorgverzekering af. Eind 2017 waren 17.424 mensen actief onverzekerd. Deze personen bevinden zich in de fase van aanschrijving en boete oplegging. Daarnaast waren er eind 2017 249.044 wanbetalers die wel een verzekering hadden afgesloten, maar hebben nagelaten de premie te betalen.

Een bijzonder aspect van het stelsel van Nederlandse ziektekostenverzekeringen wordt gevormd door de zorgverzekering in Caribisch Nederland (Bonaire, Saba, Sint Eustatius). Sinds 1 januari 2011 is voorzien in een zorgverzekering voor iedereen die rechtmatig woont of werkt op het grondgebied van Caribisch Nederland. Die verzekering is toegespitst op de specifieke situatie van de eilanden. Het gaat om circa 24.000 verzekerden in 2017.

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

Tabel 1.1: Totaal aantal Zvw-verzekerden en bijzondere groepen in deze monitor

Groep	Eind 2017
Zvw-verzekerden	17.055.849
Zvw-verzekerden > 18 jaar	13.682.149
Wanbetalers	249.044
Onverzekerden	17.424
Gemoedsbezwaarden	12.341
Verdragsgerechtigden	130.192

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

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

2.1 Inleiding

Elke verzekerde van 18 jaar en ouder is verplicht een nominale premie te betalen aan de zorgverzekeraar bij wie hij zich heeft verzekerd. Met de inwerkingtreding van de Zvw heeft de overheid diverse maatregelen getroffen om ervoor te zorgen dat de zorgverzekering voor iedereen betaalbaar is. De voornaamste daarvan is de zorgtoeslag. Die biedt een financiële tegemoetkoming voor de nominale premie van de zorgverzekering wanneer mensen onder een bepaalde inkomensgrens zitten. Daarnaast worden de bijstandsnormen zo vastgesteld dat verzekerden er, rekening houdend met de zorgtoeslag, de nominale premie van een zorgverzekering en de premie voor een aanvullende verzekering uit kunnen voldoen.

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

Daarnaast is met de Wet versterken incassoregime² een wettelijk verbod ingevoerd op het opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand van minimaal een maandpremie.

Al in 2007 werd voorzien dat deze maatregelen niet voldoende zouden zijn om het aantal wanbetalers terug te dringen. Om die reden is de Zvw aangevuld met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, die in 2009 in werking is getreden³. In 2011 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de uitvoering van deze wanbetalersregeling. De aanbevelingen uit deze evaluatie hebben -onder meer- geleid tot de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen die op 1 juli 2016 in werking is getreden. Het kabinet wil met deze wet het aantal wanbetalers in de zorgverzekering terugdringen. Naast de verlaging van de premie (naar 125% van de gemiddelde nominale premie⁴), maakt deze wet het onder andere mogelijk dat een wanbetaler zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener uit de wanbetalersregeling kan stromen als er een betalingsregeling wordt getroffen met de zorgverzekeraar. Ook maakt deze wet het mogelijk om groepen aan te wijzen die uit het bestuursrechtelijke premieregime kunnen stromen.

2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling

Met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering is in 2009 Afdeling 3.3.2 (artikelen 18a tot en met 18g) aan de Zvw toegevoegd. Deze wanbetalersregeling kent twee fases. De voorfase in het private traject wanneer er sprake is van betalingsachterstand van de nominale zorgpremie van ten hoogste zes maandpremies, en de (publieke) bestuursrechtelijke fase die start wanneer een verzekerde door de zorgverzekeraar is aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

Voorfase / private traject

Zodra de zorgverzekeraar een betalingsachterstand van een maand aan zorgpremie heeft geconstateerd en de verzekerde is aangemaand te betalen, vervalt voor de verzekerde de

² Wet van 13 december 2007 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering)(Stb. 2007, 540).

³ Wet van 18 juli 2009 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)(Stb. 2009, 356).

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

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 bieden de polis te splitsen als er sprake is van meerdere verzekerden. Ook moet hij wijzen op de mogelijkheid van schuldhulpverlening en de gevolgen als de premieachterstand verder oploopt.

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

(Publieke) bestuursrechtelijke fase

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

De zorgverzekeraar ontvangt voor het verzekerd houden van de wanbetaler een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ter hoogte van de standaardpremie. Deze wanbetalersbijdrage wordt alleen verstrekt indien de zorgverzekeraar de dekking van de verzekering in stand laat, de wettelijk voorgeschreven incasso-inspanningen verricht en voldoende medewerking verleent aan activiteiten die zijn gericht op aflossing van de schuld. De voorwaarden voor de wanbetalersbijdrage zijn opgenomen in artikel 6.5.4 van de regeling zorgverzekering. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hierop toe. De wanbetalersbijdrage wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds. De wanbetalersbijdrage voorkomt dat zorgverzekeraars wanbetalers royeren. Het risico voor de eerste zes maanden premieachterstand draagt de zorgverzekeraar.

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

Na de aanmelding als wanbetaler betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het CAK. 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) mededeelt welk bedrag op uitkering, pensioen of salaris dient te worden ingehouden. Indien er geen inkomen is, dan wel niet het gehele bedrag aan bestuursrechtelijke premie kan worden ingehouden, draagt het 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 tweemaal door deurwaarders gecontroleerd of er verhaalscapaciteit aanwezig is.

De aan de uitvoering door het CAK, het CJIB en de deurwaarders verbonden kosten worden betaald uit de begroting van het ministerie van VWS.

Het CAK heft en int de bestuursrechtelijke premie totdat de wanbetaler al zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, er al dan niet door tussenkomst van een schuldhulpverlener een afbetalingsregeling is getroffen, een stabilisatieovereenkomst is overeengekomen of indien er een wettelijk of minnelijk schuldtraject loopt en de nominale premie aan de zorgverzekeraar wordt betaald. De mogelijkheid om uit het bestuursrechtelijk regime te stromen met een afbetalingsregeling die zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener tot stand is gekomen, bestaat sinds

1 juli 2016. Dit is opgenomen in de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen. Deze wet biedt tevens de grondslag om met een ministeriële regeling groepen aan te wijzen die direct uit kunnen stromen. De ministeriële regeling die dit mogelijk maakt is op 8 juli 2016 in werking getreden.

2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling

In deze paragraaf worden de cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling gepresenteerd. Deze cijfers zijn afkomstig van zorgverzekeraars, het CAK, Zorgverzekeringslijn.nl en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bij iedere tabel wordt de bron weergegeven. In de tabellen kunnen kleine afrondingsverschillen voorkomen. Om de kenmerken van de groep wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime te bepalen gaat het CBS uit van de wanbetalers die op 31 december van een jaar zijn ingeschreven in de basisregistratie personen (BRP). Een deel van de wanbetalers is niet in de BRP ingeschreven, waardoor het aantal wanbetalers waarvan achtergrondgegevens bekend zijn afwijkt van het aantal wanbetalers bij het CAK.

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

Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven

In tabel 2.1 is het totaal aantal tweede- en vierdemaandsbrieven opgenomen die zorgverzekeraars in 2015, 2016 en 2017 hebben verstuurd. De tweede- en vierdemaandsbrieven geven een beeld van het aantal verzekerden met een betalingsachterstand en de mate waarin zij er in slagen verder oplopen van de premieschuld te voorkomen.

Het aantal verstuurde tweede - en vierde maandsbrieven is in 2017 wederom gedaald met ruim 7% naar 362 duizend brieven. Dit heeft vermoedelijk te maken met de betere economische omstandigheden, maar ook door het beleid van zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld door de mogelijkheid van (vooraf) gespreid van het eigen risico, waardoor ook een betalingsachterstand van de zorgpremie wordt voorkomen. Het aantal aanmeldingen van verzekerden voor het bestuursrechtelijk premiereregime is voor het derde jaar op rij toegenomen. Deze stijging heeft te maken met toegenomen aantal heraanmeldingen van verzekerden die zich niet houden aan afgesproken betalingsregelingen. Tabel 2.5 laat zien dat het aantal betalingsregelingen is gestegen van 70.922 in 2016 naar 126.076 in 2017. Na een heraanmelding volgt vaak weer een afmelding, doordat de verzekerde zich weer aan de betalingsregeling gaat houden.

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

	2015	2016	2017
Tweedemaandsbrieven	473.005	392.573	362.548
Vierdemaandsbrieven	161.670	135.402	124.813
Zes maanden: aanmelding bestuursrechtelijk premiereregime	118.489	133.283	184.177

Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraar

Tabel 2.2 geeft informatie over het gemiddeld aantal verzekerden in 2015, 2016 en 2017 met een betalingsachterstand.

Uit de tabel blijkt dat een deel van de mensen met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden niet bij het CAK is aangemeld (het aantal mensen met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden is immers iets groter dan het aantal wanbetalers dat is aangemeld bij het CAK)⁵. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat een betalingsregeling is getroffen waarbij ook de lopende maandpremies weer worden voldaan.

Opvallend is dat het aantal verzekerden met een betalingsachterstand over de gehele linie is gedaald met ruim 35.000 mensen. Daarbij is de daling van verzekerden met een betalingsachterstand van 6 of meer maandpremies het grootst. Dit heeft voor een deel te maken met het toegenomen aantal betalingsregelingen. Door afbetalingen zijn veel betalingsachterstanden van meer dan zes maanden zorgpremie geslonken tot betalingsachterstanden van vier tot zes maanden.

⁵ Zie tabel 2.4

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

Verzekerden met betalingsachterstand van:	2015	2016	2017
2-4 maandpremies	150.893	143.032	142.812
4-6 maandpremies	129.347	155.011	151.346
van 6 of meer maandpremies	331.383	312.327	279.172
Totaal aantal betalingsachterstanden	611.623	610.370	573.330

Aantal debiteuren met een betalingsregeling of een stabilisatieovereenkomst

In tabel 2.3 is het aantal lopende betalingsregelingen (intern of extern, bij een incassopartner) dat op 31 december 2015, 2016 en 2017 open stond en het aantal stabilisatieovereenkomsten in beeld gebracht. Het betreft hier regelingen en overeenkomsten waar ten minste de premieschuld in zit. Betalingsregelingen bij de externe incassopartner hebben zowel betrekking op de buiten-gerechtelijke- 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.

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

Tabel 2.3 Lopende betalingsregelingen/stabilisatieovereenkomst op 31 december 2017 (bron: Ketenmonitor)

	Intern	Extern	Stabilisatie
2015	137.468	93.515	7.978
2016	156.109	95.305	8.812
2017	161.509	95.726	8.544

2.3.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime

Totaal aantal wanbetalers die bestuursrechtelijke premie betalen

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

Het aantal wanbetalers is eind 2017 flink gedaald tot 249.044. Dit wordt veroorzaakt door een historisch hoge uitstroom, ten opzichte van 2016 is de uitstroom met 24% gestegen. Het aantal wanbetalers zit daarmee weer op het niveau van voor 2010. Tegelijk is te zien dat het aantal mensen dat de wanbetalersregeling instroomt ook in 2017 is gestegen. Dit heeft te maken met het aantal heraanmeldingen van verzekerden die zich niet houden aan afgesproken betalingsregelingen, zoals ook toegelicht bij tabel 2.1.

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

Per ultimo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aantal wanb.	266.306	303.528	297.954	314.138	325.810	312.037	277.023	249.044
Instroom	289.132	122.818	118.706	126.901	127.536	118.489	133.283	184.177
Uitstroom	37.574	85.614	124.358	110.768	115.894	130.656	166.437	206.792

Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime

In tabel 2.5 zijn de redenen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime nader gespecificeerd. In 2017 is de belangrijkste oorzaak van uitstroom het doorlopen van een betalingsregeling, ruim 125.000 mensen zijn met een betalingsregeling uitgestroomd. Opvallend is dat dit instrument in korte tijd aan populariteit gewonnen, in 2015 maakten nog slechts 19.000 hier gebruik van. 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 worden verwerkt. Ook betreft het aanmeldingen die coulanchehalve worden ingetrokken omdat snel na de aanmelding alsnog een regeling met de verzekeraar wordt getroffen.

Tabel 2.5 *Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime (bron: CAK)*

	2015	2016	2017
Schuld voldaan	50.172	39.520	29.215
Niet meer verzekeringsplichtig	27.361	22.709	21.625
Stabilisatieovereenkomst	16.711	17.212	16.981
Minnelijke schuldhulpverlening	8.211	8.407	5.918
WSNP	4.308	3.547	3.312
Niet meer premieplichtig	2.406	2.534	2.198
Overleden	1.555	1.486	1.368
Overlijden verzekeringnemer	111	86	73
Betalingsregeling	19.794	70.922	126.076
Aanmelding ingetrokken	13.058	11.414	11.101

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premieregime

Tabel 2.6 geeft het aantal wanbetalers weer dat gedurende een bepaalde periode in het bestuursrechtelijk regime verblijft. Het aantal maanden dat iemand verblijft in het bestuursrechtelijk premieregime geeft een indicatie van de mate waarin mensen er in slagen uit te stromen. Hoe langer de verblijfsduur, hoe kleiner de kans dat uitstroom op eigen kracht tot de mogelijkheden behoort. Het aantal wanbetalers dat tot een jaar in het bestuursrechtelijke premieregime zit is in 2017 gestegen. Dit wordt met name veroorzaakt door het mislukken van een betalingsregeling. Indien een verzekerde een maand betaling mist wordt deze direct weer aangemeld. Er volgt dan contact met de verzekerde om de betalingsregeling opnieuw te proberen. Als dat lukt, volgt weer een afmelding. Het aantal wanbetalers dat langer dan 13 maanden in bestuursrechtelijke premieregime zit daarentegen wel gedaald.

Tabel 2.6 *Aantal maanden wanbetaler (bron: CAK) ⁶*

Aantal maanden	2015	2016	2017
0 - 12	48.756	28.114	54.500
13 - 24	55.224	51.276	40.250
>24	183.910	189.422	155.250
Totaal	287.890	268.812	250.000

Hernieuwde aanmeldingen

Tabel 2.7 laat het aantal hernieuwde aanmeldingen zien in 2015, 2016 en 2017. Het gaat hier om cumulatieve aantallen vanaf de start van de wanbetalersregeling eind 2009. Circa 30% van de aanmeldingen betreft recidivisme. Het aantal heraanmeldingen is toegenomen. Dit komt doordat sinds 2015 meer betalingsregelingen zijn getroffen. Een deel daarvan mislukt waarna

⁶ De verdeling naar klassenduur 2017 heeft het CAK eerst in de loop van de 2018 kunnen produceren op de productieomgeving. De daaruit voorkomende verhoudingen zijn terug geëxtrapoleerd naar de op 250.000 afgeronde stand ultimo 2017, waarbij de klassen zijn afgerond op kwart-duizendtallen. Verder kunnen aantallen afwijken door het moment waarop in de administratie wordt gekeken, deze is dagelijks in beweging door aan- en afmeldingen.

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

Tabel 2.7 Heraanmeldingen (recidive) (bron: CAK)

Heraanmeldingen op 31 december	2015	2016	2017
Voor een tweede keer aangemeld	102.006	131.761	146.509
Voor een derde keer aangemeld	12.285	21.809	27.686
Voor een vierde keer aangemeld	1.289	2.913	4.244
Voor een vijfde keer aangemeld	153	426	660

Openstaande schuld bij zorgverzekeraar van wanbetalers in bestuursrechtelijk premieregime

In tabel 2.8 staat, onderverdeeld in drie klassen, het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime met een nog openstaande schuld bij zorgverzekeraars. De cijfers vormen een indicatie van de mate waarin inspanningen worden verricht om de schuld terug te brengen én geven een beeld van het aantal wanbetalers voor wie zicht bestaat op afmelding uit het bestuursrechtelijk premieregime, omdat de schuld nog maar relatief klein is.

Door het toegenomen aantal betalingsregelingen neemt de schuldhoogte in alle drie de klassen af. De afname is procentueel gezien het sterkst in de categorieën tot 750 euro.

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

Schuldhoogte bij zorgverzekeraar: gemiddeld aantal wanbetalers	2015	2016	2017
< € 250	42.518	32.844	24.179
€ 250 - € 750	75.971	64.228	48.396
> € 750	207.081	197.666	178.865

2.3.3 De bestuursrechtelijke premie

Ontwikkeling hoogte bestuursrechtelijke premie

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

Tabel 2.9 Hoogte bestuursrechtelijke premie maandelijks (afgerond)

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

Opgelegde bestuursrechtelijke premie

In tabel 2.10 is de opgelegde bestuursrechtelijke premie weergegevens 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 jaren daarop volgend wordt betaald. Daardoor is de openstaande bestuursrechtelijke premie in 2016 lager dan in 2017 en in 2015 lager dan in 2016. Het is dus niet zo dat het inningspercentage lager is geworden. Integendeel, het inningspercentage is gestegen naar circa 50% door een set aan incasso-instrumenten, bijvoorbeeld: broninhouding, omleiding zorgtoeslag en de tweede deurwaardersgang.

De openstaande bestuursrechtelijke premie van € 1,433 miljard betreft de totale openstaande premie bij het CAK over de periode september 2009 tot 1 januari 2018. Hierin is nog niet meegenomen de aflettering van deelontvangsten bij het CJIB (circa 170 miljoen). Als de vordering bij het CJIB volledig is betaald, wordt dit doorgegeven aan het CAK.

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

X € 1000	2009 tm 2015	2016	2017	Totaal
Te incasseren premies	3.051.004	502.612	420.888	3.974.503
Netto betaald	1.599.448	263.005	173.235	2.035.688
Afgeboekt	381.209	15.168	2.444	398.821
Naar eindafrekening*	443.178	39.338	10.125	492.641
In betalingsregeling	2.459	3	0	2.462
Openstaande premie	624.709	185.099	235.084	1.044.892

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

Bovenstaande tabel 2.10 ziet op de financiële situatie per ultimo 2017. Hier is dus nog geen rekening gehouden met de financiële effecten van de per 1 augustus 2018 doorgevoerde maatregel om geen eindafrekeningen meer te innen. De effecten daarvan keren terug in de eerstvolgende verzekerdenmonitor.

Nog nooit geïnde premie

In tabel 2.11 is het aantal wanbetalers opgenomen waarvan het nog niet is gelukt bestuursrechtelijke premie te innen, noch via bronheffing, noch via incassoactiviteiten. Dit betekent dat deze wanbetalers geen kenbare bron van inkomen hebben (loon of uitkering), onvoldoende middelen hebben om te betalen of niet vindbaar zijn voor deurwaarders. Het betreft uitsluitend de betaling van de bestuursrechtelijke premie; als er recht bestaat op zorgtoeslag wordt deze omgeleid. Het aantal is in 2017 is met 12% gedaald ten opzichte van 2016. Deze groep profiteert ook van de mogelijkheid om uit te stromen met het aangaan van een betalingsregeling.

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

	2015	2016	2017
Aantal	56.979	55.314	48.715

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. Daarmee hanteert het CBS een striktere afbakening dan het CAK, waardoor de cijfers soms lager zijn. Het CBS heeft met peildatum 31 december 2017 voor 229.870 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken⁷ verzameld.

Totale groep wanbetalers naar leeftijd

In tabel 2.12 zijn de wanbetalers ingedeeld naar leeftijdscategorie. Uit deze tabel blijkt dat, in tegenstelling tot 2016, de relatief grootste aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie 30-35 jaar valt. De daling van het aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie 18-25 jaar zet gestaag door. Een verklaring daarvoor kan zijn de intensivering van voorlichtingsactiviteiten gericht op jongeren. Verder is opvallend dat de daling van het aantal wanbetalers niet zichtbaar is in de groep van 70-jarigen en ouder. Het aantal wanbetalers in alle leeftijdscategorieën is in 2017 ten opzichte van 2015 gedaald. De belangrijkste oorzaak hiervoor is de uitstroom op basis van een betalingsregeling.

⁷ Zie voor alle overzichten: CBS Statline

Tabel 2.12 Wanbetalers naar leeftijd (bron: CBS)*

leeftijd	2014	2015	2016	2017	2017
18 - 20	3.300	2.840	2.600	2.430	0,6%
20 - 25	34.310	30.510	25.460	22.950	2,1%
25 - 30	44.140	41.540	36.030	32.210	2,9%
30 - 35	40.990	39.020	35.260	32.350	3,1%
35 - 40	33.970	32.800	29.800	28.070	2,7%
40 - 45	35.470	32.450	27.670	24.670	2,4%
45 - 50	33.790	32.200	28.940	26.840	2,1%
50 - 55	28.990	27.870	24.720	22.530	1,8%
55 - 60	19.530	19.350	17.820	16.790	1,4%
60 - 65	11.730	11.430	10.520	10.210	0,9%
65 - 70	7.160	7.170	6.230	5.790	0,6%
70 - 75	2.830	2.910	2.960	3.090	0,4%
75 - 80	1.240	1.240	1.140	1.170	0,2%
> 80	790	860	790	770	0,1%
Totaal	298.240	282.190	249.930	229.870	

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

Herkomst totale groep wanbetalers

Tabel 2.13 laat zien dat van de groep met een migratieachtergrond het percentage wanbetalers (3,6%) hoger is dan van de groep met een Nederlandse achtergrond (1,1%). Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met inkomen en opleidingsniveau. Mensen met een migratieachtergrond hebben relatief vaker een laag inkomen en zijn lager opgeleid. In 2017 is ten opzichte van 2016 het aantal mensen in beide groepen in het bestuursrechtelijk premiereregime gedaald.

Tabel 2.13 Herkomst totale groep wanbetalers (bron: CBS)

Herkomst	2014	2015	2016	2017	2017*
Nederlandse achtergrond	156.710	147.710	130.230	119.200	1,1%
Migratieachtergrond	141.530	134.480	119.700	110.670	3,6%
w.v.					
Marokkaans	18.320	17.790	16.020	14.970	5,6%
Turks	16.970	16.210	14.460	13.410	4,3%
Surinaams	26.460	24.990	22.130	20.060	7,0%
Antilliaans	16.630	15.680	14.250	13.070	11,2%
Overige niet-westerse achtergrond	24.710	23.390	20.900	19.310	2,9%
Overige westerse achtergrond	38.450	36.420	31.940	29.850	2,0%
Totaal	298.240	282.190	249.930	229.870	

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

Aantal wanbetalers in de top 20 gemeenten

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

Tabel 2.14 Gemeenten met het hoogste aantal wanbetalers

1	Gemeente	Aantal	7	Eindhoven	3.690	14	Leeuwarden	2.520
2	Rotterdam	22.500	8	Arnhem	3.390	15	Breda	2.460
3	Amsterdam	17.870	9	Groningen	3.230	16	Schiedam	2.230
4	's-Gravenh.	14.920	10	Enschede	2.980	17	Heerlen	2.220
5	Almere	4.740	11	Dordrecht	2.760	18	Lelystad	2.190
6	Utrecht	4.390	12	Zaanstad	2.730	19	Haarlem	2.140
	Tilburg	3.700	13	Nijmegen	2.530	20	's-Hertogenb	2.050

Wanbetalers met zorgtoeslag

Indien de bestuursrechtelijke premie niet door middel van broninhouding geïnd kan worden, wordt vanaf 2013 de eventuele zorgtoeslag van wanbetalers door de Belastingdienst rechtstreeks betaald aan het CJIB. Deze groep betaalt dus een deel van de bestuursrechtelijke premie door rechtstreekse verrekening met de zorgtoeslag.

Sinds 2017 lijkt het percentage wanbetalers dat een zorgtoeslag ontvangt ligt te dalen; sinds 2013 is het percentage gedaald van 68% naar 63%. 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).

Tabel 2.15 Wanbetalers met zorgtoeslag (bron: CBS)

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

Wanbetalers naar soort uitkering

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 22,5% een bijstandsuitkering.

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

	2013	2014	2015	2016
Totaal personen in huishoudens	282.440	298.240	282.190	249.930
Persoon met minimaal één uitkering	112.750	119.890	112.480	105.810
Persoon met een arbeidsongesch. uitk.	29.640	31.940	30.420	26.490
Persoon met een bijstandsuitkering	62.350	67.890	64.210	56.290
Persoon met een werkloosheidsuitkering	22.270	21.350	18.860	13.570
Persoon met een IOAW- of IOAZ-uitkering	1.050	1.340	1.490	1.420

Wanbetalers naar inkomensgroep

In de onderstaande 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.

Met ingang van 2015 is onder andere een deel van het eigenwoningbezit meegenomen bij het afleiden van het inkomen, wat tot hogere besteedbare inkomens leidt. Hierdoor zijn de cijfers van 2014 en 2015 minder goed vergelijkbaar. De cijfers over 2016 zijn nog niet beschikbaar.

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

Inkomensgroep	2013	2014	2015
Totaal	280.900	296.300	278.340
< € 10.000	54.400	57.300	42.760
€ 10.000 tot € 20.000	159.100	163.500	150.630
€ 20.000 tot € 30.000	54.200	60.500	65.010
€ 30.000 tot € 40.000	10.900	12.300	15.850
€ 40.000 tot € 50.000	1.700	2.000	2.960
> € 50.000	600	700	1.130

2.4 Wanbetalersbijdrage

In totaal hebben zorgverzekeraars in 2017 bijna € 402 miljoen ontvangen voor de wanbetalers die waren aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime. De standaardpremie voor het jaar 2017 bedroeg € 1530,-.

Tabel 2.18 Betaalde wanbetalersbijdrage (bron: CAK)

	2013	2014	2015	2016	2017
x € 1000	455.131	427.209	450.540	432.446	401.918

2.5 Uitvoeringskosten

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

Tabel 2.19 uitvoeringskosten (bron: jaarverslagen CAK/CJIB)

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

HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding

Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering⁸ (hierna: Wet Ovoz) in werking getreden. De Wet Ovoz heeft tot doel om het aantal onverzekerden terug te dringen. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekering hebben. Verzekeringsplichtigen die nalaten een zorgverzekering te sluiten, zijn onverzekerd. De regering is van mening dat het ongewenst is dat er een situatie bestaat waarbij een aanzienlijk deel van de verzekeringsplichtigen zich kan onttrekken aan de verzekeringsplicht. In de eerste plaats gaat het natuurlijk om de onverzekerden zelf. Ook de onverzekerde die denkt dat hij geen verzekering nodig heeft, kan geconfronteerd worden met een ernstige ziekte of een ongeval. En meestal zal deze onverzekerde niet in staat zijn de kosten van die zorg zelf te betalen. Het is juist de door de verzekering geboden bescherming die bewerkstelligt dat de negatieve, financiële gevolgen van dergelijke gebeurtenissen, beperkt blijven. Ten tweede speelt hierbij niet alleen het persoonlijk belang van de onverzekerden, maar ook het belang van het sociale verzekeringssysteem. Gezien vanuit het verzekeringstelsel is het ongewenst dat er inbreuk wordt gemaakt op de daaraan ten grondslag liggende solidariteit. Daarin is meedoen, ook wanneer je het niet nodig hebt, de leidende gedachte. Ten slotte geldt dat onverzekerd zijn mogelijk gevolgen heeft voor de volksgezondheid, omdat onverzekerden zorg zouden kunnen mijden en daarmee in sommige gevallen anderen in gevaar brengen. Daardoor zou de gezondheidszorg met onnodige kosten kunnen worden opgezadeld.

3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz

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

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

1. Aanschrijving door het CAK

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

2. Boete(s)

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

⁸ Stb. 2011, 111.

De hoogte van de boete bedroeg in 2017 € 382,50. 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 (2017: € 127,50 per maand). Deze premie wordt zo veel mogelijk door middel van bronheffing geïnd. Een ambtshalve verzekerde kan zich op deze manier niet onmiddellijk aan premiebetaling onttrekken.

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

4. Terugkeer naar het normale premieregime

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

3.3 Verloop van het aantal onverzekerden

Aantal onverzekerden

Tabel 3.1 toont het verloop van het aantal aangeschreven onverzekerden, het aantal onverzekerden dat uit het Ovoz-traject is gestroomd en de stand van het aantal actieve onverzekerden. Bij de interpretatie van tabel 3.1 dient in ogenschouw te worden genomen dat hierin is inbegrepen een jaarlijkse piek (in maart) van tussen de 25.000 en 30.000 aanschrijvingen. Een deel van deze piek wordt veroorzaakt door vertragingen in de administratie van overstappende verzekerden.

Als deze piek voor dat deel buiten beschouwing wordt gelaten, dan kan geconcludeerd worden dat maandelijks circa 3.000 personen in en uit de regeling van de Wet Ovoz stromen. Tussen het in- en uitstromen kan een persoon geregistreerd staan als actief onverzekerd (fase van aanschrijving en boete oplegging) of ambtshalve verzekerd.

Tabel 3.1 Aantal onverzekerden per jaar per 31 december (bron: CAK)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aangeschreven	69.744	69.382	71.726	47.458	53.912	58.914
Einde onverzekerd	96.028	72.323	71.012	54.480	53.384	64.450
Stand actief onverzekerden	31.681	28.740	29.454	22.432	22.960	17.424

Totalen maart 2011 tot en met 2017

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 2017 zijn 518.100 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste gedeelte hiervan heeft vervolgens actie ondernomen door:

- zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (280.835);
- te betwisten dat zij Wlz-verzekeringsplichtig zijn (202.432)

Tabel 3.2 De totalen van maart 2011 tot en met 2017 (bron: CAK)

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	280.835
Ambtshalve verzekerd	31.338
Niet (meer) Wlz-verzekerd	202.432
Overig*	3.495
Totaal	518.100

*Bijvoorbeeld door overlijden

Doorgestroomd naar wanbetalersregeling

Van de 518.100 mensen die ooit zijn aangeschreven als onverzekerde zijn 312.173 personen de Zvw ingestroomd als verzekerde (zie tabel 3.2). De doorstroom van de onverzekerdenregeling naar de wanbetalersregeling heeft alleen op deze 'deelgroep' betrekking. Van deze groep is 15,7 % doorgestroomd naar de wanbetalersregeling.

Boetes en premies

In 2017 heeft het CAK via het CJIB voor € 12,6 miljoen aan boetes opgelegd. De stijging van € 1,2 miljoen kan verklaard worden door een hoger boetebedrag en een wat hogere instroom.

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

Baten en lasten onverzekerden x € 1 miljoen	2014	2015	2016	2017
Baten				
Boetes opgelegd aan onverzekerden	8,4	5,7	7,2	7,7
Premie opgelegd aan ambtshalve verzekerden	5,3	5,8	4,2	4,9
Totale baten	13,7	11,5	11,4	12,6
Lasten				
Te betalen premie (compensatie) aan zorgverzekeraars	5,3	5,8	5,2	7,3
Dotatie aan voorziening oninbaar onverzekerden	9,3	5,5	7,0	7,4
Totale lasten	14,6	11,3	12,2	14,7
Saldo baten en lasten	-0,9	0,2	-0,8	-2,1

Uitvoeringskosten

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

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

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

3.4 Conclusie

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

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS

4.1. Inleiding

Zorgverzekeringslijn is een initiatief van het ministerie van VWS en onderdeel van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Sinds medio 2013 geeft Zorgverzekeringslijn praktische tips, training en onafhankelijk advies voor het oplossen van zorgverzekerings schulden aan 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 middel van trainingen op locatie, webinars en congressen de kennis en kunde overgedragen om hun cliënten te helpen. Voor de informatieverstrekking aan hulpverleners werkt Zorgverzekeringslijn samen met onder andere gemeentelijke instanties, hulpverleningsinitiatieven als Schouder Eronder en sociale wijkteams.

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

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

4.2 Activiteiten 2017

Zorgverzekeringslijn zet verschillende middelen in om wanbetaling en onverzekerdheid van de zorgverzekering te voorkomen. Zo is er direct contact (telefoon, e-mail en chat), informatie op onze website, de verspreiding van flyers en de trainingen (gastlessen en workshops). Per contactmethode zal worden uitgelegd hoe de resultaten van 2017 zijn behaald.

Tabel 4.1 Resultaten zorgverzekeringslijn in 2016 en 2017

	2016	2017
Telefoongesprekken en e-mails	8.074	11.811
Informatiemomenten*	52.300	51.461
Website (totaal bezoekers)	133	393
Flyers	225	226
Voorlichtingen	1.007.277	464.251

* Er zijn acht pagina's op de website geoormerkt als 'informatiemoment'. Deze pagina's bieden zodanig specifieke informatie dat een bezoek aan een van deze pagina's een telefoongesprek of e-mail kan vervangen. Het gaat om de pagina's: '18 jaar', 'onverzekerd', 'coming from abroad', 'hoe sluit ik een zorgverzekering af', 'veelgestelde vragen', 'een betalingsachterstand' en 'naar het buitenland'.

Telefoongesprekken en e-mails

Telefoongesprekken en e-mails kunnen over verschillende onderwerpen gaan. We onderscheiden algemene vragen en echte problemen die bellers kunnen hebben. Klantvragen zijn vragen die betrekking hebben op een van volgende probleemsituaties: onverzekerde minderjarigen, onverzekerde meerderjarigen, schulden bij verzekeraar en aangemeld bij CAK. Algemene vragen ("geen klant" in 2016, "P0" in 2017) kunnen gaan over de inhoud van het pakket, detentie, over (toekomstige) verzekeringsplicht of toekomstige schulden.

Tabel 4.2 Typen klantvragen

	2016 in %	2017 in %
Onverzekerde minderjarige	5	3
Onverzekerde meerderjarige	11	10
Schulden bij de verzekeraar	44	42
Aangemeld als wanbetaler	13	9
Algemene vragen	27	36
Totaal	100%	100%

De groep algemene vragen is groter geworden ten opzichte van vorig jaar (van 27% naar 36%). Er gaan veel vragen over de verzekeringsplicht (23,3%), de nota van de zorgverzekeraar (18,7%), algemene vragen van ingezetenen (18,9%) en niet ingezetenen (11,6%). Ook de inhoud van het basispakket (8,2%) en vragen omtrent schuldpreventie (6%) zijn noemenswaardig.

Training en gastlessen

In totaal verzorgde Zorgverzekeringslijn in 2017 619 voorlichtingen. Een grote stijging ten opzichte van 2016 toen 358 voorlichtingen werden gegeven. Vooral het aantal trainingen onder de titel 'Zo los je zorgverzekeringsschulden op!' aan hulpverleners steeg behoorlijk; van 133 in 2016 naar 393 in 2017. Zo bereikte Zorgverzekeringslijn ongeveer 3500 hulpverleners in het sociaal domein.

Flyers

Na de grote flyerverzendingactie in 2016, om meer naamsbekendheid en traffic te genereren, zijn er in 2017 minder flyers verzonden; 464.251. Hiervan zijn ongeveer 175.000 flyers verzonden op aanvraag door het werkveld. De rest is proactief verstuurd naar hulpverlenende organisaties, gemeenten en zorgverleners.

Tabel 4.3: Verzonden flyers door de Zorgverzekerslijn

	Gezinnen	Jongeren	Nieuw	Baby	18+
Gemeente	52.250	33.790	23.450	97.445	68.860
Hulporganisatie	18.200	21.850	6.780	22.555	39.255
Overige	4.191	2.141	916	1.040	1.206
School	7	28.362	262	7	3.655
Zorgverlener	19.580	520	830	15.879	1.220

Overige activiteiten – Bevorderen uitstroom bijstandsgerechtigden

In 2017 heeft Zorgverzekeringslijn een plan van aanpak gemaakt voor gemeenten om de uitstroom van bijstandsgerechtigden uit de wanbetalersregeling te bevorderen. In totaal hebben 80 gemeenten contact opgenomen met Zorgverzekeringslijn met vragen over de Regeling Uitstroom Bijstandsgerechtigden (RUB). Hiervan hebben 32 gemeenten aangegeven het plan van aanpak te (gaan) gebruiken om de uitstroom van bijstandsgerechtigden te bespoedigen.

Overige activiteiten – Rapport gemeentelijke aanpak zorgverzekeringsschulden

De uitrol van het plan van aanpak in 2017 is in 2018 opgevolgd met een onderzoek onder Nederlandse gemeenten over de aanpak van zorgverzekeringsschulden. Het doel van het onderzoek was inzichtelijk maken welke maatregelen gemeenten nemen om zorgverzekeringsschulden te voorkomen en of ze doen aan vroegsignalering. Dit leverde de volgende interessante resultaten op.

Ten tijde van het onderzoek bood 99% van de gemeenten een collectieve zorgverzekering voor minima aan. Hiervan werd in 42% van de gevallen de premie ingehouden op de bijstandsuitkering. Een derde van de gemeenten denkt na over een alternatief voor de collectieve zorgverzekering, bijvoorbeeld in de vorm van financiële compensatie of hulp bij het kiezen van een zorgverzekering.

Tabel 4.4 Resultaten uit het rapport Gemeentelijke aanpak zorgverzekeringsschulden

	Ja	Nee	Weet het niet
Houdt uw gemeente bij bijstandgerechtigden de premie van de CZM in op de uitkering?	42%	48%	10%
Is uw gemeente bezig met vroegsignalering op het gebied van schulden?	81%	9%	10%

Van de responderende gemeenten deed 81% aan vroegsignalering van schulden. Meer dan 2/3 van deze gemeenten gebruikt een achterstand in het betalen van de zorgpremie als signaal. Dit deden zij door gegevens op te vragen bij zorgverzekeraars (60%) of het CAK (40%). Enkele gemeenten gaven aan nog geen gebruik te maken van deze gegevens omdat er onduidelijkheid bij hen is over de wettelijke grondslag van de uitwisseling van gegevens. Deze wettelijke grondslag is te vinden in hoofdstuk 7b van de Regeling Zorgverzekering.

Bijna de helft van de respondenten weet niet of de gemeente plannen heeft met de Regeling Uitstroom Bijstandsgerechtigden (RUB). De gemeenten die de RUB wel uitvoeren (15%) zijn over het algemeen positief. Wel geven zij aan dat het benaderen en begeleiden van burgers veel tijd kost maar noodzakelijk is voor een succesvolle uitvoering.

HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

5.1 Inleiding

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

Gemoedsbezwaarden voor de Wlz zijn automatisch ook uitgesloten van de verzekeringsplicht voor de Zvw. Na het verlenen van een ontheffing meldt de SVB de gemoedsbezwaarden aan bij diverse organisaties, waaronder het CAK. Bij gemoedsbezwaren blijft, in het geval van de Wlz, de verzekering van rechtswege bestaan, maar wordt de betrokkene vrijgesteld van de verplichting tot premiebetaling. De gemoedsbezwaarde betaalt in plaats daarvan een bijdragevervangende belasting die de premie (Wlz) en inkomensafhankelijke bijdrage (Zvw) vervangt. De hoogte van de bijdragevervangende belasting voor de Zvw is gelijk aan de inkomensafhankelijke bijdrage die de gemoedsbezwaarde zou hebben moeten betalen, indien hij wel verzekeringsplichtig zou zijn geweest. De bijdragevervangende belasting die de gemoedsbezwaarde betaalt, wordt door het CAK per huishouden beheerd.

Gemoedsbezwaarden hebben recht op vergoeding van ziektekosten uit de door hen betaalde bedragen aan bijdragevervangende belasting, voor zover de ziektekosten niet uitstijgen boven het saldo van de rekening en voor zover het gaat om in de Zvw geregelde aanspraken. Als niet alle bijdragevervangende belasting aan ziektekosten is vergoed werd tot 1 januari 2016 aan het einde van het jaar (maximaal) de helft van de dat jaar ingelegde bijdragevervangende belasting overgemaakt naar het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). Een eventueel restant-saldo werd overgeheveld naar het volgende jaar.

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

5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

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

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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Personen	11.819	12.186	12.500	12.566	12.504	12.460	12.473	12.341
Huishoudens	3.489	3.614	3.549	3.702	3.679	3.668	3.633	3.655

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

Tabel 5.2 geeft de baten en lasten weer voor de jaren 2012 tot en met 2017. In deze tabel zijn alle baten en lasten samengenomen zonder uitsplitsing naar het betreffende jaar. Als het CAK bijvoorbeeld in het jaar 2017 een declaratie van een bezoek aan een ziekenhuis ontvangt, dan wordt deze declaratie aan het jaar 2017 toegerekend, ook wanneer het bezoek aan het ziekenhuis in het jaar 2016 heeft plaatsgevonden.

Vanwege de aanpassing van de afdrachtregeling per 1 januari 2016 is de toevoeging ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds 2015 nul. De afrekening van 2017 komt uit op afgerond € 0,2 miljoen.

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

Baten en lasten gemoedsbezwaarden	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1-1						
Resultatenrekening	6,9	7,4	9,0	8,4	12,7	17,8
Bijdragevervangende belasting	7,7	9,4	8,2	9,9	8,1	7,9
Verleende vergoedingen voor zorgkosten	4,6	4,4	5,5	5,6	2,8	4,5
Saldo rekeningen voor toevoeging ZVW	3,1	5	2,7	4,3	5,3	3,4
Toevoeging ten gunste van het ZVW	2,6	3,4	3,3	0,0	0,2	0,2
Toevoeging aan rekening gemoedsbezwaarden	0,5	1,6	- 0,6	4,3	5,1	3,2
Totaal resultaatbestemming	3,1	5	2,7	4,3	5,3	3,4
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31-12	7,4	9	8,4	12,7	17,8	21,2

5.4 Uitvoering

Het proces rond de verwerking van de gedeclareerde zorgnota's en het vaststellen van het spaartegoed van gemoedsbezwaarden is de afgelopen jaren flink verbeterd. In 2016 is de werkwijze met betrekking tot de uitvoering gehandhaafd.

Tabel 5.3 Uitvoeringskosten gemoedsbezwaarden

Bedragen x € 1.000	2013	2014	2015	2016
CAK	380	350	355	336

5.5 Conclusie

Het aantal gemoedsbezwaarden is ook in 2016 constant gebleven. Door het afschaffen van de afdracht is het saldo van de rekeningen met € 3,2 mln toegenomen tot een saldo van € 21,2 mln.

HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

6.1 Inleiding

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

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

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

6.2 De wettelijke bijdrageregeling

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

⁹ Het betreft de volgende groepen vreemdelingen:

- vreemdelingen die een aanvraag voor een verblijfsvergunning regulier hebben ingediend;
- vreemdelingen die bezwaar of beroep hebben ingesteld tegen een afwijzende beslissing op een aanvraag voor een verblijfsvergunning regulier; en
- vreemdelingen die niet rechtmatig verblijven.

6.3 Uitvoering van de regeling

Het 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 opgenomen¹⁰. 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.

Op grond van artikel 122a Zvw kan het CAK slechts een bijdrage geven voor niet direct-toegankelijke zorg, als het CAK een overeenkomst heeft afgesloten met de zorgaanbieder.

Het CAK heeft eind 2016 alle door Zorginstituut Nederland gecontracteerde partijen benaderd. Zij kregen een instemmingsverklaring voor overname van de bestaande overeenkomst door het CAK. Alle ziekenhuizen en achtervangziekenhuizen hebben deze instemmingsverklaring getekend, waardoor CAK op 1 oktober 2017 32 ziekenhuizen gecontracteerd heeft. Het aantal achtervangziekenhuizen is iets toegenomen naar 47. Dit betreft ziekenhuizen met een gespecialiseerd zorgaanbod en instellingen met een specifiek zorgaanbod (bijvoorbeeld revalidatie-instellingen). De overige contractering vindt plaats naar gelang het nodig is. Alle overeenkomsten verlopen op 31 december 2017 van rechtswege. In 2018 zal aan ziekenhuizen op verzoek een contract worden aangeboden.

6.4 De kosten van de bijdrageregeling

In tabel 6.1 zijn de zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen tot en met het jaar 2017 opgenomen. De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2017 met € 3,5 mln toegenomen ten opzichte van 2016. De posten waaruit deze lasten bestaan laten echter verschillende ontwikkelingen zien.

Eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is stabiel met € 8,5 mln (2016: € 8,5 mln). De belangrijkste stijging ten opzichte van 2016 vindt plaats bij Kraamzorg (€ 0,3 mln), de sterkste daling is terug te vinden bij Tandheelkunde zorg (-€ 0,1 mln).

Ziekenhuiszorg

De kosten voor ziekenhuiszorg zijn in 2017 gestegen met 20%. De lasten van ziekenhuizen ijlen na, omdat zij hun declaraties pas mogen indienen nadat ze de behandeling hebben afgerond.

Wlz/AWBZ

De zorglasten via Wlz/AWBZ-instellingen zijn gedaald met 14,1% tot € 2,1 mln. In 2016 (€ 2,5 mln) was er ook sprake van een daling te zien ten opzichte van 2015 (€ 3,1 mln) in de zorglasten.

GGZ-instellingen

De zorglasten via GGZ-instellingen zijn in 2017 met 4,7% gedaald van € 6,9 mln naar € 6,6 mln. Na dat het enige tijd heeft geduurd voordat de GGZ-instellingen een beroep zijn gaan doen op de regeling, stabiliseert in 2017 de aanspraak zich. Daarnaast zal ook bij de GGZ de algemene kostenstijging onverzekerbare vreemdelingen een rol spelen.

¹⁰ <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

Tabel 6.1: zorgkosten bijdrageregeling CAK (bron: CAK)

Zorgvorm x €1000	2015	2016	2017	% Δ 2016- 2017
Ziekenhuizen	15.604	15.648	19.838	26,8
Farmacie	3.478	4.687	4.271	-8,9
GGZ	5.354	6.922	6.598	-4,7
AWBZ / WLz	3.078	2.481	2.132	-14,1
Hulpmiddelen	103	94	108	14,9
Ambulancevervoer	552	714	734	2,8
Eerstelijns hulp				
Huisartsen	1.251	1.201	1.140	-5,1
Tandartsen	163	278	198	-28,8
Verloskunde	598	595	617	3,7
Kraamzorg	526	832	1.172	40,9
Paramedici	55	63	76	20,6
GGD'en			147	
Totaal	2.593	2.969	3.316	31,3
Totaal	30.762	33.520	37.031	

Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

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

Tabel 6.2 uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

Bedragen x € 1.000	2013	2014	2015	2016
CAK	514	579	584	536

HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN

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, verzekeringsplichtige personen. De regeling maakt als zodanig deel uit van het plan van aanpak voor verwarde personen waarover het kabinet op 2 mei 2016 een brief aan de Tweede Kamer heeft gezonden.¹¹ In deze brief is geconstateerd dat het feit dat een deel van deze kwetsbare groep mensen onverzekerd is problemen oplevert 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.

Om financiële belemmeringen om medisch noodzakelijke zorg te verlenen weg te nemen, is besloten een financieringsmogelijkheid te creëren voor verleende zorg aan onverzekerde verzekeringsplichtige personen, voor het merendeel verwarde personen en dak- en thuislozen, in de vorm van een (tijdelijke) 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 gelijkens 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 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 (conform artikel 3, vijfde lid). 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 invulling aan de wijze waarop dit georganiseerd wordt.

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

¹¹ Brief inzake "Reactie tussenrapportage aanjaagteam verwarde personen" d.d. 2 mei 2016, kenmerk 962729-149896-CZ.

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.

7.2 De uitvoering 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 Zorgkosten van de subsidieregeling

Uit de rapportage van het CAK blijkt dat de vergoeding van de medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden achterblijft bij de verwachte uitgaven. Tot de wijziging van de regeling was met name de korte meldingsperiode van 24 uur een groot struikelblok, vooral voor spoedeisende zorg. Daarnaast is gebleken dat het vaststellen van de verzekeringsplicht een moeizaam en langdurig proces is, omdat het vooral gaat om dak- en thuisloze personen of personen met verward gedrag. Van deze personen zijn lang niet altijd historische gegevens bekend over het verblijf in Nederland. Voor een relatief groot deel van de declaraties is daarom verzekeringsplicht nog niet vastgesteld. Daarnaast kan pas gedeclareerd worden na afloop van een kwartaal. De vereenvoudiging van 1 maart 2018 werkt daardoor pas door in de declaraties na 1 april (maart), na 1 juli (april, mei en juni) en 1 oktober (juli, augustus en september). Het CAK houdt ook bij op welke gronden een subsidie wordt afgewezen.

Tabel 7.1: subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden 2017 (bron: CAK)

Zorgverlener	GEDECLAREERD		TOEGEKEND		AFGEWEZEN		Ged. afgewezen		OPENSTAAND	
	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000
Totaal 2017	723	2.398	164	743	547	1.658	6	0,38	2	3,89
Apotheek	161	26	46	12	114	14	5	0,27	0	0
Ziekenhuis	327	1183	61	278	262	909	0	0	2	3,89
Omni wijkzorg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Geestelijke gezondheidszorg	125	1078	38	420	84	658	0	0	0	0
Huisarts	80	3,68	17	0,58	60	2,99	1	0,11	0	0
Revalidatie	6	89	2	33	4	57	0	0	0	0
Paramedisch, hulpmiddelen	6	2,19	0	0	5	2,19	0	0	0	0
Verloskundige zorg	5	3,16	0	0	5	3,16	0	0	0	0
Thuiszorg	10	2,86	0	0	10	2,86	0	0	0	0
Wlz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Overigen (diversen)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maatschappelijk werk	3	9,09	0	0	3	9,09	0	0	0	0
Ambulancevervoer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabel 7.2: subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden 2018, t/m september (bron: CAK)

Zorgverlener	GEDECLAREERD		TOEGEKEND		AFGEWEZEN		Ged. afgewezen		OPENSTAAND	
	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000	Aantal	Bedrag x1000
Totaal 2018	2.314	5.230	316	652	756	1.794	3	7,73	1.136	2.805
Apotheek	125	16	8	0,35	53	4,54	1	0,01	60	11
Apotheek Spoedeisende zorg	4	0,27	0	0	0	0	0	0	4	0,27
Ziekenhuis	822	2.131	53	120	441	1.138	1	7,64	313	893
Spoedeisende hulp	438	800	124	240	36	86	0	0	273	474
Omni wijkzorg	3	7,37	0	0	1	7,28	0	0	2	0,10
Geestelijke gezondheidszorg	213	1.059	8	30	75	415	0	0	108	614
Acute GGZ in crisissituatie	394	1.125	119	261	45	112	0	0	224	752
Huisarts	178	8,27	4	0,17	72	3,32	1	0,08	70	4,52
Revalidatie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paramedisch, hulpmiddelen	35	0,77	0	0	18	0,65	0	0	1	0,13
Verloskundige zorg	15	5,27	0	0	3	1,72	0	0	8	3,55
Thuiszorg	3	2,61	0	0	1	1,84	0	0	1	0,77
Wlz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maatschappelijk werk	11	23	0	0	7	19	0	0	4	3,53
Ambulance- vervoer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulance- vervoer A1/A2	61	44	0	0	0	0	0	0	61	44
Overigen (diversen)	12	8,30	0	0	4	4,17	0	0	7	4,13

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 en met 8.8).

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/EER¹² en Zwitserland (hierna: EU) of tussen Nederland en de verdragslanden verplaatsen, hun ziektekostendeckking 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 uitkering¹³ 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 8.5).

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 geïnd¹⁴ (zie 8.5).

De toepasselijkheid van de Verordening en verdragen en, daarmee samenhangend, de verplichting tot het betalen van een verdragsbijdrage, hebben een verplicht karakter.¹⁵

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

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

¹⁴ 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.

¹⁵ Arrest Van Delft C-345/09

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.

8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden

Het totale aantal geregistreerde personen dat in het woonland een verdragsrecht op zorg heeft ten laste van Nederland is redelijk stabiel. In 2017 waren dit 130.192 personen (2016: 132.326). Daarmee is het totaal aantal verdragsgerechtigden in het afgelopen jaar licht gedaald. De daling is het sterkst onder het aantal gezinsleden van gepensioneerden en – van grensarbeiders\verzekerden; in 2017 is dat aantal gedaald met 5%.

Tabel 8.1 Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: CAK)

Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie	2015	2016	2017
Gezinsleden van verzekerden	26.167	26.238	24.895
Achtergebleven gezinsleden van verzekerden	2.691	2.666	2.588
Gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	82.796	82.688	82.531
Gezinsleden van gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	20.969	20.734	20.178
Totaal	132.623	132.326	130.192

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 2017 in totaal € 113,1 mln. aan verdragsbijdrage betaalden (2016 € 104,3 mln.).

8.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland

Voor de door het woonland verleende zorg aan verdragsgerechtigden betaalt Nederland (in casu het CAK) jaarlijks een bedrag aan het desbetreffende woonland. Afhankelijk van de berekeningsmethodiek van het land in kwestie wordt de zorg ofwel vergoed op basis van werkelijke bedragen ofwel op basis van gemiddelde kosten.¹⁶ In tabel 8.2 zijn de betaalde zorgkosten (werkelijke en gemiddelde zorgkosten) aan buitenlandse verzekeringsinstellingen opgenomen.

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

(x € 1 mln.)	2015	2016	2017	Vershil
werkelijke kosten	153,3	164,8	192,9	28,1
gemiddelde kosten	57,7	40,3	47,3	7,0
Totaal	211,0	205,1	240,2	35,1

In 2017 betaalde het CAK in totaal € 240,2 mln. aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen.¹⁷ In 2016 bedroeg dit een totaalbedrag van € 205,1 mln. Ten opzichte van 2016 zijn de door Nederland aan het buitenland betaalde zorgkosten in 2017 met € 35,1 miljoen gestegen, een stijging van 17%. De exacte reden van deze stijging is lastig te verklaren; in het algemeen doen fluctuaties in de aan het buitenland betaalde zorgkosten doen zich voor en kunnen door verschillende factoren worden veroorzaakt. Onder meer de lange doorlooptijden, schommelingen in wisselkoersen, stelselwijzigingen in andere landen en de wijze van de berekening van declaraties door het buitenland kunnen hierbij een rol spelen. Uit de cijfers blijkt dat Nederland verhoudingsgewijs meer aan zorgkosten aan het buitenland betaalt dan aan verdragsbijdrage wordt opgebracht. Een deel van dit verschil kan worden verklaard door het karakter van de populatie. De groep verdragsgerechtigden telt relatief veel gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden met hogere zorgkosten.

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

¹⁶ 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.

¹⁷ Dit bedrag kan nog wijzigen, vanwege de lange doorlooptijden in het interstatelijke declaratieverkeer.

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

Land	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2017 (x 1.000)
EU/EER/Zwitserland					
België	24.165	9.687	13.237	1.241	28.020,7
Bulgarije	160	1	131	28	32,7
Cyprus	132	1	117	14	50,9
Denemarken	79	2	74	3	211,8
Duitsland	24.727	11.809	11.593	1.325	32.571,5
Estland	17	7	9	1	9,8
Finland	42	0	39	3	90,8
Frankrijk	8.554	266	7.417	871	22.327,8
Griekenland	1.028	53	860	115	819,2
Hongarije	1.111	46	880	185	396,8
Ierland	340	9	299	32	746,5
IJsland	6	0	5	1	14,2
Italië	1.485	39	1.370	76	1.924,2
Letland	17	4	12	1	3,5
Liechtenstein					3
Litouwen	32	3	24	5	18,8
Luxemburg	187	6	173	8	342,5
Malta	188	0	176	12	211,9
Noorwegen	105	5	95	5	464,5
Oostenrijk	709	30	611	68	1.301,3
Polen	3.971	3.313	563	95	277,8
Portugal	2.979	33	2.633	313	1.974,1
Roemenië	214	49	135	30	29,7
Slovenië	62	5	51	6	49,3
Slowakije	158	112	42	4	30,6
Spanje	12.515	101	11.277	1.137	12.274
Tsjechië	287	43	209	35	148,4
Verenigd Koninkrijk	1.271	13	1.027	231	2.024,3
Zweden	493	15	418	60	1.657,4
Zwitserland	583	30	528	25	1.259,7
Totaal EU/EER/ Zwitserland	85.617	25.682	54.005	5.930	109.288,6

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 achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2017 (x 1.000)
Bosnië Herzegovina	389	4	331	54	91,2
Kaapverdië	1.497	94	1.107	296	40,8
Kroatië	465	7	419	39	176,6
Macedonië	199	1	167	31	19
Marokko	21.994	636	13.049	8.309	414
Tunesië	741	95	440	206	27,4
<i>Turkije</i>	18.239	940	12.068	5.231	2.962,5
Voormalige Rep. Joegoslavië					
* <i>Kosovo</i>		0	0	0	0
* <i>Montenegro</i>	49	3	38	8	6,1
* <i>Republiek Servië</i>	767	16	699	52	120,1
* <i>Republika Srpska</i>	233	2	209	22	0,0
Totaal bilateraal	44.573	1.798	28.527	14.248	3.857,8
Totaal	130.190	27.480	82.532	20.178	113.146,4

In tabel 8.4 zijn de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten per land over de jaren 2016 en 2017 opgenomen. De grootste stijging van de werkelijke zorgkosten is in België, daar stegen de kosten tussen 2016 en 2017 met € 38,3 miljoen. Deze wordt gedeeltelijk verklaart door de wijze van internationale afrekening, maar omdat deze kosten niet te isoleren zijn is er geen precieze duiding te geven over de werkelijke stijging van de zorgkosten.

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

	2016		2017	
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten
België	57,3		95,6	
Bosnië-Herzegovina				
Bulgarije				
Cyprus		0,1		0,1
Duitsland	62,5		60,6	
Engeland				7,4
Finland		0,1		0,1
Frankrijk	34,6	0,1	25,9	0,1
Griekenland	0,2		0,3	
Hongarije	0,4	0,1	0,4	
Ierland		0,2		1,0
Italië	1,0	0,1	0,6	
Kroatië	0,1	0,2	0,5	
Kaapverdië		0,2		
Luxemburg	1,5		2,5	
Malta				
Macedonië				
Marokko				
Noorwegen		0,2		0,3
Oostenrijk	3,2		2,5	
Polen	1,2		0,7	
Portugal		1,3		2,9
Roemenië				
Servië		0,1		
Slovenië	0,1		0,1	
Slowakije	0,1		0,1	
Spanje	0,1	31,9	0,1	34,0
Tsjechië	0,3		0,4	
Tunesië				
Turkije		3,9		1,2
Zweden		1,5		0,1
Zwitserland	2,3		2,2	
Diverse landen			0,2	
TOTAAL	164,8	40,3	192,9	47,3

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	2015	2016	2017
Aantal personen	11.239	12.016	11.259
Totaal (x € 1 mln.)	27,32	32,34	31,14

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden laten een daling zien van circa € 1,2 miljoen. Ook is het aantal verdragsgerechtigden dat zorg in Nederland ontvangt daalde; in 2016 met 757.

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

Tabel 8.6 Zorggebruik verdragsgerechtigden (bron: Zilveren Kruis)

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
Land	Aantal Verdragsgerechtigden	Zvw	WLZ
Belgie	3217	8,1	0,3
Bulgarije	17		
Cyprus	38	0,2	
Denemarken	6		
Duitsland	4309	11,2	0,1
Estland	2		
Finland	1		
Frankrijk	1215	2,9	
Griekenland	72	0,6	
Groot Britannië	46	0,2	
Hongarije	147	0,2	
Ierland	32	0,1	
IJsland	144	0,6	
Italie	15		
Kroatië	2		
Letland	1		
Liechtenstein	3		
Litouwen	38	0,1	
Luxemburg	1		
Macedonië	52		
Malta	6		
Nederland			
Noorwegen	49	0,2	
Oostenrijk	51	0,1	
Polen	306	1,4	
Portugal	25	0,1	
Roemenië	1		
Slovenië	4		
Slowakije	3		
Spanje	1233	3,8	
Tsjechië	23	0,1	
Zweden	46	0,1	
Zwitserland	154	0,4	0,0
Totaal	11259	30,7	0,4

Bijna tweederde van de zorgkosten wordt gerealiseerd door verdragsgerechtigden uit België en Duitsland. Voor deze verdragsgerechtigden is er door de geringe reisafstand geen belemmering om de zorg in Nederland in te roepen. Bij de gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden komen, na Duitsland en België, veel verdragsgerechtigden uit Spanje en Frankrijk (1.233 respectievelijk 1.215 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 onderscheid¹⁹ 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 (bron: CAK)

	2015 ²⁰	2016	2017
Zvw-polis	247,9	243,2	227,5
Verordening of verdrag	211,8	147,7	173,1
Totaal (x € 1 mln.)	459,7	390,9	400,6

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:

- De totale zorgkosten van Nederlandse verzekerden in het buitenland in 2017 bedragen in totaal € 400,6 miljoen. De kosten op grond van de Zvw-polis bedragen in 2016 € 227,5 miljoen. Op grond van de Verordening en verdragen bedragen de zorgkosten € 173,1 miljoen.
- In 2017 is er sprake van een stijging van € 9,7 miljoen ten opzichte van 2016. In de hoge zorgkosten in 2015 was incidenteel doordat het Zorginstituut, in verband met de voorgenomen taak overheveling van de burgerregelingen naar het CAK, in 2015 declaraties versneld heeft afgehandeld.
- De zorgkosten 2017 liggen meer in lijn met die van het jaar 2016.
- 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).

¹⁹ De uitsplitsing van zorgkosten op basis van de Zvw-polis en Verordening/verdrag is pas sinds 2011 beschikbaar.

²⁰ De bedragen over 2015 kunnen nog geactualiseerd worden in de volgende Verzekerdenmonitor. Daarmee zijn dit voorlopige cijfers.

8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg

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

Het CAK is op grond van Zorgverzekeringswet aangewezen als het nationaal contactpunt, voor grensoverschrijdende zorg (hierna: NCP). Het NCP verstrekt op de website www.cbhc.nl algemene informatie aan verzekerden over hun rechten en plichten bij grensoverschrijdende zorg binnen de EU.

In Tabel 7.8 is te zien dat in het jaar 2017 in totaal 251 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. Dit is een stijging met 52% ten opzichte van het jaar 2016.

De tabel geeft ook inzicht in het onderwerp van de vragen.

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				
	2014	2015	2016	2017
Inkomende patiënten	31	15	33	63
<i>Kosten behandeling</i>	12	3	5	18
<i>Zorglandschap</i>	6	7	5	11
<i>Gebruik EHIC</i>	9	2	15	21
<i>Kwaliteit van zorg</i>	1	0	4	0
<i>Patiëntenrechten</i>	0	1	0	6
<i>Algemeen</i>	3	2	4	7
Uitgaande patiënten	40	19	24	48
<i>Vergoeding van kosten</i>	20	4	8	21
<i>Toestemmingsvraag</i>	14	13	8	14
<i>Gebruik EHIC</i>	0	2		1
<i>Zorgvraag</i>	2	0	3	2
<i>Algemeen</i>	4	0	3	2
<i>Overig²¹</i>	35	16	13	8
NCP - Niet voor NCP ²²	73	59	97	140
Totaal	179	120	165	251

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.

HOOFDSTUK 9. CARIBISCH NEDERLAND

Een bijzonder aspect van het stelsel van Nederlandse ziektekostenverzekeringen wordt gevormd door de zorgverzekering in Caribisch Nederland. Caribisch Nederland bestaat uit de eilanden Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Op 10 oktober 2010 zijn de eilanden openbaar lichaam van Nederland geworden en sindsdien is Nederland verantwoordelijk voor de sociale ziektekostenwetgeving in Caribisch Nederland.

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

Deze nieuwe verzekering voorziet er in dat iedereen die rechtmatig woont of werkt op het grondgebied van Caribisch Nederland van rechtswege verplicht is verzekerd tegen ziektekosten. Het gaat in 2017 om circa 24.000 verzekerden. De verzekering is op de specifieke situatie van de eilanden toegespitst en omvat zowel de geneeskundige (Cure) als de langdurige zorg (Care). De kosten van de verzekering worden deels uit werknemerspremies (als onderdeel van de door de minister van Financiën ingevoerde "vlaktaks" van 30,4%), deels uit werkgeverspremies en deels uit rijksbijdragen gefinancierd.

De zorgverzekering wordt uitgevoerd door het Zorgverzekeringskantoor BES met kantoren op Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Per 1 januari 2019 zijn, voor een deel overeenkomstig wijzigingen in het aansprakenpakket van de Zorgverzekeringswet voor Europees Nederland, wijzigingen aangebracht in de volgende aanspraken. De opname van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD wordt nu vanaf de eerste behandeling vergoed. Eerder werd deze therapie bij volwassenen pas vanaf de 21^e behandeling vergoed. Daarbij wordt net als voor het basispakket in Europees Nederland de aanspraak op ziekenvervoer anders dan per ambulance, uitgebreid. Per 2019 wordt de aanspraak niet meer beperkt tot het vervoer in verband met oncologische behandelingen of het ondergaan van nierdialyses maar vallen ook consulten, onderzoeken en controles eronder die nodig zijn voor oncologische behandelingen en nierdialyses.

Een verruiming van het pakket geldt ook voor de aanspraak op sterilisatie voor man en vrouw. Caribisch Nederland kent een hoog abortuscijfer (ongeveer 225 abortussen per jaar tegenover 225 geboorten per jaar). Van de groep vrouwen die een abortus ondergaan heeft een groot deel, ruim 30 procent, een voltooid gezin. Als ouders van dergelijke gezinnen geen kinderen meer wensen, kunnen zij sterilisatie overwegen om mogelijk een abortus te voorkomen. De verwachting is dat met opname van een aanspraak op sterilisatie het aantal ongeplande zwangerschappen kan worden verlaagd. In Nederland is het mogelijk om een aanvullende verzekering af te sluiten waaruit sterilisatie wordt vergoed. Inwoners van Caribisch Nederland hebben deze mogelijkheid niet. Mede om die reden is ervoor gekozen sterilisatie als aanspraak op te nemen. Het ongedaan maken van een sterilisatie blijft buiten de aanspraken.

Ook is de aanspraak voor vergoeding van farmaceutische zorg aangevuld. Om nu in aanmerking te komen voor een vergoeding moet de farmaceutische zorg zijn voorgeschreven door een behandelend arts, tandarts of verloskundige. Dieetpreparaten maken voor een bepaalde categorie verzekerden deel uit van farmaceutische zorg. In de praktijk worden deze verzekerden eveneens behandeld door diëtisten, die ook dieetpreparaten voorschrijven. Om die reden is de aanspraak aangevuld, zodat vanaf 1 januari 2019 diëtisten dieetpreparaten ook kunnen voorschrijven.

De eigen bijdragen voor orthopedisch schoeisel en allergeen schoenen zijn in het verleden vastgesteld op basis van de Nederlandse bedragen. Gebleken is dat deze eigen bijdragen niet geïnd kunnen worden, omdat de draagkracht van de inwoners van Caribisch Nederland niet toereikend genoeg is. Daarom worden de eigen bijdragen voor orthopedisch schoeisel en allergeen schoenen verlaagd tot bedragen die wel aansluiten bij de draagkracht van verzekerden en die daadwerkelijk inbaar zijn.

De aanspraak op repatriëring van het grondgebied buiten de BES-eilanden is aangepast. Vanuit deze aanspraak is het mogelijk om in het geval van overlijden buiten de BES-eilanden repatriëring van het stoffelijk overschot naar de vroegere woonplaats te vergoeden. Toch zou dit betekenen dat indien een inwoner bijvoorbeeld op Saba komt te overlijden, terwijl zijn wooneiland Bonaire is, repatriëring van zijn stoffelijk overschot niet vergoed zou worden, omdat de inwoner niet buiten het grondgebied van de BES-eilanden is overleden. Dit was destijds niet de bedoeling van de wetgever en is om die reden aangepast, zodat ook repatriëring tussen de BES-eilanden wordt vergoed.

Tot slot is een verduidelijking gemaakt op de aanspraak van huisartsenzorg. Op dit moment is geregeld dat de huisartsenzorg geen geneeskundige keuringen omvat. In de praktijk blijkt echter dat de huisarts wordt gevraagd om de arbeidsongeschiktheid van hun eigen patiënt te beoordelen. Dit is ongewenst, omdat sprake moet zijn van een vertrouwensrelatie tussen de huisarts en zijn patiënt. Om die reden is expliciet opgenomen dat arbeidsongeschiktheid onderzoek niet onder huisartsenzorg valt.