



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

VWS- Verzekerdenmonitor 2016

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen

Den Haag, 2016

INHOUD

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTEN- VERZEKERINGEN

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

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

2.1 Inleiding	7
2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling	7
2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling	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 wanbetalers.....	13
2.4 Wanbetalersbijdrage	16
2.5 Uitvoeringskosten	16

HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding	17
3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz	17
3.3 Verloop van het aantal onverzekerden	18
3.4 Conclusie	20

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS

4.1. Inleiding	21
4.2 Activiteiten 2015.....	21

HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

5.1 Inleiding	24
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden	24

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden	24
5.4 Uitvoering	25
5.5 Conclusie	25

HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

6.1 Inleiding	26
6.2 De wettelijke bijdrageregeling	26
6.3 Uitvoering van de regeling	27
6.4 De kosten van de bijdrageregeling	27

HOOFDSTUK 7. INTERNATIONALE ASPECTEN

7.1 Inleiding	29
7.2 Verdragsgerechtigden	29
7.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland	30
7.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden	30
7.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en Verdragsgerechtigden	31
7.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage	31
7.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland	31
7.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	34
7.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden	36
7.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg	37

HOOFDSTUK 8. CARIBISCH NEDERLAND.....38

Bijlage achtergrondkenmerken personen die langer dan 24 maanden wanbetaler zijn.....	39
---	-----------

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN

1.1 Inleiding

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

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

De Wlz is een verzekering van rechtswege. Dat betekent -enkele uitzonderingen daargelaten- dat mensen automatisch verzekerd zijn wanneer zij ofwel in Nederland wonen ofwel aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen. Voor de Zvw zijn mensen niet automatisch verzekerd. Zij moeten die verzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar die zij zelf kiezen. De meeste mensen die Wlz-verzekerd zijn, zijn verzekeringsplichtig voor de Zvw. Veruit het grootste deel van de Nederlandse bevolking sluit een zorgverzekering af en betaalt (maandelijks) nominale premie aan een zorgverzekeraar. In totaal waren er eind 2015 16.893.340 Zvw-verzekerden (13.476.957 Zvw-verzekerden boven de 18 jaar) die 15,5 miljard euro aan nominale premie en 3,2 miljard euro aan eigen betalingen (eigen bijdragen en eigen risico) hebben betaald. Daarnaast is 21 miljard euro aan inkomensafhankelijke bijdrage geïnd.

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

1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

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

in Nederland verblijven en vreemdelingen zonder verblijfsvergunning zijn uitgesloten van de Wlz-verzekering en daardoor van de toegang tot de (Zvw) zorgverzekering. Zij hebben in voorkomend geval natuurlijk wel behoefte aan medische zorg. Medisch noodzakelijke zorg wordt niet geweigerd. Uitgangspunt daarbij is dat de betrokkenen de kosten van de zorg die zij ontvangen zelf betalen. Indien zij daar niet in staat blijken, kunnen zorgaanbieders - onder voorwaarden - een beroep doen op een bijdrageregeling die wordt uitgevoerd door het Zorginstituut. Op grond van deze regeling wordt aan hen de kosten geheel of gedeeltelijk vergoed, voor zover zij die niet kunnen verhalen op de betreffende cliënt.

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

Iedereen die Wlz-verzekerd is, is in principe verzekeringsplichtig voor de Zvw. Hierop gelden twee uitzonderingen, namelijk voor militairen in werkelijke dienst 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 2015 waren er 12.408 gemoedsbezwaarden.

Niet iedereen die verzekeringsplichtig is voor de Zvw sluit daadwerkelijk een zorgverzekering af. Eind 2015 waren 25.218 mensen actief onverzekerd. Deze personen bevinden zich in de fase van aanschrijving en boete oplegging. Daarnaast waren er eind 2015 300.614 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

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 2014	eind 2015
Zvw-verzekerden	16.823.215	16.893.340
Zvw-verzekerden > 18 jaar	13.394.257	13.476.957
Wanbetalers	327.334	290.519*
Onverzekerden	29.454	25.218**
Gemoedsbezwaarden	12.504	12.408**
Verdragsgerechtigden	133.282	132.356**

* Stand 1 augustus 2016 (bron: Zorginstituut Nederland)

** Stand 30 juni 2016

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

2.1 Inleiding

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

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

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

Al in 2007 werd voorzien dat deze maatregelen niet voldoende zouden zijn om het aantal wanbetalers terug te dringen. Om die reden is de Zvw aangevuld met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, die in 2009 in werking is getreden². In 2011 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de uitvoering van deze wanbetalersregeling. De aanbevelingen uit deze evaluatie hebben -onder meer- geleid tot 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 premie³), 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 Zorginstituut.

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

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

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

³ 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 Zorginstituut zal volgen. De verzekerde kan bij de zorgverzekeraar het bestaan van de achterstand betwisten. Zolang over deze betwisting geen definitieve (al dan niet rechterlijke) beslissing is genomen, mag de verzekerde niet bij het Zorginstituut worden aangemeld.

(Publieke) bestuursrechtelijke fase

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

De zorgverzekeraar ontvangt voor het verzekerd houden van de wanbetaler een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds 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 Zorginstituut, proberen de premieschuld, inclusief rente- en incassokosten, te innen. Hoewel de praktijk bij zorgverzekeraars op onderdelen verschilt, volgen alle zorgverzekeraars in grote lijnen het "Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet" van 16 maart 2011.

Na de aanmelding als wanbetaler betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heft en int de bestuursrechtelijke premie. Indien mogelijk wordt de inning gedaan door bronheffing, waarbij het Zorginstituut aan gemeenten, uitkerings- en pensioeninstanties en werkgevers (de zogenaamde broninhouders) meedeelt welk bedrag op uitkering, pensioen of salaris dient te worden ingehouden. Indien er geen inkomen is, dan wel niet het gehele bedrag aan bestuursrechtelijke premie kan worden ingehouden, draagt het Zorginstituut 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 Zorginstituut controleert twee keer per jaar bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) of een wanbetaler wederom een bron van inkomen heeft, zodat bronheffing in plaats van incasso kan plaatsvinden. Ook wordt tweemaal door deurwaarders gecontroleerd of er verhaalscapaciteit aanwezig is. De aan de uitvoering door het Zorginstituut, het CJIB en de deurwaarders verbonden kosten worden betaald uit de begroting van het ministerie van VWS.

Het Zorginstituut 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. Deze aanwijsmogelijkheid 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 Zorginstituut, Zorgverzekeringslijn.nl en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bij iedere tabel wordt de bron weergegeven. In de tabellen kunnen kleine afrondingsverschillen voorkomen. Om de kenmerken van de groep wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime te bepalen gaat het CBS uit van de wanbetalers die op 31 december 2015 zijn ingeschreven in de basisregistratie personen (BRP). Een deel van de wanbetalers is niet in de BRP ingeschreven, waardoor het aantal wanbetalers waarvan achtergrondgegevens bekend zijn afwijkt van het aantal wanbetalers bij het Zorginstituut.

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

Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven

In tabel 2.1 is het totaal aantal tweede- en vierdemaandsbrieven opgenomen die zorgverzekeraars in 2014 en 2015 hebben verstuurd. De tweede- en vierdemaandsbrieven geven een beeld van het aantal verzekerden met een betalingsachterstand en de mate waarin zij er in slagen verder oplopen van de premieschuld te voorkomen.

Deze tabel laat zien dat het aantal vierdemaandsbrieven flink lager is dan het aantal tweedemaandsbrieven en ook dat het aantal aanmeldingen lager ligt dan het aantal vierdemaandsbrieven. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars in het voortraject kunnen voorkomen dat schulden oplopen. Dit geldt met name tussen de tweede- en vierdemaandsbrief.

Wat opvalt is de daling van het aantal verstuurde tweedemaandsbrieven in 2015 ten opzichte van 2014. Dit duidt op een iets afnemende problematiek van de korte termijn betalingsachterstand.

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

	2014	2015
Tweedemaandsbrieven	512.016	473.005
Vierdemaandsbrieven	164.484	161.670
Zes maanden: aanmelding bestuursrechtelijk premieregime	127.778	118.489

Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraars

Tabel 2.2 geeft informatie over het gemiddeld aantal verzekerden in 2014 en 2015 met een betalingsachterstand. Deze gegevens zijn voor het jaar 2013 en eerder niet beschikbaar.

Uit de tabel blijkt dat een deel van de mensen met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden niet bij het Zorginstituut is aangemeld (het aantal mensen met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden is immers iets groter dan het aantal wanbetalers dat is aangemeld bij het Zorginstituut)⁴. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat een betalingsregeling is getroffen waarbij ook de lopende maandpremies weer worden voldaan. In die gevallen vindt geen aanmelding plaats.

In de tabel is te zien dat het aantal betalingsachterstanden van twee tot zes maanden zorgpremie in 2015 ten opzichte van 2014 is gestegen, terwijl het aantal betalingsachterstanden van zes of meer maanden zorgpremie is gedaald. De afname in laatstgenoemde groep vormt tevens onderdeel van de toename in de groep met een achterstand < zes maanden.

⁴ Zie tabel 2.4

Tabel 2.2 Gemiddeld aantal verzekerden met betalingsachterstand (bron: Zorginstituut Nederland)

Verzekerden met betalingsachterstand van:	2014	2015
2-4 maandpremies	139.517	150.893
4-6 maandpremies	121.463	129.347
van 6 of meer maandpremies	342.685	331.383
Totaal aantal betalingsachterstanden	603.665	611.623

Aantal debiteuren met een betalingsregeling of een stabilisatieovereenkomst

In tabel 2.3 is het aantal lopende betalingsregelingen (intern of extern, bij een incassopartner) dat op 31 december 2014 en 2015 open stond en het aantal stabilisatieovereenkomsten in beeld gebracht. Het betreft hier regelingen en overeenkomsten waar ten minste de premieschuld in zit. Betalingsregelingen bij de externe incassopartner hebben zowel betrekking op de buiten-gerechtigde- als de gerechtigde fase.

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

De daling van het aantal lopende betalingsregelingen is onder meer te danken aan een toename van het aantal met succes beëindigde betalingsregelingen, gevolgd door afmelding als wanbetaler.

Tabel 2.3 Lopende betalingsregelingen/stabilisatieovereenkomst (bron: Zorginstituut Nederland)

	intern	extern	stabilisatie
2014	152.985	119.110	6.852
2015	137.468	93.515	7.978

2.3.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime

Totaal aantal wanbetalers die bestuursrechtelijke premie betalen

Het Zorginstituut verzorgt sinds de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling maandelijks overzichten met betrekking tot het aantal wanbetalers. Deze overzichten zijn verwerkt in een meerjarig overzicht (tabel 2.4). De tabel laat zien dat in 2015 de instroom flink is gedaald en de uitstroom flink is gestegen.

In 2015 zijn er 118.489 verzekerden in het bestuursrechtelijk premieregime gestroomd. Dit zijn er 9.000 minder dan in 2014. Dit is mede te danken aan de activiteiten van verzekeraars om in een zo vroeg mogelijk stadium verder oplopende achterstanden te voorkomen.

In 2015 zijn er 130.656 wanbetalers uit het bestuursrechtelijk premieregime gestroomd. Dit zijn er bijna 15.000 meer dan in 2014. De hogere uitstroom is met name het gevolg van de inspanningen van enkele zorgverzekeraars. Voor deze wanbetalers is -vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen- de bestuursrechtelijke premie opgeschort omdat een betalingsregeling is getroffen (zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener). Wanneer de betalingsregeling succesvol is geëindigd stromen deze personen definitief uit. Een groot deel van deze groep wanbetalers (80%) houdt zich aan de betalingsafpraak en lijkt daarmee kansrijk voor blijvende terugkeer in het normale premieregime. Ook andere zorgverzekeraars zijn sinds de inwerkingtreding van de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen gestart met het op laten schorten van de bestuursrechtelijke premie op basis van afgesproken betalingsregelingen.

Op 1 augustus 2016 waren er 290.519 wanbetalers.

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

Per ultimo	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal wanbetalers	266.306	303.528	297.954	314.138	325.810	312.037
Instroom	289.132	122.818	118.706	126.901	127.536	118.489
Uitstroom	37.574	85.614	124.358	110.768	115.894	130.656

Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premiereregime

In tabel 2.5 zijn de redenen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premiereregime nader gespecificeerd. De belangrijkste uitstroomredenen zijn nog steeds de afbetaling van schulden en de beëindiging van de verzekeringsplicht (bijv. vertrek naar het buitenland, ex-arbeidsmigranten). Dit aantal is redelijk stabiel te noemen.

Het aantal wanbetalers dat met minnelijke schuldhulpverlening in 2015 is uitgestroomd is ten opzichte van 2014 licht gedaald. Een deel van de minnelijke schuldhulpverlening heeft plaats gemaakt voor betalingsregelingen. Het aantal afmeldingen wegens een betalingsregeling is in 2015 gestegen.

Het aantal 'aanmelding ingetrokken' gaat vooral over frictieperioden in de informatievoorziening naar de verzekeraars over burgers die niet meer premieplichtig zijn (vertrek naar het buitenland, in detentie geraakt) of waarbij informatie over getroffen schuldregelingen later binnenkomt en met terugwerkende kracht ten gunste van de betrokkene worden verwerkt. Ook betreft het meldingen die coulanchehalve worden ingetrokken omdat snel na de melding alsnog een regeling met de verzekeraar wordt getroffen.

Tabel 2.5 Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premiereregime (bron: Zorginstituut Nederland)

	2013	2014	2015
Schuld voldaan	46.470	48.270	50.172
Niet meer verzekeringsplichtig	27.535	30.494	27.361
Stabilisatieovereenkomst	17.017	16.757	16.711
Minnelijke schuldhulpverlening	9.516	9.322	8.211
WSNP	4.686	4.624	4.308
Niet meer premieplichtig	4.016	2.870	2.406
Overleden	1.359	1.459	1.555
Overlijden verzekeringnemer	97	109	111
Betalingsregeling	44	1.966	19.794
Overige	28	23	27
Aanmelding ingetrokken	10.083	10.814	13.058

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premiereregime

Tabel 2.6 geeft het aantal wanbetalers weer dat gedurende een bepaalde periode in het bestuursrechtelijk regime verblijft. Het aantal maanden dat iemand verblijft in het bestuursrechtelijk premiereregime 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 premiereregime zit is flink afgenomen. Deze daling hangt samen met de toename van het aantal betalingsregelingen, zoals toegelicht bij tabellen 2.4 en 2.5. Het aantal wanbetalers dat langer dan 24 maanden in bestuursrechtelijke premiereregime zit is aanzienlijk gestegen.

Tabel 2.6 Aantal maanden wanbetaler (bron: Zorginstituut Nederland)*

Aantal maanden	2013	2014	2015
0 – 12	87.320	88.420	48.756
13 – 24	50.010	54.740	55.224
>24	145.110	155.080	183.910
Totaal	282.440	298.240	287.890

* Betreft alleen wanbetalers die geregistreerd staan in de Basisregistratie personen (BRP).

Hernieuwde aanmeldingen

Tabel 2.7 laat het aantal hernieuwde aanmeldingen zien in 2014 en 2015. Het gaat hier om cumulatieve aantallen vanaf de start van de wanbetalersregeling eind 2009. Circa 30% van de aanmeldingen betreft recidivisme.

Tabel 2.7 Heraanmeldingen (recidive) (bron: Zorginstituut Nederland)

Heraanmeldingen op 31 december	2014	2015
Voor een tweede keer aangemeld	78.012	102.006
Voor een derde keer aangemeld	7.029	12.285
Voor een vierde keer aangemeld	552	1.289
Voor een vijfde keer aangemeld	58	153

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. De stijging van het aantal schulden onder de € 250,- wordt voor een groot deel verklaard door de doorstroom van de wanbetalers met een schuld van meer dan € 750,- die een betalingsregeling hebben getroffen en zijn gestart met afbetalen.

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

Schuldhoogte bij zorgverzekeraar: gemiddeld aantal wanbetalers	2014	2015
< € 250	24.604	42.518
€ 250 - € 750	72.466	75.971
> € 750	226.526	207.081

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 (afgerond)

Hoogte premie per maand in €	2013	2014	2015	2016	Vanaf 1 juli 2016
Gemiddelde nominale premie	107	92	97	102	102
Bestuursrechtelijke premie	160	144	153	159	128

Opgelegde bestuursrechtelijke premie

In tabel 2.10 is de opgelegde en nog niet betaalde premie weergegeven. De totaal opgelegde premie is in 2015 ondanks het lagere aantal wanbetalers hoger dan in 2014 vanwege de hogere bestuursrechtelijke premie.

De openstaande premie van € 970 miljoen betreft de totale openstaande premie bij het Zorginstituut over de periode september 2009 tot 1 januari 2016. Hierin is niet meegenomen het nog niet betaalde gedeelte van de vordering van wanbetalers wiens zorgtoeslag is omgeleid. Als de vordering bij het CJIB volledig is betaald, wordt dit doorgegeven aan het Zorginstituut. Circa € 154 miljoen (stand 1 juli 2016) staat bij het CJIB geboekt als gedeeltelijk betaalde vorderingen.

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

X € 1000	2013	2014	2015	Totaal sinds eind 2009
Te incasseren premies	584.290	550.456	585.783	3.018.666
Netto betaald	301.726	267.906	258.785	1.439.721
Afgeboekt	35.877	18.967	5.640	268.776
Naar eindafrekening*	80.340	51.724	22.755	336.184
In betalingsregeling	186	40	3	2.465
Openstaande premie	166.161	211.820	298.601	971.519

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

Nog nooit geïnde premie

In tabel 2.11 is het aantal wanbetalers opgenomen waarvan het nog niet is gelukt bestuursrechtelijke premie te innen, noch via bronheffing, noch via incassoactiviteiten. Dit betekent dat deze wanbetalers geen kenbare bron van inkomen hebben (loon of uitkering), onvoldoende middelen hebben om te betalen of niet vindbaar zijn voor deurwaarders. Het betreft uitsluitend de betaling van de bestuursrechtelijke premie; als er recht bestaat op zorgtoeslag wordt deze omgeleid. Het aantal is in 2015 met circa 7% gedaald ten opzichte van 2014. Dit is mogelijk toe te schrijven aan de aanvullende acties die het Zorginstituut heeft ondernomen, zoals het twee keer per jaar controleren of een wanbetaler een bron van inkomen heeft, alsmede een tweede onderzoek door de deurwaarder naar betaalcapaciteit.

Tabel 2.11 Nog nooit bestuursrechtelijke premie betaald (bron: Zorginstituut Nederland)

	2013	2014	2015
Aantal	68.080	61.270	56.979

2.3.4 Achtergrondkenmerken van totale groep wanbetalers

Teneinde meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep wanbetalers bij het Zorginstituut doet het CBS op verzoek van VWS jaarlijks onderzoek naar hun achtergrondkenmerken. Alleen van personen die zijn opgenomen in het bestuursrechtelijk premieregime, die op 31 december van het desbetreffende jaar ingeschreven staan in de BRP en die op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden van 18 jaar of ouder, worden door het CBS de achtergrondkenmerken verzameld.

Het CBS heeft met peildatum 31 december 2015 voor 282.190 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken⁵ verzameld. De belangrijkste achtergrondkenmerken betreffen onderverdeling naar leeftijd, herkomst, regionale spreiding en recht op zorgtoeslag. Een verdere

⁵ Zie voor alle overzichten: CBS Statline

selectie is gemaakt naar de omvang van de schuld, de duur van de betalingsachterstand, bron van inkomen en het ontvangen van zorgtoeslag of huurtoeslag.

Totale groep wanbetalers naar leeftijd

In tabel 2.12 zijn de wanbetalers ingedeeld naar leeftijdscategorie. Uit deze tabel blijkt dat er nog steeds sprake is van een relatief hoog aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie 18-25 jaar en 25-30 jaar. Het aantal wanbetalers in deze leeftijdscategorieën is in 2015 ten opzichte van 2014 wel gedaald. Hiervoor kunnen twee mogelijke oorzaken voor worden aangewezen. De uitstroom van wanbetalers met een betalingsregeling en de voorlichting gericht op jongeren (zie hiervoor ook hoofdstuk 4).

*Tabel 2.12 Wanbetalers naar leeftijd (bron: CBS)**

leeftijd	2013	2014	2015	2015
18 - 20	3.270	3.300	2.840	0,7%
20 - 25	34.120	34.310	30.510	2,9%
25 - 30	42.760	44.140	41.540	3,9%
30 - 35	38.500	40.990	39.020	3,8%
35 - 40	32.120	33.970	32.800	3,2%
40 - 45	34.810	35.470	32.450	2,9%
45 - 50	31.900	33.790	32.200	2,5%
50 - 55	26.580	28.990	27.870	2,2%
55 - 60	17.480	19.530	19.350	1,7%
60 - 65	10.500	11.730	11.430	1,1%
65 - 70	6.200	7.160	7.170	0,7%
70 - 75	2.470	2.830	2.910	0,4%
75 - 80	1.040	1.240	1.240	0,2%
> 80	710	790	860	0,1%
Totaal	282.440	298.240	282.190	2,1%

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

Herkomst totale groep wanbetalers

Tabel 2.13 laat zien dat van de groep allochtonen het percentage wanbetalers (4,6%) hoger is dan van de groep autochtonen (1,4%). Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met inkomen en opleidingsniveau. Allochtonen hebben relatief vaker een laag inkomen en zijn lager opgeleid. In 2015 is ten opzichte van 2014 zowel het aantal allochtonen als autochtonen in het bestuursrechtelijk premiereregime gedaald.

Tabel 2.13 Herkomst totale groep wanbetalers (bron: CBS)

Herkomst	2013	2014	2015*	2015*
Autochtonen	149.140	156.710	147.710	1,4%
Allochtonen	133.300	141.530	134.480	4,6%
w.v.				
Marokko	17.310	18.320	17.790	6,9%
Turkije	16.330	16.970	16.210	5,5%
Suriname	25.800	26.460	24.990	8,9%
Antillen, Aruba	15.920	16.630	15.680	14,1%
Overige niet-westerse allochtonen	23.230	24.710	23.390	4,1%
Overige westerse allochtonen	34.720	38.450	36.420	2,6%
Totaal	282.440	298.240	282.190	2,1%

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

Aantal wanbetalers in de top 20 gemeenten

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

Tabel 2.14 Gemeenten met het hoogste (relatieve) aantal wanbetalers op 31 december 2014

Top 20 RELATIEF					Top 20 ABSOLUUT	
	Gemeente	Aantal	%		Gemeente	Aantal
1	Rotterdam	28.230	6,7	1	Rotterdam	28.230
2	Heerlen	3.330	5,8	2	Amsterdam	25.410
3	's-Gravenhage	18.610	5,7	3	's-Gravenhage	18.610
4	Schiedam	3.000	5,6	4	Almere	5.890
5	Kerkrade	1.790	5,5	5	Utrecht	5.830
6	Lelystad	2.600	5,3	6	Tilburg	5.530
7	Dordrecht	4.020	5,1	7	Eindhoven	5.400
8	Amsterdam	25.410	4,6	8	Dordrecht	4.020
9	Almere	5.890	4,5	9	Arnhem	3.920
10	Leeuwarden	3.010	4,4	10	Nijmegen	3.780
11	Capelle aan den IJssel	2.060	4,2	11	Breda	3.570
12	Vlaardingen	2.080	4,2	12	Groningen	3.490
13	Sittard-Geleen	2.570	4,2	13	Enschede	3.330
14	Tilburg	5.530	4,1	14	Heerlen	3.330
15	Roermond	1.440	4,1	15	Zaandam	3.320
16	Arnhem	3.920	3,9	16	Leeuwarden	3.010
17	Hoogeveen-Sappemeer	840	3,8	17	Schiedam	3.000
18	Vlissingen	1.100	3,8	18	Haarlem	2.980
19	Gouda	1.630	3,7	19	's-Hertogenbosch	2.850
20	Bergen op Zoom	1.550	3,7	20	Maastricht	2.670

Wanbetalers met zorgtoeslag

In 2015 waren er 4.458.870 Nederlanders die zorgtoeslag ontvingen. Dit is 32,9% van de totale groep verzekerde personen boven de 18 jaar. Het percentage wanbetalers dat een zorgtoeslag ontvangt blijft door de jaren heen redelijk stabiel tussen de 65% en 68%. 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).

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.

Tabel 2.15 Wanbetalers met zorgtoeslag (bron: CBS)

	2013	2014	2015
Aantal wanbetalers met zorgtoeslag	191.160	201.410	184.230
Percentage van groep wanbetalers	67,7%	67,5%	65,3%

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 22,9% een bijstandsuitkering.

Tabel 2.16 Wanbetalers naar soort uitkering op 31 december 2014 (bron: CBS)

	Wanbetalers	t.o.v. wanbetalers
AO	31.759	10,7%
WW	19.962	6,7%
bijstand	67.741	22,9%
WSW	4.181	1,4%
AOW	11.525	3,9%
ANW	1.022	0,3%
ziektewet	6.998	2,4%
Totaal	143.188	

2.4 Wanbetalersbijdrage

In totaal hebben zorgverzekeraars in 2015 ruim € 450miljoen ontvangen voor de gemiddeld 320.000 wanbetalers die waren aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime. De standaardpremie voor het jaar 2015 bedroeg € 1408,-.

Tabel 2.26 Betaalde wanbetalersbijdrage (bron: Zorginstituut Nederland)

	2013	2014	2015
x € 1000	455.131	427.209	450.540

2.5 Uitvoeringskosten

Voor de uitvoering van de regeling worden kosten gemaakt door het Zorginstituut en het CJIB. Deze uitvoeringskosten worden betaald uit de VWS-begroting. De hogere kosten bij het Zorginstituut in de jaren 2013 en 2014 hangen samen met de investeringen in de ICT.

Tabel 2.27 uitvoeringskosten (bron: jaarverslagen Zorginstituut Nederland/CJIB)

Bedragen x € 1.000	2013	2014	2015
Zorginstituut	8.278	8.744	8.501
CJIB	13.755	12.189	12.176
Totale uitvoeringskosten	22.033	20.933	20.677

HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding

Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering⁶ (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 verzekeringsstelsel. Gezien vanuit het verzekeringsstelsel is het ongewenst dat er inbreuk wordt gemaakt op de daaraan ten grondslag liggende solidariteit. Daarin is meedoen, ook wanneer je het niet nodig hebt, de leidende gedachte. Ten slotte geldt dat onverzekerd zijn mogelijk gevolgen heeft voor de volksgezondheid, omdat onverzekerden zorg zouden kunnen mijden en daarmee in sommige gevallen anderen in gevaar brengen. Daardoor zou de gezondheidszorg met onnodige kosten kunnen worden opgezaaid.

3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz

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

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

1. Aanschrijving door het Zorginstituut

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

2. Boete(s)

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

⁶ Stb. 2011, 111.

De hoogte van de boete bedroeg in 2015 €351,99. 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 Zorginstituut hem ambtshalve bij een zorgverzekeraar. Om te voorkomen dat deze verzekerde onmiddellijk na ambtshalve verzekering zijn premie niet betaalt, is hij gedurende een periode van twaalf maanden een bestuursrechtelijke premie verschuldigd van 100% van de standaardpremie (2015: € 117,33 per maand). Deze premie wordt zo veel mogelijk door middel van bronheffing geïnd. Een ambtshalve verzekerde kan zich op deze manier niet onmiddellijk aan premiebetaling onttrekken.

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

4. Terugkeer naar het normale premieregime

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

3.3 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. Dit is een stuk lager dan in voorgaande jaren toen maandelijks circa 4.500 personen in en uit de regeling van de Wet Ovoz stroomde. Tussen het in- en uitstromen kan een persoon geregistreerd staan als actief onverzekerd (fase van aanschrijving en boete oplegging) of ambtshalve verzekerd.

De daling van het aantal aangeschreven vermeend onverzekerde verzekeringsplichtige personen wordt veroorzaakt door het datafilter dat de SVB heeft ingezet. Met dit datafilter worden niet-verzekeringsplichtige buitenlandse studenten uit het systeem gehouden, waardoor zij niet meer onnodig in het Ovoz-traject terecht komen.

Tabel 3.1 Aantal onverzekerden per jaar per 31 december

	2011	2012	2013	2014	2015
Aangeschreven	164.388	69.744	69.382	71.726	47.458
Einde onverzekerd	106.423	96.028	72.323	71.012	54.480
Stand actief onverzekerden	57.965	31.681	28.740	29.454	22.432

Totalen maart 2011 tot en met 2015

Tabel 3.2 toont de redenen dat aangeschreven vermeende onverzekerde verzekeringsplichtigen niet meer in het traject van de Wet Ovoz zitten. In de periode vanaf 2011 tot en met 2015 zijn 400.266 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste gedeelte hiervan (372.055) heeft vervolgens actie ondernomen door:

- zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (218.697);
- te betwisten dat zij Wlz-verzekeringsplichtig zijn (153.358)

Tabel 3.2 De totalen van maart 2011 tot en met 2015

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	218.697
Ambtshalve verzekerd	25.291
Niet meer Wlz-verzekerd	153.358
Overig	2.920
Totaal	400.266

Doorgestroomd naar wanbetalersregeling

Van de 400.266 mensen die ooit zijn aangeschreven als onverzekerde zijn 243.988 personen de Zvw ingestroomd als verzekerde (zie tabel 3.2). De doorstroom van de onverzekerdenregeling naar de wanbetalersregeling heeft alleen op deze 'deelgroep' van 243.988 personen betrekking. Van deze groep zijn er op enig moment 37.007 personen aangemeld als wanbetaler. Dit betekent dat uiteindelijk 15% van de opgespoorde verzekeringsplichtige onverzekerden ook wanbetaler wordt.

Boetes en premies

In 2015 heeft Zorginstituut Nederland via het CJIB voor € 6,7 miljoen aan boetes opgelegd. Daarnaast vond een neerwaartse bijstelling plaats van € 1,0 miljoen op de in voorgaande jaren opgelegde boetes, omdat achteraf bleek dat er geen sprake was verzekeringsplicht. Per saldo bedragen de baten aan in 2015 opgelegde boetes € 5,7 miljoen (2014: € 8,4 miljoen).

Eind 2015 waren 4.211 burgers (2014: 4.547) ambtshalve verzekerd bij een zorgverzekeraar. In 2015 is voor € 5,8 miljoen (2014: € 5,3 miljoen) aan ambtshalve premies opgelegd. Dit is een stijging van 9,4%. Dit is vooral het resultaat van de stijging van het premiebedrag met 5,9% tot € 117,33 per maand en een correctie oudere jaren die in 2015 lager uitvalt dan in 2014.

Tabel 3.3: Baten en lasten onverzekerden

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

Uitvoeringskosten

De uitvoeringskosten 2015 zijn in totaal redelijk gelijk gebleven aan de uitvoeringskosten 2014. De hogere uitvoeringskosten van de SVB zijn het gevolg van een toegenomen aantal verzoeken om de verzekeringstatus te onderzoeken. Dit heeft niet alleen te maken met onverzekerde verzekeringsplichtigen, maar ook met verzekerden bij wie de verzekeringsplicht is twijfel wordt getrokken.

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

Bedragen x € 1.000	2013	2014	2015
Zorginstituut	3.287	3.242	3.233
CJIB	2.326	1.521	1.489
SVB	1.557	1.642	2.029
Totale uitvoeringskosten	7.170	6.405	6.751

3.4 Conclusie

Het aantal verzekeringsplichtige onverzekerden dat in en uit de regeling van de Wet Ovoz stroomt is gedaald naar circa 3.000 personen per maand. Deze daling is het gevolg van het datafilter dat de SVB heeft ingezet om niet-verzekeringplichtige buitenlandse studenten uit het Ovoz-traject te houden. Op 31 december 2015 waren er 22.432 mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige personen geregistreerd bij het Zorginstituut.

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS

4.1. Inleiding

Zorgverzekeringslijn.nl verzorgt in opdracht van VWS sinds medio 2013 de voorlichtingsactiviteiten gericht op wanbetalers en onverzekerden. Zorgverzekeringslijn.nl is onderdeel van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Het doel van Zorgverzekeringslijn.nl is een bijdrage leveren aan het terugdringen van het aantal wanbetalers en onverzekerden door middel van voorlichtingscampagnes en dienstverlening aan generieke doelgroepen en aan de professionals in het sociale domein.

De dienstverlening vindt plaats via telefonisch contact of per e-mail. Als een wanbetaler of een onverzekerde telefonisch of per e-mail contact opneemt, dan wordt aan de hand van de verstrekte persoonlijke en financiële feiten en omstandigheden, een praktisch advies gegeven en wordt betrokkene zo nodig terugverwezen naar de zorgverzekeraar. Daar waar mogelijk en gewenst, wordt hij doorverwezen naar de (reguliere) hulpverlening en de gemeentelijke schuldhulpverlening. In de projectactiviteiten van Advies en Hulp zijn alle professionals in het sociale domein ketenpartner, waaronder Zorgverzekeraars Nederland, de zorgverzekeraars, de NPCF, het Zorginstituut, de NVVK en de VNG. Daarnaast biedt deze dienstverlening verzekerden de mogelijkheid van 'een opgaaf van schuld'. Deze opgaaf van schuld bevat, naast de eigenlijke schuld bij de betreffende zorgverzekeraar, openstaande posten als incassokosten, rente en gerechtelijke kosten. Dit helpt de verzekerde die dit wenst op weg om een betalingsregeling te treffen met de zorgverzekeraar of een stabilisatieovereenkomst via schuldhulpverlening te verkrijgen. In 2015 is de samenwerking met zorgverzekeraars verder uitgebreid en wordt aangesloten bij de preventieactiviteiten in het kader van de wanbetalersregeling.

De voorlichtingscampagnes richten zich op de wanbetalers en onverzekerden en op de professionals in het sociale domein. Door samenwerking met deze professionals en de zorgverzekeraars ontstaan naast voorlichtingscampagnes aan generieke doelgroepen, ook specifieke op maat gesneden voorlichtingscampagnes. Zo richt de Zorgverzekeringslijn zich specifiek op allochtonen, arbeidsmigranten, jongeren/studenten, dak- en thuislozen, ouders van pasgeborenen, psychiatrische patiënten verblijvende in een GGZ-instelling en sociale minima in de gemeenten met de meeste wanbetalers. Een voorbeeld van doelgroepspecifieke voorlichting betreft de gastlessen aan jongeren die op school zitten over verzekeringsplicht en gevolgen van wanbetaling.

4.2 Activiteiten 2015

De inspanningen van voorgaande jaren, gericht op het vergroten van de naamsbekendheid en het opbouwen van relaties, zijn in 2015 duidelijk zichtbaar geworden in de resultaten. Dit is te zien in tabel 4.1. Zowel het aantal telefoongesprekken als het e-mailcontact is in 2015 gestegen met ruim 40% ten opzichte van 2014. De grootste stijging zit echter in het aantal websitebezoekers van Zorgverzekeringslijn.nl dat in 2015 bijna verdubbelde en het aantal voorlichtingactiviteiten dat bijna verviervoudigde.

Tabel 4.1 Resultaten zorgverzekeringslijn.nl

	2013	2014	2015
Telefoongesprekken	782	4.617	6.601
E-mail contacten	193	715	1.112
Informatiemomenten **	-	-	31.566
Website (totaal bezoekers)	8.377	31.301	60.126
Flyers	14.156	71.514	118.489
Voorlichtingen	28	52	200

** In 2015 zijn acht pagina's op de website geormerkt 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

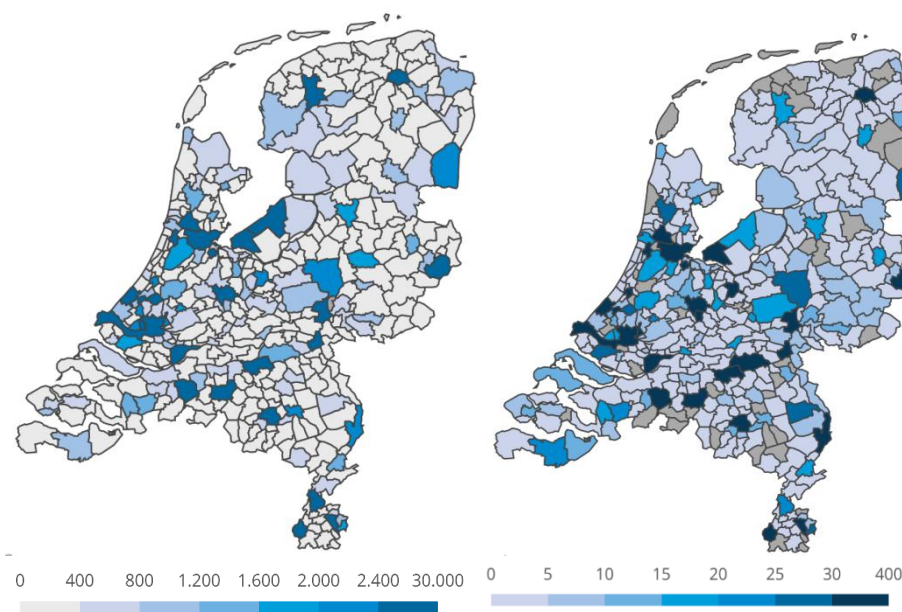
De klantvragen die Zorgverzekeringslijn.nl krijgt per e-mail en telefoon, worden ingedeeld in vier typen problemen. In tabel 4.22 staan de voorgekomen typen klantvragen benoemd ten opzichte van 2014. Het meest opvallend is de stijging van het aantal vragen van mensen over 'Schulden bij de verzekeraar' en 'Aangemeld als wanbetaler'.

Tabel 4.2 Typen klantvragen

	2014	%	2015	%
Onverzekerde minderjarige	193	6	197	4
Onverzekerde meerderjarige	770	24	723	16
Schulden bij de verzekeraar	1.573	49	2.609	58
Aangemeld als wanbetaler	674	21	992	22
Totaal	3.210	100%	4.521	100%

De adviesaanvragen die Zorgverzekeringslijn.nl krijgt, weerspiegelen de geografische spreiding van de wanbetalers in Nederland⁷. Zorgverzekeringslijn.nl richt zich wat betreft het vergroten van haar naamsbekendheid en het opbouwen van haar netwerk nadrukkelijk op de regio's waar relatief veel wanbetalers wonen. Deze focus heeft zich afgelopen jaren vertaald in een sterke groei, die in de jaren 2016 en volgende naar verwachting zal doorzetten.

Figuur 4.3 Geografische weergave wanbetalers (links) en inkomende telefoongesprekken en e-mails (rechts)



Flyers

Het aantal verstuurde flyers is weergegeven in tabel 4.4. Zorgverzekeringslijn.nl verstrekt, op aanvraag, flyers aan organisaties die in direct contact staat met de doelgroepen. De organisaties distribueren vervolgens de flyers verder onder de doelgroep. Er zijn flyers voor de volgende doelgroepen: jongeren en gezinnen met betalingsproblemen, jongeren van bijna 18 jaar, nieuwkomers in Nederland, (aanstaande) ouders, en gedetineerden.

⁷ bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015

Tabel 4.4 Verstrekte flyers 2015 per doelgroep en organisatie

	Jongeren	Gezinnen	Bijna 18	Nieuw	Baby	Totaal
Dienstverleners	188	233	183	756	186	1.546
Gemeenten	1.657	1.887	1.917	7.127	37.364	49.952
Hulporganisaties	2.226	2.698	1.968	975	695	8.562
Overige	58	58	8	105	53	282
Scholen	885	15	1.048	-	-	1.948
Uitzendbureaus	170	20	170	595	20	975
Zorgverleners	5.926	6.433	3.045	5.245	27.261	47.910
Totaal	11.110	11.344	8.339	14.803	65.579	

Daarnaast zijn er nog 4.240 detentie flyers verspreid bij de penitentiaire inrichtingen, zowel op bestelling als tijdens voorlichtingsbijeenkomsten. Deze specifieke flyers hebben als doel gedetineerden te wijzen op de beëindiging van de schorsing van de zorgverzekering wanneer zij uit detentie gaan.

Voorlichtingsactiviteiten

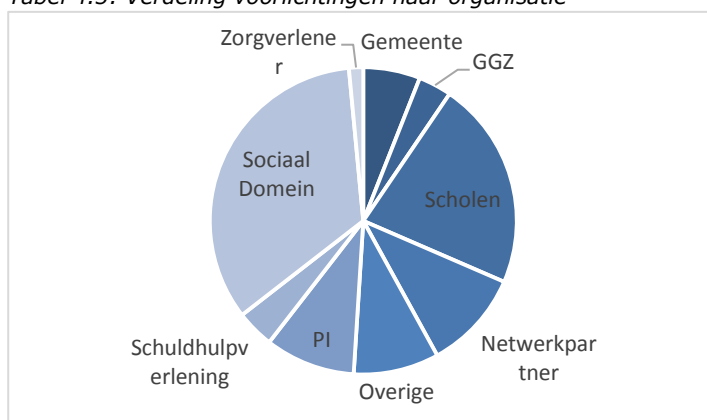
In tabel 4.5 is de verdeling te zien van het aantal voorlichtingsactiviteiten per kwartaal. In 2015 is een duidelijke stijging te zien van het aantal voorlichtingen in het 4^e kwartaal. Deze stijging komt met name doordat Zorgverzekeringslijn.nl in het najaar van 2015 begonnen is met het geven van voorlichtingsactiviteiten door middel van gastlessen aan jongeren van 17 en 18 jaar. Deze 32 gastlessen zijn voornamelijk gegeven op mbo-scholen en ROC's. Dit is een gevolg van de keuze om de preventieve voorlichting aan jongeren te intensiveren, omdat uit de Verzekerdenmonitor is gebleken dat relatief veel laag opgeleide jongvolwassenen in het bestuursrechtelijke premieregime zitten.

Tabel 4.6 geeft de verdeling weer per organisatie waar de voorlichtingsactiviteiten zijn gegeven.

Tabel 4.4: Verdeling voorlichtingen over het jaar

	Voorlichtingen
Kwartaal 1	20
Kwartaal 2	33
Kwartaal 3	32
Kwartaal 4	115

Tabel 4.5: Verdeling voorlichtingen naar organisatie



HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

5.1 Inleiding

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

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

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

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

5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

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

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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personen	11.819	12.186	12.500	12.566	12.504	12.460
Huishoudens	3.489	3.614	3.549	3.702	3.679	3.668

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

Tabel 5.2 geeft de baten en lasten weer voor de jaren 2010 tot en met 2015. In deze tabel zijn alle baten en lasten samengenomen zonder uitsplitsing naar het betreffende jaar. Als het Zorginstituut Nederland bijvoorbeeld in het jaar 2015 een declaratie van een bezoek aan een ziekenhuis ontvangt, dan wordt deze declaratie aan het jaar 2015 toegerekend, ook wanneer het bezoek aan het ziekenhuis in het jaar 2014 heeft plaatsgevonden.

Vanwege de aanpassing van de afdrachtregeling is de toevoeging ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds 2015 nul. De afrekening over 2015 vindt plaats in 2016.

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

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

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 2015 is de werkwijze met betrekking tot de uitvoering gehandhaafd.

Met ingang van 1 januari 2015 wijzigde het moment van afdracht naar het fonds, zoals toegelicht in paragraaf 5.1. Het informatiesysteem is daarop aangepast waardoor de automatische afdracht met ingang van het declaratiejaar 2015 is komen te vervallen. De wijziging van de afdrachtregeling heeft niet geleid tot vertraging in de uitvoering.

Tabel 5.3 Uitvoeringskosten gemoedsbezwaarden

Bedragen x € 1.000	2013	2014	2015
Zorginstituut	380	350	362

5.5 Conclusie

Het aantal gemoedsbezwaarden is ook in 2015 constant gebleven. Door het afschaffen van de afdracht is het saldo van de rekeningen met 30% toegenomen.

HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

6.1 Inleiding

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

Iedere vreemdeling die zonder verblijfsvergunning in Nederland verblijft⁸ is er in beginsel zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald. Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen. Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen (hierna: onverzekerbare vreemdelingen) geen (particuliere) verzekering hebben gesloten ten laste waarvan de kosten kunnen worden gebracht, zullen zij de kosten van verleende medische zorg dus zelf moeten betalen.

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

6.2 De wettelijke bijdrageregeling

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

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

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

⁸ Het betreft de volgende groepen vreemdelingen:

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

6.3 Uitvoering van de regeling

Het Zorginstituut voert de wettelijke bijdrageregeling uit. In dat kader geeft het Zorginstituut informatie aan zorgaanbieders over de regeling en voert daarover overleg met (te contracteren) zorgaanbieders. Het Zorginstituut onderhoudt een website waarop informatie over de financiering van de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen is opgenomen⁹. Ook zijn daar de gegevens te vinden van de gecontracteerde zorgaanbieders. Het Zorginstituut beantwoordt dagelijks per mail en telefoon vragen over de regeling die gesteld worden door zorgverleners, hulpverleningsorganisaties en onverzekerbare vreemdelingen.

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

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

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

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

6.4 De kosten van de bijdrageregeling

In tabel 5.1 zijn de zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen tot en met het jaar 2015 opgenomen. De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen blijven in 2014 en 2015 vrijwel gelijk met afgerond € 30,8 miljoen (daling van € 58 duizend; -0,2%). De posten waaruit deze lasten bestaan laten echter verschillende ontwikkelingen zien. De belangrijkste zijn een daling van 13,3% (€ 0,5 miljoen) van de lasten voor farmacie en een stijging van 34% voor AWBZ/Wlz uitgaven (€ 0,8 miljoen).

Eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg daalt met 1,4% tot € 6,7 miljoen (2014: € 6,8 miljoen). De belangrijkste veranderingen ten opzichte van 2014 vinden plaats bij Farmacie (- € 0,5 miljoen), Ambulancevervoer (€ 0,1 miljoen) en Huisartsenzorg (€ 0,3 miljoen). De daling van de Farmacie komt vooral door een incidentele bate van € 0,8 miljoen als gevolg van de terugbetaling van onterecht gedeclareerde kosten.

Ziekenhuiszorg

De lasten van ziekenhuizen ijlen na, omdat zij hun declaraties pas mogen indienen nadat ze de behandeling hebben afgerond. De daling met € 0,5 miljoen (-2,8%) ligt in de lijn van de verwachtingen.

Wlz/AWBZ

De zorglasten via Wlz/AWBZ-instellingen zijn gestegen met 34,0% tot € 3,0 miljoen. In 2014 (€ 2,3 miljoen) was een lichte stijging te zien ten opzichte van 2013 (€ 2,1 miljoen) in de zorglasten na invoering van de regeling. In 2015 is de declaratiestroom voor de zorg verder op gang gekomen, wat zich vertaalt in een verdere stijging van de zorglasten in 2015.

⁹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/onverzekerbare+vreemdelingen>

GGZ-instellingen

De zorglasten via GGZ-instellingen zijn in 2015 met 5,4% gedaald van € 5,6 miljoen naar € 5,4 miljoen. Het heeft enige tijd geduurd voordat de GGZ-instellingen een beroep zijn gaan doen op de regeling. In 2014 was als gevolg hiervan sprake van een inhaaleffect bij het indienen van declaraties. In 2015 daalde het aantal ingediende declaraties weer enigszins.

Tabel 6.1: zorgkosten bijdrageregeling Zorginstituut (bron: Zorginstituut Nederland)

Zorgvorm x €1000	2013	2014	2015	% Δ 2014- 2015
Ziekenhuizen	17.843	16.055	15.604	-2,8
Farmacie*	4.358	4.012	3.478	-13,3
GGZ	3.131	5.659	5.354	-5,4
AWBZ / WLz	2.147	2.297	3.078	34,0
Hulpmiddelen	73	123	103	-16,3
Ambulancevervoer	271	410	552	34,6
Eerstelijns hulp				
Huisartsen	939	926	1.251	35,1
Tandartsen	90	119	163	37,0
Verloskunde	515	600	598	-0,3
Kraamzorg	356	568	526	-7,4
Paramedici	56	64	55	-14,1
GGD'en	0			
Totaal	1.956	2.277	2.593	13,9
Totaal	29.779	30.833	30.762	-0,2

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

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
Zorginstituut	514	579	584

HOOFDSTUK 7. INTERNATIONALE ASPECTEN

7.1 Inleiding

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

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

7.2 Verdragsgerechtigden

De Europese sociale zekerheidsverordening (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/EER¹⁰ en Zwitserland (hierna: EU) of tussen Nederland en de verdragslanden verplaatsen, hun ziektekostendekking verliezen of dubbel wettelijk verzekerd zijn.

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

Het betreft de onderstaande categorieën personen:

- a) in een andere EU-lidstaat of verdragsland wonende gezinsleden van mensen die Zvw-verzekerd zijn (bijvoorbeeld gezinsleden van grensarbeiders);
- b) in een andere EU-lidstaat of verdragsland wonende personen met een Nederlands wettelijk pensioen of uitkering¹¹ 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 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'), ten laste van Nederland. Gezinsleden die in een andere EU-lidstaat wonen kunnen tijdens een verblijf in Nederland ook in Nederland zorg op grond van de Zvw en de Wlz invoeren. De verdragsgerechtigde (niet werkende) gezinsleden van 18 jaar en ouder betalen een 'verdragsbijdrage' aan Nederland die door het Zorginstituut wordt geïnd (zie 7.5).

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 Zorginstituut wordt geïnd¹² (zie 7.5). De

¹⁰ De landen van de Europese Economische Ruimte (EER) zijn: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein.

¹¹ 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.

¹² 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.

toepasselijkheid van de Verordening en verdragen en, daarmee samenhangend, de verplichting tot het betalen van een verdragsbijdrage, hebben een verplicht karakter.¹³

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

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

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

7.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden

Het totale aantal geregistreerde personen dat in het woonland een verdragsrecht op zorg heeft ten laste van Nederland is redelijk stabiel. In 2015 waren dit 132.623 personen (2014: 133.282). Zoals blijkt uit figuur 7.1 variëren binnen de groep verdragsgerechtigden de aantallen van de verschillende categorieën overigens wel. Zo laat de groep gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden in 2015 een stijging zien met 1.675 personen ten opzichte van 2014. Het aantal gezinsleden is daarentegen gedaald met in totaal 1.833 personen (een daling van 1.143 gezinsleden van verzekerden¹⁴ en 690 gezinsleden van gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden).

Figuur 7.1 Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: Zorginstituut)

Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie	2011	2012	2013	2014	2015
Gezinsleden van verzekerden	29.891	28.927	28.194	27.310	26.167
Achtergebleven gezinsleden van verzekerden	5.104	4.604	4.194	3.381	2.691
Gepensioneerden/ Uitkeringsgerechtigden	77.668	76.208	79.080	81.121	82.796
Gezinsleden van gepensioneerden/ uitkeringsgerechtigden	23.253	22.493	21.879	21.470	20.969
Totaal	135.916	132.232	133.347	133.28	132.623

¹³ Arrest Van Delft C-345/09

¹⁴ Figuur 7.1 maakt onderscheid tussen gezinsleden van verzekerden en 'achtergebleven' gezinsleden van verzekerden. De achtergebleven gezinsleden betreft de categorie gezinsleden die in een ander land wonen dan de verzekerde zelf.

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

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

7.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage

Zoals uit het voorgaande blijkt is voor het verdragsrecht op zorg in het woonland een verdragsbijdrage verschuldigd aan het Zorginstituut.

De verdragsbijdrage bestaat uit drie componenten en is vastgesteld overeenkomstig de wijze waarop de premie is samengesteld voor mensen die in Nederland verzekerd zijn. Dat betekent dat gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden een afgeleide van zowel de inkomensafhankelijke Wlz- en Zvw-component als de nominale Zvw-component betalen. De gezinsleden van 18 jaar en ouder betalen alleen een afgeleide van de 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 is dit verhoudingsgetal minder dan 1.

Over 2015 betaalden de verdragsgerechtigden in totaal € 96,3 miljoen (2014 € 95,9 miljoen) aan verdragsbijdrage (zie tabel 7.3).

7.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland

Voor de door het woonland verleende zorg aan verdragsgerechtigden betaalt Nederland (in casu het Zorginstituut) jaarlijks een bedrag aan het desbetreffende woonland. Afhankelijk van de berekeningsmethodiek van het land in kwestie wordt de zorg ofwel vergoed op basis van werkelijke bedragen ofwel op basis van gemiddelde kosten.¹⁵

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

Tabel 7.2 Betaalde zorgkosten aan buitenlandse verzekeringsinstellingen.

(x € 1 mln.)	2012	2013	2014	2015	Vershil
werkelijke kosten	179,7	186,8	146,0	153,3	7,3
gemiddelde kosten	101,2	96,7	79,2	57,7	-21,5
Totaal	280,9	283,5	225,2	211,0	-14,2

In 2015 betaalde het Zorginstituut in totaal € 211 miljoen aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen.¹⁶

In 2014 bedroeg dit een totaalbedrag van € 225,2 miljoen. Ten opzichte van 2014 zijn de door Nederland aan het buitenland betaalde zorgkosten in 2015 met € 14,2 miljoen gedaald. De in 2014 ingezette daling zet zich dus licht voort. Of en in hoeverre deze daling structureel is, is moeilijk voorspelbaar. Fluctuaties in de aan het buitenland betaalde zorgkosten doen zich namelijk regelmatig 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

¹⁵ Sinds 1 mei 2010 dient afrekening van zorgkosten plaats te vinden op basis van werkelijk gemaakte kosten. Alleen als dit voor lidstaten niet mogelijk is, kan worden gedeclareerd op basis van gemiddelde kosten.

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

door het karakter van de populatie. De groep verdragsgerechtigden telt relatief veel gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden.

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

Tabel 7.3 Aantallen verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage (bron: Zorginstituut)¹⁷

Land	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2015 (x 1.000)
EU/EER/Zwitserland					
België	25.086	10.273	13.453	1.360	25.240
Bulgarije	122	0	104	18	20
Cyprus	130	1	118	11	56
Denemarken	66	0	65	1	196
Duitsland	24.887	12.145	11.363	1.379	25.894
Estland	14	4	10	0	8
Finland	36	0	35	1	70
Frankrijk	8.568	370	7.271	927	18.183
Griekenland	1.021	93	817	111	730
Hongarije	911	46	720	145	282
Ierland	322	10	286	26	727
IJsland	3	0	3	0	8
Italië	1.499	47	1.374	78	1.756
Letland	13	1	12	0	3
Liechtenstein	2	0	1	1	1
Litouwen	25	2	19	4	7
Luxemburg	203	7	182	14	322
Malta	188	0	171	17	160
Noorwegen	111	13	91	7	456
Oostenrijk	690	38	588	64	1.140
Polen	3.996	3.315	578	103	177
Portugal	2.768	58	2.415	295	2.298
Roemenië	174	26	119	29	21
Slovenië	60	4	50	6	40
Slowakije	124	80	39	5	27
Spanje	12.099	132	10.916	1.051	11.204
Tsjechië	261	44	188	29	133
Verenigd Koninkrijk	1.216	31	982	203	1.749
Zweden	485	4	414	67	1.070
Zwitserland	632	46	548	38	1.133
Totaal EU/EER/Zwitserland	85.712	26.790	52.932	5.990	93.110
Bilateraal					
Bosnië Herzegovina ¹⁸	710	3	4638	69	88
Kaapverdië	1.541	109	1.095	337	51
Kroatië	491	4	454	33	182

¹⁷ Bij de categorie "achtergebleven gezinsleden" woont de verzekerde zelf in Nederland. Zijn gezinsleden wonen in een ander land en hebben daar aanspraak op zorg ten laste van Nederland (verdragsrecht). Als de meeverzekerde gezinsleden 18 jaar of ouder zijn is de Zvw-plichtige voor hen de verdragsbijdrage verschuldigd.

¹⁸ Inclusief de kosten van Republika Srpska

Macedonië	229	2	198	29	20
Marokko	22.552	610	13.260	8.682	384
Tunesië	812	114	448	250	25
Turkije	19.715	1.201	12.998	5.516	2.318
Voormalige Rep. Joegoslavië					
* <i>Montenegro</i>	37	3	30	4	5
* <i>Republiek Servië</i>	821	19	743	59	112
Totaal bilateraal	46.908	2.065	29.864	14.979	3.188
Totaal	132.620	28.855	82.796	20.969	96.293

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

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

Bedragen x € 1 miljoen	2014		2015	
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten
België	64,4		60,6	
Bosnië-Herzegovina		0,4		0,5
Bulgarije				
Cyprus		0,1		0,1
Duitsland	51,1		59,8	
Engeland	2,6	4,5	0,1	5,2
Finland				0,1
Frankrijk	23,2		23,9	
Griekenland	0,2		0,1	
Hongarije	0,2		0,3	
Ierland		2,2		1,3
Italië			1,2	
Kroatië			0,1	
Kaapverdië		0,3		0,3
Luxemburg	0,8		1,2	
Malta				
Macedonië		0,1		
Marokko		9,4		9,7
Noorwegen		0,7		0,7
Oostenrijk	2,0		2,2	
Polen	0,7		1,0	
Portugal		5,1	0,1	5,6
Roemenië				
Servië		0,2		0,2
Slovenië				
Slowakije	0,1		0,1	
Spanje	0,3	31,4	0,4	29,6
Tsjechië	0,2		0,2	
Tunesië		0,1		0,1
Turkije		43,7		7,2
Zweden		1,6		1,2
Zwitserland	0,2		2,0	

Diverse landen		-20,6		-4,1
TOTAAL	146,0	79,2	153,3	57,7

7.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland

Sinds 1 mei 2010 regelt de Verordening dat gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden zonder voorafgaande toestemming zorg kunnen ontvangen in Nederland. 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 7.5 geeft het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland weer.

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

Jaar	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal personen	3.340	8.750	9.166	9.601	11.113	11.239
Totaal (x € 1 mln.)	4,98	14,79	15,65	20,16	28,24	27,32

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden laten na jaren van stijging een lichte daling zien. Ook is het aantal verdragsgerechtigden dat zorg in Nederland ontvangt nauwelijks gestegen ten opzichte van 2014.

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

Tabel 7.6 Zorggebruik verdragsgerechtigden (bron: Zilveren Kruis)

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
Land	Aantal Verdragsgerechtigden	Zvw	WLZ
België	3.446	7.050.691	498.418
Bulgarije	14	44.393	11.208
Cyprus	34	49.431	0
Denemarken	3	1.139	0
Duitsland	4.198	10.498.687	118.912
Estland	2	1.280	0
Finland	1	6.548	0
Frankrijk	1.226	2.641.052	29.956
Griekenland	76	503.138	0
Groot Brittannië	43	198.896	146
Hongarije	102	202.837	2.393
Ierland	23	32.164	0
IJsland	1	1.020	0
Italië	128	473.369	4.000
Kroatië	10	91.907	0
Letland	2	3.739	0
Liechtenstein	1	9.071	88
Litouwen	1	471	0
Luxemburg	32	115.635	15
Macedonië	2	3.137	0
Malta	46	90.134	0
Noorwegen	4	3.678	0
Oostenrijk	50	105.200	0
Polen	53	143.265	1.210

Portugal	292	639.340	15.788
Roemenië	19	32.648	0
Slovenië	4	1.906	0
Slowakije	6	6.365	0
Spanje	1.233	3.291.877	46.531
Tsjechië	11	20.673	0
Zweden	34	12.223	1.933
Zwitserland	142	290.322	21.572
Totaal	11.239	26.566.237	752.170

Tweede 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 1.226 personen) naar Nederland voor zorg.

7.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden

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

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

In Tabel 7.7 is een meerjarig overzicht gegeven van de kosten grensoverschrijdende zorg van Zvw-verzekerden op peildatum 31 december 2015. Er wordt een onderscheid¹⁹ gemaakt tussen de kosten grensoverschrijdende zorg gemaakt op grond van de Verordening of verdragen en de Zvw-polis.

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

	2009	2010	2011	2012	2013 ¹³	2014 ²⁰	2015 ²¹
Zvw-polis			271,5	256,4	241,3	249,4	254,4
Verordening of verdrag			48,9	164,6	156,7	121,4	217,3
Totaal (x € 1 mln.)	357,7	446,0	320,4	421,0	398,0	370,8	471,7

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:

- De totale zorgkosten van Nederlandse verzekerden in het buitenland in 2015 bedragen in totaal € 471,7 miljoen. De kosten op grond van de Zvw-polis bedragen in 2015 € 254,4 miljoen. Op grond van de Verordening en verdragen bedragen de zorgkosten € 217,3 miljoen.

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

²⁰ De bedragen 2013 en 2014 zijn geactualiseerd ten opzichte van de Verzekerdenmonitor 2014.

²¹ De bedragen over 2015 kunnen nog geactualiseerd worden in de volgende Verzekerdenmonitor. Daarmee zijn dit voorlopige cijfers.

- Na een periode van twee jaar waarin de zorgkosten daalden, is er in 2015 sprake van een forse stijging van € 100,9 miljoen ten opzichte van 2014. In deze stijging zit een groot incidenteel effect van circa € 80 miljoen bij Verordening of verdrag. Dit wordt veroorzaakt doordat het Zorginstituut, in verband met de voorgenomen overheveling van de burgerregelingen naar het CAK, in 2015 declaraties versneld heeft afgehandeld. Door de wijze van rapportage (kasbasis: uitgaven worden toegerekend naar jaar waarin de zorg is betaald) worden de hogere uitgaven op 2014 geboekt.
- Als dit incidentele effect van circa € 80 miljoen buiten beschouwing wordt gelaten, zou het bedrag uitkomen op € 391,7 miljoen; dit ligt tussen de bedragen van 2013 en 2014 in. De kosten op basis van de Zvw-polis laten een lichte stijging laten zien van € 5 miljoen ten opzichte van 2014 (2%). 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 Zorginstituut (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).

7.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg

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

Ter implementatie van de Europese Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg²² (de Patiëntenrichtlijn) heeft de Minister van VWS het Zorginstituut aangewezen als nationaal contactpunt voor grensoverschrijdende zorg (hierna: NCP). Het NCP verstrekt op de website www.cbhc.nl algemene informatie aan verzekerden over hun rechten en plichten bij grensoverschrijdende zorg binnen de EU.

In Tabel 7.8 is te zien dat in het jaar 2015 in totaal 109 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. Dit is een daling met 38% ten opzichte van het jaar 2014.

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 7.8 Aantal verzoeken NCP (bron: Zorginstituut)

Aantal verzoeken aan het NCP			
	2013	2014	2015
Inkomende patiënten	25	31	15
Kosten behandeling	11	12	3
Zorglandschap	5	6	7
Gebruik EHIC	8	9	2
Kwaliteit van zorg	0	1	0
Patiëntenrechten	0	0	1
Algemeen	1	3	2
Uitgaande patiënten	35	40	19
Vergoeding van kosten	17	20	4

²² Richtlijn 2011/24/EU (9 maart 2011) van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (L 88/45).

<i>Toestemmingsvraag</i>	11	14	13
<i>Gebruik EHIC</i>	0	0	2
<i>Zorgvraag</i>	4	2	0
<i>Algemeen</i>	3	4	0
<i>Overig²³</i>	33	35	16
NCP - Niet voor NCP ²⁴	11	73	59
Totaal	104	179	120

HOOFDSTUK 8. CARIBISCH NEDERLAND

Een bijzonder aspect van het stelsel van Nederlandse ziektekostenverzekeringen wordt gevormd door de zorgverzekering in Caribisch Nederland. Caribisch Nederland bestaat uit de eilanden Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Het gaat om circa 24.000 verzekerden in 2014. Op 10 oktober 2010 zijn de eilanden openbaar lichaam van Nederland geworden en sindsdien is Nederland verantwoordelijk voor de sociale ziektekostenwetgeving in Caribisch Nederland.

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

De ziektekostenregelingen die op dat moment bestonden, zijn komen te vervallen. Deze nieuwe zorgverzekering voorziet er in dat iedereen die rechtmatig woont of werkt op het grondgebied van Caribisch Nederland van rechtswege verzekerd is. In het Besluit zorgverzekering BES is geregeld wie verzekerd zijn en wie uitgezonderd zijn van de verplichte verzekering. De zorgverzekering is op de specifieke situatie van de eilanden toegespitst. De zorgverzekering in Caribisch Nederland omvat zowel curatieve als langdurige zorg. De kosten van de verzekering worden deels uit werknemerspremies (als onderdeel van de door de minister van Financiën ingevoerde "vlaktaks" van 30,4%) en deels uit werkgeverspremies gefinancierd.

De verzekering wordt uitgevoerd door het zorgverzekeringskantoor, gevestigd te Bonaire en de op Saba en Sint Eustatius gesitueerde dependances. Per 1 januari 2016 zijn wijzigingen aangebracht in de aanspraken op farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg.

Wat betreft de farmaceutische zorg is de leeftijdsgrens van 21 jaar voor vergoeding van anticonceptiva, geschrapt. Wat betreft de hulpmiddelenzorg, worden bij thuisdialyse ook de kosten die te maken hebben met aanpassingen in en aan de woning vergoed, alsmede het herstel in oorspronkelijke staat. Ook overige kosten die rechtstreeks samenhangen met thuisdialyse worden vergoed. Verder is vergoeding voor brillen mogelijk om de 2 jaar bij verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar kan er om het jaar aanspraak gemaakt worden op een vergoeding voor een bril.

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

²³ Vragen die onder 'overig' zijn geregistreerd betreffen voornamelijk vragen over wet- en regelgeving en vragen uit andere Europese lidstaten.

²⁴ Vragen die niet voor het NCP bestemd zijn worden doorgestuurd naar het Zorginstituut. Indien vragen bestemd zijn voor andere organisaties, wordt de vragensteller doorverwezen naar de betreffende organisatie.

Bijlage: achtergrondkenmerken van personen die langer dan 24 maanden wanbetaler zijn

Bij de behandeling van de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen is de regering verzocht om een plan op te stellen om voor 1 augustus 2017 het stuwmeer met 100.000 mensen te verminderen.²⁵ Het 'stuwmeer' betreft de wanbetalers die bij de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling (eind 2009) al zes maanden premieachterstand hadden. Dit aantal is in 2015 gedaald naar circa 75.000 wanbetalers, doordat wanbetalers bijvoorbeeld zijn vertrokken uit Nederland of alsnog een regeling met hun zorgverzekeraar hebben getroffen. Als handvat voor het opstellen van een plan van aanpak om deze groep wanbetalers, maar ook andere langverblijvende wanbetalers, uit te laten stromen is het CBS gevraagd onderzoek te doen naar de wanbetalers' die langer dan 24 maanden in het bestuursrechtelijke premieregime zitten.

Het Zorginstituut constateert dat tot 24 maanden een aanzienlijk deel van de wanbetalers nog uitstroomt. Na 24 maanden is dat in mindere mate het geval.

Over het algemeen kent de groep langverblijvende wanbetalers dezelfde kenmerken als de wanbetalers in de totale groep wanbetalers. Het gaat relatief vaak om mensen met een inkomen tot € 30.000 of met een uitkering en veelal lager opgeleid. Opvallend is dat het percentage wanbetalers dat in 2013 een bijdrage ontving vanuit de Wtcg en/of CER vrijwel gelijk is aan het percentage van de totale bevolking. Er zijn dus geen aanwijzingen dat deze groep relatief vaker te maken heeft met gezondheidsproblemen. Wat verder opvalt is dat de groep langverblijvende wanbetalers relatief meer uitkeringsgerechtigden (81.700) kent en minder zelfstandigen dan de totale bevolking. Met name het aantal bijstandsgerechtigden (39.200) is hoog. Helaas heeft het CBS niet in beeld kunnen brengen in welke mate langverblijvende wanbetalers te maken hebben met bredere schuldenproblematiek.

Aantallen wanbetalers

Tabel 1 laat het verschil zien tussen het aantal aangemelde wanbetalers bij het Zorginstituut en het aantal daarvan waar het CBS onderzoek naar heeft gedaan. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de totale groep wanbetalers en het aantal wanbetalers dat langer dan 24 maanden in het bestuursrechtelijk premieregime zit (vanaf hier aangeduid met "> 24 mnd"). Het CBS kan alleen onderzoek doen naar wanbetalers die staan ingeschreven in de Basisregistratie persoonsgegevens (BRP) en die op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden van 18 jaar of ouder. Tabel 1 laat zien dat op 31 december 2015 29.847 wanbetalers niet voorkwamen in de BRP en/of registratie van verzekerden. Dit is met name het geval bij de groep wanbetalers > 24 mnd (25.830). Het kan hier bijvoorbeeld gaan om seizoensarbeiders die weer terug zijn gegaan naar het land van herkomst of om Nederlanders met een zwervend bestaan.

Tabel 1 Aantallen wanbetalers (bron: Zorginstituut Nederland en CBS)

2015	Wanbetalers	Wanbetalers >24
Aangemeld bij het Zorginstituut	312.037	183.910
In onderzoek CBS	282.190	158.080
Vershil	29.847	25.830

²⁵ Motie van het lid Leijten, Kamerstukken II, 33 683, nr. 48.

Leeftijd groepen wanbetalers en wanbetalers > 24 mnd

In tabel 2 zijn de groepen wanbetalers en wanbetalers > 24 mnd uitgesplitst naar leeftijdscategorie. Logischerwijs is het aantal wanbetalers > 24 mnd dat jonger is dan 25 jaar zeer beperkt. Vanaf 25 jaar loopt het relatieve percentage (ten opzichte van de totale groep wanbetalers) op.

Tabel 2 Leeftijd groepen wanbetalers en wanbetalers > 24 mnd, 31 december 2015 (bron: CBS)

leeftijd	Wanbetalers	Wanbetalers > 24 mnd	t.o.v. alle wanbetalers	t.o.v. alle Nederlanders
18 - 20	2.840	0	0,0%	0,0%
20 - 25	30.510	11.440	37,5%	1,1%
25 - 30	41.540	22.960	55,3%	2,1%
30 - 35	39.020	22.640	58,0%	2,2%
35 - 40	32.800	19.000	57,9%	1,9%
40 - 45	32.450	18.840	58,1%	1,7%
45 - 50	32.200	19.160	59,5%	1,5%
50 - 55	27.870	17.040	61,1%	1,3%
55 - 60	19.350	12.100	62,5%	1,0%
60 - 65	11.430	7.230	63,2%	0,7%
65 - 70	7.170	4.570	63,7%	0,4%
70 - 75	2.910	1.910	65,6%	0,3%
75 - 80	1.240	770	61,8%	0,1%
> 80	860	430	50,6%	0,1%
Totaal	282.190	158.080	56%	1,2%

Herkomst totale groep wanbetalers en wanbetalers > 24 mnd

Tabel 3 toont de herkomst is van de totale groep wanbetalers en de groep wanbetalers > 24 mnd. De groep wanbetalers > 24 mnd maakt 56% uit van de totale groep wanbetalers. De verhouding autochtoon en allochtoon in de groep wanbetalers > 24 mnd is nagenoeg gelijk aan de totale groep wanbetalers.

Tabel 3 Herkomst totale groep wanbetalers en wanbetalers > 24 mnd (bron: CBS)

Herkomst	2015		t.o.v. alle wanbetalers
Autochtonen	147.710	83.680	56,7%
Allochtonen	134.480	74.390	55,3%
w.v.			
Marokko	17.790	9.860	55,4%
Turkije	16.210	9.390	58,0%
Suriname	24.990	14.790	59,2%
Antillen, Aruba	15.680	9.160	58,4%
Overige niet-westerse allochtonen	23.390	12.510	53,5%
Overige westerse allochtonen	36.420	18.680	51,3%
Totaal	282.190	158.080	56,0%

Sociaaleconomische categorie wanbetalers > 24 mnd

In tabel 4 wordt de sociaaleconomische achtergrond getoond van de categorie wanbetalers die langer dan 24 maanden de bestuursrechtelijke premie verschuldigd zijn. De tweede en derde kolom laten zien in welke mate deze langdurige wanbetalers vaker of minder vaak vertegenwoordigd zijn in een bepaalde categorie ten opzichte van alle Nederlanders (boven de 18 jaar) en de totale groep wanbetalers. Dit is zichtbaar door de percentages van subgroepen af te zetten tegen de percentages van het totaal. Zo maken wanbetalers > 24 mnd 1,1% uit van de groep Nederlanders (> 18 jaar) en 52,1% van de totale groep wanbetalers.

Wat met name opvalt is dat het aantal wanbetalers > 24 mnd dat een bijstandsuitkering ontvangt relatief hoger is dan bij de totale groep wanbetalers. Het aantal zelfstandigen is relatief lager ten opzichte van de totale groep.

Tabel 4 Sociaaleconomische categorie wanbetalers > 24 mnd (jaar 2014, bron CBS)

Sociaaleconomische categorie	Wanbetalers > 24 mnd	t.o.v. alle Nederlanders (> 18 jaar)	t.o.v. alle wanbetalers
Totaal	154 440	1,1%	52,1%
werknemer	45 040	0,7%	49,5%
zelfstandige	6 710	0,8%	46,1%
overig actief	2 290	0,7%	52,8%
bijstandontvanger	39.290	8,7%	58,3%
ontvanger van overige sociale voorzieningen	29.940	2,9%	55,7%
anders	34.300	0,7%	48,2%

Uitkeringen wanbetalers > 24 mnd

In tabel 5 is te lezen dat in totaal 81.700 wanbetalers > 24 mnd een uitkering ontvangen. Dit is relatief hoger dan in de totale groep wanbetalers. Dit geldt voor alle soorten uitkeringen, behalve de Werkloosheidswet en ziekwet.

Tabel 5 Uitkeringen wanbetalers > 24 mnd (jaar 2014, bron CBS)

Uitkeringen	Wanbetalers > 24 mnd	t.o.v. alle Nederlanders (> 18 jaar)	t.o.v. alle wanbetalers
Totaal	154.440	1,1%	52,1%
AO	18.420	2,4%	58,0%
WW	10.460	2,6%	52,4%
bijstand	39.290	7,8%	58,0%
WSW	2.400	2,0%	57,4%
AOW	6.800	0,2%	59,0%
ANW	600	1,6%	58,7%
ziektewet	3.730	4,5%	53,3%

Hypotheekschuld / woningwaarde wanbetalers > 24 mnd

Tabel 6 laat zien dat 85% van de wanbetalers geen eigen woning heeft, terwijl van de totale bevolking 36% geen eigen woning heeft. Het percentage wanbetalers > 24 mnd zonder eigen woning is vrijwel gelijk aan het percentage van de totale groep wanbetalers. Van de wanbetalers met een eigen huis heeft iets minder dan de helft een hypotheekschuld die hoger is dan de woningwaarde.

Tabel 6 Hypotheekschuld / woningwaarde wanbetalers > 24 mnd (jaar 2014, bron CBS)

Hypotheekschuld / woningwaarde*	Totale bevolking (> 18 jaar)	Wanbetalers	Wanbetalers > 24 mnd	t.o.v. alle Nederlanders (> 18 jaar)	t.o.v. alle wanbetalers
Totaal	14.040.000	296.430	154.440	1,1%	52,1%
geen eigen woning	5.033.470	241.970	130.630	2,6%	54,0%
wel eigen woning	8.435.100	54.400	23.720	0,3%	43,6%
w.v.					
geen hypotheekschuld	1.315.450	10.440	4.690	0,4%	45,0%
0 tot 0,25	715.310	1.250	610	0,1%	48,4%
0,25 tot 0,75	2.228.770	6.940	3.180	0,1%	45,8%
0,75 tot 1	1.107.300	6.350	2.830	0,3%	44,6%
1 of hoger	2.558.600	23.990	10.080	0,4%	42,0%

*Met deze formule wordt de restschuld van een eigen woning berekend. Een waarde boven de 1 betekent dat de hypotheekschuld hoger is dan de woningwaarde en er dus restschuld is.

Zorgtoeslag en huurtoeslag wanbetalers > 24 mnd

Tabel 7 laat zien dat het aantal wanbetalers > 24 mnd dat een huurtoeslag en/of een zorgtoeslag ontvangt relatief hoog is. Dit is logisch gezien het aantal wanbetalers zonder eigen woning en de lagere inkomensgroepen waar wanbetalers relatief vaker in voorkomen.

Tabel 7 Zorgtoeslag en huurtoeslag wanbetalers > 24 mnd (jaar 2014, bron: CBS)

	Totale bevolking (> 18 jaar)	Wanbetalers	Wanbetalers > 24 mnd	t.o.v. alle Nederlanders (> 18 jaar)	t.o.v. alle wanbetalers
Totaal	13.478.570	296.590	154.440	1,1%	52,1%
huurtoeslag	1.283.077	87.789	50.040	3,9%	57,0%
zorgtoeslag	4.923.030	200.230	104.680	2,1%	52,3%

Opleidingsniveau wanbetalers > 24 mnd

Tabel 8 toont dat ruim de helft van het aantal wanbetalers en wanbetalers > 24 mnd een laag opleidingsniveau heeft. Slechts 4,4% van de wanbetalers en 4% van de wanbetalers > 24 mnd is hoog opgeleid tegen 25% van de totale bevolking > 18 jaar.

Tabel 8 Opleidingsniveau wanbetalers > 24 mnd (jaar 2013, bron: CBS)

Opleidingsniveau	Totale bevolking	Wanbetalers	Wanbetalers > 24 mnd	t.o.v. alle Nederlanders (> 18 jaar)	t.o.v. alle wanbetalers
Totaal	13.392.900	281.240	144.640	1,1%	51,4%
laag	4.274.610	155.870	82.280	1,9%	52,8%
gemiddeld	5.774.970	108.600	55.750	1,0%	51,3%
hoog	3.323.760	13.160	6.180	0,2%	46,9%

Inkomen wanbetalers > 24 mnd

In tabel 9 is uitgegaan van het jaarlijks gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd²⁶ voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden.

Zowel de wanbetalers uit de totale groep wanbetalers als de wanbetalers > 24 mnd zitten relatief vaker in de inkomensgroepen tot € 20.000,-. Opvallend is dat de wanbetalers > 24 mnd relatief minder vaak in de inkomensgroep tot € 10.000,- zitten dan de wanbetalers uit de totale groep wanbetalers.

²⁶ Deze correctie vindt plaats met behulp van equivalentiefactoren. In de equivalentiefactor komen de schaalvoordelen tot uitdrukking die het gevolg zijn van het voeren van een gemeenschappelijke huishouding. Met behulp van de equivalentiefactoren worden alle inkomens herleid tot het inkomen van een eenpersoonshuishouden. Op deze wijze zijn de welvaartsniveaus van huishoudens onderling vergelijkbaar gemaakt. Het gestandaardiseerd inkomen is een maat voor de welvaart van (de leden van) een huishouden.

Tabel 9 Inkomen wanbetalers > 24 mnd (jaar 2013, bron: CBS)

Inkomensgroep	Totale bevolking (> 18 jaar)	Wanbetalers	Wanbetalers > 24 mnd	t.o.v. alle Nederlanders (> 18 jaar)	t.o.v. alle wanbetalers
Totaal	13.392.900	281.240	144.640	1,1%	51,4%
< € 10.000	827.420	54.400	23.500	2,8%	43,1%
€ 10.000 tot € 20.000	4 547 500	159.100	85.700	1,9%	53,9%
€ 20.000 tot € 30.000	4 647 600	54.200	28.600	0,6%	52,8%
€ 30.000 tot € 40.000	2 110 900	10.900	5.700	0,3%	52,0%
€ 40.000 tot € 50.000	713 500	1.700	800	0,1%	47,8%
> € 50.000	537 100	600	300	0,1%	45,2%

Wtcg / CER wanbetalers > 24 mnd

Tot 1 januari 2014 bestonden de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en Compensatieregeling Eigen Risico (CER). Wanneer iemand een bijdrage op basis van een van deze regelingen ontving, wijst op gezondheidsproblemen. Opvallend is dat het aantal wanbetalers en wanbetalers > 24 mnd in 2013 minder vaak een bijdrage kregen vanuit de CER ten opzichte van het percentage van de totale bevolking > 18 jaar. Het aantal wanbetalers en wanbetalers > 24 mnd dat een bijdrage vanuit de Wtcg ontving is relatief vrijwel gelijk aan het percentage van de totale bevolking > 18 jaar.

Tabel 10 Wtcg / CER wanbetalers > 24 mnd (jaar 2013, bron: CBS)

	Totale bevolking	Wanbetalers	Wanbetalers > 24 mnd	t.o.v. alle Nederlanders (> 18 jaar)	t.o.v. alle wanbetalers
Totaal	13.392.900	281.240	144.640	1,1%	51,4%
Wtcg	1.327.250	28.120	15.840	1,2%	56,3%
CER	2.093.320	30.740	17.860	0,9%	58,1%