



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

VWS- Verzekerdenmonitor 2021

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

Den Haag, 2021

Inhoud

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN.....	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen	5
HOOFDSTUK 2. WANBETALERS	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling	7
2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling	9
2.4 Wanbetalersbijdrage.....	15
2.5 Uitvoeringskosten	16
HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz	17
3.3 Verloop van het aantal onverzekerden	18
3.4 Uitvoeringskosten onverzekerdenregeling.....	19
HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING DOOR ZORGVERZEKERINGSLIJN.....	20
4.1 Inleiding	20
4.2 Activiteiten 2020.....	20
4.3 Samenwerking met gemeenten.....	21
HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN	22
5.1 Inleiding	22
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden	22
5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden.....	23
5.4 Uitvoeringskosten regeling gemoedsbezwaarden	23
HOOFDSTUK 6. ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN	24
6.1 Inleiding	24
6.2 De wettelijke bijdrageregeling	24
6.3 Uitvoering van de regeling	25
6.4 De zorgkosten van de bijdrageregeling	25
6.5 Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen	25

HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN	26
7.1 Inleiding	26
7.2 De uitvoering en zorgkosten van de subsidieregeling	27
7.3 Uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden.....	28
HOOFDSTUK 8. INTERNATIONALE ASPECTEN	29
8.1 Inleiding	29
8.2 Verdragsgerechtigden.....	29
8.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland.....	30
8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden	30
8.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden	31
8.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	34
8.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden	36
8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg.....	37

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN

1.1 Inleiding

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

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

De Wlz is een verzekering van rechtswege. Dat betekent -enkele uitzonderingen daargelaten- dat mensen automatisch verzekerd zijn wanneer zij ofwel in Nederland wonen ofwel aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen. Voor de Zvw zijn mensen niet automatisch verzekerd. Zij moeten die verzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar die zij zelf kiezen. De meeste mensen die Wlz-verzekerd zijn, zijn verzekeringsplichtig voor de Zvw. Veruit het grootste deel van de Nederlandse bevolking sluit een zorgverzekering af en betaalt (maandelijks) nominale premie aan een zorgverzekeraar.

Tabel 1.1: Kerncijfers Zvw

	2018	2019	2020
Totaal aantal Zvw-verzekerden	17.161.796	17.278.769	17.385.000
Zvw-verzekerden boven de 18 jaar	13.811.607	13.951.940	14.081.000
Betaalde nominale premie	€ 18,1 mld	€ 19,2 mld	€ 19,3 mld
Betaald eigen risico	€ 3,2 mld	€ 3,1 mld	€ 3,2 mld
Geïnde inkomensafhankelijke bijdrage	€ 23,9 mld	€ 25,2 mld	€ 25,4 mld

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

1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

Voor de volksverzekeringen, waarvan de Wlz er één is, zijn personen die in Nederland wonen van rechtswege verzekerd. Ook personen die hier niet wonen, maar die in Nederland werken en loonbelasting betalen, zijn van rechtswege verzekerd. Hierop geldt een aantal uitzonderingen. Deze zijn opgenomen in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999

(BUB 1999). Bijvoorbeeld buitenlandse diplomaten en ambtenaren, personeel van volkenrechtelijke organisaties en personen die op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening onder de wetgeving van een ander land vallen. Andersom zijn er personen die in het buitenland wonen en op grond van het BUB 1999 toch onder de Nederlandse wetgeving vallen, zoals Nederlandse ambtenaren in het buitenland en tijdelijk buiten Nederland studerende. Vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven zijn uitgesloten van de Wlz-verzekering en daardoor van de toegang tot de (Zvw) zorgverzekering. Indien zij in voorkomend geval behoefte hebben aan medische zorg, wordt deze zorg, indien medisch noodzakelijk, niet geweigerd. Uitgangspunt daarbij is dat de betrokkenen de kosten van de zorg die zij ontvangen zelf betalen. Indien zij daartoe niet in staat blijken, kunnen zorgaanbieders -onder voorwaarden- een beroep doen op de financieringsregeling voor onverzekerbare vreemdelingen (art. 122a Zvw), een regeling die wordt uitgevoerd door het CAK. Op grond van deze regeling worden de kosten geheel of gedeeltelijk vergoed, voor zover zij die niet kunnen verhalen op de betreffende cliënt. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) heeft de exclusieve bevoegdheid om de Wlz-verzekeringsstatus vast te stellen. De SVB beheert een positieve, actuele Wlz-verzekerdenregistratie, die onderdeel vormt van de Basisadministratie Volksverzekeringen (BAV). Zorgverzekeraars kunnen, indien gerede twijfel bestaat over de verzekeringsplicht van een aspirant-verzekerde, de SVB verzoeken informatie te verstrekken over de verzekeringsstatus van betrokkene. Op die manier kunnen zij vaststellen of iemand Wlz-verzekerd is en dus moet worden geaccepteerd voor de zorgverzekering.

Iedereen die Wlz-verzekerd is, is in principe verzekeringsplichtig voor de Zvw. Hierop gelden twee uitzonderingen, namelijk voor militairen in werkelijke dienst¹ en voor gemoedsbezwaarden. Gemoedsbezwaarden zijn mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering. Onder strikte voorwaarden kunnen zij bij de SVB een ontheffing van de premieplicht aanvragen.

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

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

Groep	2018	2019	2020
Wanbetalers	223.714	202.702	189.652
Onverzekerde verzekeringsplichtigen	24.205	24.870	20.260
Gemoedsbezwaarden	12.256	12.237	12.101
Verdragsgerechtigden	128.707	126.634	127.427

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

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

Kort: Zorgverzekeraars kunnen verzekerden met een betalingsachterstand van zes of meer maanden zorgpremie aanmelden bij het CAK voor het bestuursrechtelijke premieregime (wanbetalersregeling). Het CAK legt in dat geval een bestuursrechtelijke premie op en int deze. Wanbetalers blijven verzekerd voor de basisverzekering die ze hebben afgesloten.

2.1 Inleiding

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

Vanaf de invoering van de Zvw zijn maatregelen genomen om het aantal mensen met premieachterstand terug te dringen. Om te voorkomen dat wanbetalers door zorgverzekeraars geroeyd zouden worden (en onverzekerd zouden raken), zijn vrij snel na de invoering van de Zvw afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over de volledige uitvoering van de zorgverzekering bij verzekerden met een premieachterstand langer dan zes maanden. Zorgverzekeraars (met uitzondering van zorgverzekeraar ONVZ) gaan niet over tot roeyen van verzekerden met een premieachterstand. Voor het verzekerd houden van de wanbetalers worden de zorgverzekeraars gecompenseerd zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt. Daarnaast is met de Wet verzwaren incassoregime² een wettelijk verbod ingevoerd op het opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand.

Na 2007 is de Zvw aangevuld met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, die in 2009 in werking is getreden³ ofwel de 'wanbetalersregeling'. Met de deze wet is Afdeling 3.3.2 (artikelen 18a tot en met 18g) aan de Zvw toegevoegd. Deze wanbetalersregeling kent twee fases. De voorfase in het private traject wanneer er sprake is van betalingsachterstand van de nominale zorgpremie van ten hoogste zes maandpremies, en de (publieke) bestuursrechtelijke fase die start wanneer een verzekerde door de zorgverzekeraar is aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Het CAK legt de wanbetaler een bestuursrechtelijke premie op en int deze.

In 2011 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de uitvoering van deze wanbetalersregeling. De aanbevelingen uit deze evaluatie hebben -onder meer- geleid tot de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen die op 1 juli 2016 in werking is getreden. Het kabinet wilde met deze wet het aantal wanbetalers in de zorgverzekering verder terugdringen. Naast de verlaging van de premie (van 130% van de standaardpremie naar 125% van de gemiddelde nominale premie in 2016⁴ en 120% per 2019), maakte deze wet het onder andere mogelijk dat een wanbetaler zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener uit de wanbetalersregeling kon stromen als er een betalingsregeling werd getroffen met de zorgverzekeraar. Ook maakte deze wet het mogelijk om groepen aan te wijzen die uit het bestuursrechtelijke premieregime kunnen stromen.

2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling

Voorfase / private traject

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

Bij twee maanden betalingsachterstand wordt de 'tweedemaandsbrief' gestuurd. De zorgverzekeraar moet een betalingsregeling aanbieden om de openstaande schuld, eventuele

² Stb. 2007, 540

³ Stb. 2009, 356

⁴ Stcrt 2016, 19.623

incassokosten en rente alsnog te betalen, automatische incasso aanbieden en de mogelijkheid bieden de polis te splitsen als er sprake is van meerdere verzekerden. Ook moet hij wijzen op de mogelijkheid van schuldhulpverlening en de gevolgen als de premieachterstand verder oploopt.

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

(Publieke) bestuursrechtelijke fase

Bij een premieachterstand ter grootte van zes maanden nominale premie wordt de verzekerde door de zorgverzekeraar aangemeld bij het CAK. Na aanmelding als wanbetaler betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het CAK. De zorgverzekeraar ontvangt voor het verzekerd houden van de wanbetaler een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ter hoogte van de standaardpremie. Deze wanbetalersbijdrage wordt alleen verstrekt indien de zorgverzekeraar de dekking van de verzekering in stand laat, de wettelijk voorgeschreven incasso-inspanningen verricht en voldoende medewerking verleent aan activiteiten die zijn gericht op aflossing van de schuld. De voorwaarden voor de wanbetalersbijdrage zijn opgenomen in artikel 6.5.4 van de regeling zorgverzekering. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hierop toe. De wanbetalersbijdrage wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds. De wanbetalersbijdrage voorkomt dat zorgverzekeraars wanbetalers royeren. Het risico voor de eerste zes maanden premieachterstand draagt de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar blijft, ook na de aanmelding bij het CAK, proberen de premieschuld, inclusief rente- en incassokosten, te innen. Hoewel de praktijk bij zorgverzekeraars op onderdelen verschilt, volgen alle zorgverzekeraars in grote lijnen het "Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet" van 16 maart 2011.

Na de aanmelding als wanbetaler betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een bestuursrechtelijke premie aan het CAK. De bestuursrechtelijke premie is sinds 1 januari 2019 de gemiddelde nominale premie plus een opslag van 20% van de gemiddelde nominale premie (artikel 18d, Zvw). In 2018 was dit 25%. Het CAK heft en int de bestuursrechtelijke premie. Indien mogelijk wordt de inning gedaan door bronheffing, waarbij het CAK aan gemeenten, uitkerings- en pensioeninstanties en werkgevers (de zogenaamde bronhouders) meedeelt welk bedrag op uitkering, pensioen of salaris dient te worden ingehouden. Indien er geen inkomen is, dan wel niet het gehele bedrag aan bestuursrechtelijke premie kan worden ingehouden, draagt het CAK zorg voor de overdracht van de inning aan het CJIB.

Sinds 2013 draagt de Belastingdienst de zorgtoeslag van deze groep rechtstreeks over aan het CJIB. Voor het gedeelte van de bestuursrechtelijke premie dat niet kan worden voldaan met de eventueel aanwezige zorgtoeslag, verstuurt het CJIB een acceptgiro. Het CAK controleert twee keer per jaar bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) of een wanbetaler wederom een bron van inkomen heeft, zodat bronheffing in plaats van incasso kan plaatsvinden. Ook wordt twee maal door deurwaarders gecontroleerd of er verhaalscapaciteit aanwezig is.

Het CAK heft en int de bestuursrechtelijke premie totdat de wanbetaler al zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, er al dan niet door tussenkomst van een schuldhulpverlener een afbetalingsregeling is getroffen, een stabilisatieovereenkomst is overeengekomen of indien er een wettelijk of minnelijk schuldtraject loopt en de nominale premie aan de zorgverzekeraar wordt betaald. De mogelijkheid om uit het bestuursrechtelijk regime te stromen met een afbetalingsregeling die zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener tot stand is gekomen, bestaat sinds 1 juli 2016. Dit is opgenomen in de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen. Deze wet biedt tevens de grondslag om met een ministeriële regeling groepen aan te wijzen die direct uit kunnen stromen. Bij ministeriële regeling is dit mogelijk gemaakt voor wanbetalers met een bijstandsuitkering op 8 juli 2016⁵ en voor wanbetalers die onder bewind staan per 1 juli 2019⁶.

⁵ Stcrt 2016, 36968

⁶ Stcrt 2019, 34671

Sinds 1 augustus 2018 wordt, indien iemand uit de wanbetalersregeling stroomt, de openstaande bestuursrechtelijke premie niet meer geïnd. Het CAK stelt geen eindafrekening meer op. In de praktijk leidde de eindafrekening regelmatig tot nieuwe betalingsproblemen en recidive. Het incassopercentage van de eindafrekeningen was dan ook beperkt (minder dan 20%).

Jaar	Maatregel
2009	Start wanbetalersregeling; Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering.
2013	Invoering omleiding zorgtoeslag van de Belastingdienst naar het CJIB.
2016	Wet verbetering wanbetalersmaatregelen; o.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Uitstroom bij betalingsregeling zonder tussenkomst schuldhulp • Verlaging bestuursrechtelijke premie naar 125% van gemiddelde nominale premie • Mogelijkheid om groepen aan te wijzen die onder voorwaarden kunnen uitstromen
2016	Uitstroomregeling voor bijstandsgerechtigde wanbetalers treedt in werking.
2018	Eindafrekening bestuursrechtelijke premie wordt afgeschaft.
2019	Opslag is verlaagd naar 20%.
2019	Uitstroomregeling voor wanbetalers die onder bewind staan, treedt in werking.

2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling

In deze paragraaf worden de cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling gepresenteerd. Deze cijfers zijn afkomstig van zorgverzekeraars, het CAK, Zorgverzekeringslijn.nl en het CBS. In de tabellen kunnen kleine afrondingsverschillen voorkomen.

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

Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven

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

	2018	2019	2020
Tweedemaandsbrieven	375.811	384.309	379.635
Vierdemaandsbrieven	124.249	111.875	107.730
Zes maanden: aanmelding bestuursrechtelijk premieregime	200.273	187.912	174.963

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

De aantallen verstuurde tweedemaandsbrieven en vierdemaandsbrieven, en het aantal aanmeldingen bij het CAK, zijn in 2020 afgenomen ten opzichte van 2019. Deze ontwikkeling is te verklaren door de inspanningen van zorgverzekeraars (en gemeenten) om bij beginnende betalingsachterstanden contact op te nemen en een betalingsregeling aan te bieden.

Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraar

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

Verzekerden met betalingsachterstand van:	2018	2019	2020
2-4 maandpremies	140.421	133.521	105.751
4-6 maandpremies	174.124	173.261	141.452
van 6 of meer maandpremies	305.938	293.692	265.833
Totaal aantal betalingsachterstanden	620.483	600.474	497.437

Tabel 2.2 geeft informatie over het gemiddeld aantal verzekerden met een betalingsachterstand. Het betreft hier automatisch gegenereerde informatie cijfers van zorgverzekeraars. In alle achterstandsklassen zijn de aantallen 2020 relatief sterk gedaald ten opzichte van 2019. Dit is mede het gevolg van de teruggevallen bestedingen van huishoudens in 2020 als gevolg van Covid-19, met waarschijnlijk een gunstig effect op het voldoen van de zorgpremie.

Aantal debiteuren met een betalingsregeling of een stabilisatieovereenkomst

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

	Intern	Extern	Stabilisatie
2018	165.173	88.758	7.292
2019	176.236	89.775	6.204
2020	189.461	107.986	6.942

In tabel 2.3 is het aantal lopende betalingsregelingen (intern of extern; bij een incassopartner) dat open stond en het aantal stabilisatieovereenkomsten in beeld gebracht. Het betreft hier regelingen en overeenkomsten waar ten minste de premieschuld in zit. Betalingsregelingen bij de externe incassopartner hebben zowel betrekking op de buitengerechtigde- als de gerechtigde fase. Een stabilisatieovereenkomst is een schuldinstrument dat ten doel heeft om evenwicht te brengen én te houden in de inkomsten en uitgaven van de schuldenaar en zo de mogelijkheid te creëren om de schuldsituatie op te lossen. Een stabilisatieovereenkomst is reden tot opschorting van de betalingsverplichting van de bestuursrechtelijke premie, zodat de wanbetaler meer financiële ruimte krijgt voor afbetaling van de schulden. Indien dit leidt tot een succesvolle schuldsanering, wordt de resterende openstaande schuld kwijtgescholden. Uit gegevens van het CAK blijkt echter dat circa de helft van de stabilisatieovereenkomsten niet definitief tot stand komt dan wel mislukt.

Tabel 2.3 laat zien dat zorgverzekeraars op grote schaal betalingsregelingen aanbieden. De stijging van het aantal interne betalingsregelingen hangt samen met de daling van het aantal wanbetalers, doordat verzekerden die een betalingsregeling treffen direct worden opgeschort voor het bestuursrechtelijk premieregime.

2.3.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime

Totaal aantal wanbetalers die bestuursrechtelijke premie betalen

Tabel 2.4 Aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime op 31 december (bron: CAK)

Per ultimo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal	325.810	312.037	277.023	249.044	223.714	202.702	189.652
Instream	127.536	118.489	133.283	184.177	200.273	187.803	174.963
Uitstroom	115.894	130.656	166.437	206.792	225.603	208.815	188.013

Het aantal wanbetalers is eind 2020 gedaald tot 189.652. Een positieve ontwikkeling is de dalende instroom. Dit heeft vermoedelijk te maken met extra inspanningen van zorgverzekeraars om mislukte betalingsregelingen te herstellen, en het wijst erop dat burgers de gesloten betalingsregeling beter (kunnen) nakomen.

Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime

Tabel 2.5 Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime (bron: CAK)

Per ultimo	2018	2019	2020
Schuld voldaan	24.861	21.170	21.093
Niet meer verzekeringsplichtig	17.498	15.618	10.593
Stabilisatieovereenkomst	15.545	13.220	11.622
Minnelijke schuldhelpverlening	3.878	3.801	3.455
WSNP	2.048	1.513	824
Niet meer premieplichtig	1.591	1.261	957
Overleden	1.259	1.134	1.233
Overlijden verzekeringnemer	62	54	71
Betalingsregeling	151.364	148.075	138.257
Aanmelding ingetrokken	9.812	8.070	6.502

In tabel 2.5 zijn de redenen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premiereregime nader gespecificeerd. In 2020 is de belangrijkste oorzaak van uitstroom het doorlopen van een betalingsregeling; circa 140.000 mensen zijn met een betalingsregeling uitgestroomd.

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

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premiereregime

Tabel 2.6 Aantal maanden wanbetaler (bron: CAK) ⁷

Aantal maanden	2018	2019	2020
0 - 12	55.742	50.047	50.352
13 - 24	35.824	31.976	28.934
>24	132.148	120.678	110.366
Totaal	223.714	202.702	189.652

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

De tabel laat een daling zien van het aantal wanbetalers dat langer dan 12 maanden in de wanbetalersregeling zit. Dit kan te maken hebben met de inspanningen van gemeenten die steeds vaker op basis van de lijst wanbetalers van het CAK, contact opnemen met wanbetalers.

Hernieuwde aanmeldingen

Tabel 2.7 Heraanmeldingen (recidive) (bron: CAK)

Heraanmeldingen op 31 december	2018	2019	2020
Voor een tweede keer aangemeld	153.191	164.164	175.446
Voor een derde keer aangemeld	30.194	34.790	40.371
Voor een vierde keer aangemeld	4.837	6.055	7.538
Voor een vijfde keer aangemeld	787	1.039	1.424

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

Openstaande schuld bij zorgverzekeraar van wanbetalers in bestuursrechtelijk premiereregime

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

Schuldhoogte bij zorgverzekeraar: gemiddeld aantal wanbetalers	2018	2019	2020
< € 250	20.752	18.757	17.869
€ 250 - € 750	36.877	29.969	28.748
> € 750	161.987	149.878	143.833

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

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

de mate waarin inspanningen worden verricht om de schuld terug te brengen én geven een beeld van het aantal wanbetalers voor wie zicht bestaat op afmelding uit het bestuursrechtelijk premieregime, omdat de schuld nog maar relatief klein is.

Door het toegenomen aantal betalingsregelingen neemt de schuldhoogte in alle drie de klassen af.

2.3.3 De bestuursrechtelijke premie

Ontwikkeling hoogte bestuursrechtelijke premie

Tabel 2.9 Hoogte bestuursrechtelijke premie maandelijks (afgerond)

Premie per maand in €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gemiddelde nominale premie	107	92	97	102	108	109	115	118
Bestuursrechtelijke premie	160	144	153	159	134	137	139	142

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

Opgelegde bestuursrechtelijke premie

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

X € 1000	2009 tm 2018	2019	2020	Totaal
Te incasseren premies	4.356.899	351.920	326.717	5.035.536
Netto betaald	2.411.610	299.453	222.719	2.933.782
Afgeboekt	497.117	112.632	142.995	752.744
Naar eindafrekening	514.093	0	0	514.093
In betalingsregeling	2.462	0	0	2.462
Openstaande premie	931.617	-60.165	-38.998	832.454

In tabel 2.10 is de opgelegde bestuursrechtelijke premie weergegeven en de status daarvan. Bij de interpretatie van deze cijfers moet rekening worden gehouden met een sterk na-ijl effect. Dat betekent bijvoorbeeld dat de in 2018 opgelegde bestuursrechtelijke premie voor een groot deel pas in de daaropvolgende jaren wordt betaald.

De openstaande bestuursrechtelijke premie van € 832 mln. betreft de totale openstaande premie bij het CAK per ultimo 2020. Hierin is nog niet meegenomen de afletting van deelontvangsten bij het CJIB (circa € 200 mln.). Als de vordering bij het CJIB volledig is betaald, wordt dit doorgegeven aan het CAK.

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

Nog nooit geïnde premie

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

	2018	2019	2020
Aantal	36.862	37.933	35.328

In tabel 2.11 is het aantal wanbetalers opgenomen waarvan het nog nooit is gelukt bestuursrechtelijke premie te innen, noch via bronheffing, noch via incassoactiviteiten. Dit betekent dat deze wanbetalers geen kenbare bron van inkomen hebben (loon of uitkering), onvoldoende middelen hebben om te betalen of niet vindbaar zijn voor deurwaarders. Het betreft uitsluitend de betaling van de bestuursrechtelijke premie; als er recht bestaat op zorgtoeslag wordt deze omgeleid. Het aantal is de laatste jaren redelijk gelijk gebleven.

2.3.4 Achtergrondkenmerken van totale groep wanbetalers

Om meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep wanbetalers bij het CAK doet het CBS op verzoek van VWS jaarlijks onderzoek naar de achtergrondkenmerken. Alleen van personen die zijn opgenomen in het bestuursrechtelijk premieregime, die op 31 december van het jaar ingeschreven staan in de BRP en die op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden van 18 jaar of ouder, worden door het CBS de achtergrondkenmerken verzameld. Een deel van de wanbetalers is niet in de BRP ingeschreven. Daarmee hanteert het CBS een striktere afbakening dan het CAK, waardoor de cijfers soms lager zijn. Het CBS heeft met peildatum 31 december 2020 voor 174.720 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken⁸ verzameld.

Totale groep wanbetalers naar leeftijd

Tabel 2.12 Wanbetalers naar leeftijd (bron: CBS)

leeftijd	2018	2019	2020	2020*
18 - 20	2.310	2.300	1.940	0,4%
20 - 25	20.920	19.740	18.710	1,7%
25 - 30	28.580	25.830	23.360	2,1%
30 - 35	28.990	26.900	24.610	2,2%
35 - 40	25.600	24.070	22.430	2,1%
40 - 45	21.880	20.100	18.960	1,8%
45 - 50	23.360	20.640	18.050	1,6%
50 - 55	19.950	18.350	16.730	1,3%
55 - 60	15.360	14.100	12.810	1,0%
60 - 65	9.310	8.830	8.380	0,7%
65 - 70	5.130	4.860	4.440	0,4%
70 - 75	2.930	2.780	2.650	0,3%
75 - 80	1.090	1.070	1.000	0,2%
> 80	720	690	660	0,1%
Totaal	206.100	190.250	174.720	1,2%

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

In tabel 2.12 zijn de wanbetalers ingedeeld naar leeftijdscategorie. Uit deze tabel blijkt dat de relatief grootste aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie 30-35 jaar valt. Het aantal wanbetalers is in alle leeftijdscategorieën wederom gedaald. De belangrijkste oorzaak hiervoor is de uitstroom op basis van een betalingsregeling bij de zorgverzekeraar.

Herkomst totale groep wanbetalers

Tabel 2.13 Herkomst totale groep wanbetalers (bron: CBS)

Herkomst	2018	2019	2020	2020*
Nederlandse achtergrond	105.050	94.970	85.330	0,8%
Migratieachtergrond	101.060	95.290	89.380	2,6%
Totaal	206.100	190.250	174.720	1,2%

* percentage ten opzichte van de totale populatie.

Tabel 2.13 laat zien dat van de groep met een migratieachtergrond het percentage wanbetalers (2,6%) hoger is dan van de groep met een Nederlandse achtergrond (0,8%). Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met inkomen en opleidingsniveau. Mensen met een migratieachtergrond hebben relatief vaker een laag inkomen en zijn lager opgeleid. De daling van het aantal wanbetalers is te zien in alle deelgroepen.

⁸ Zie voor alle overzichten: CBS Statline

Aantal wanbetalers in de top 20 gemeenten

Tabel 2.14 Top 20 gemeenten met het hoogste aantal wanbetalers op 31 december 2020

	Gemeente	2018	2019	2020	% Δ 2019-2020
1	Rotterdam	20.520	18.990	17.180	-9,5%
2	Amsterdam	15.780	14.610	13.730	-6,0%
3	's-Gravenhage	13.200	12.300	11.560	-6,0%
4	Almere	4.190	3.870	3.410	-11,9%
5	Utrecht	3.950	3.530	3.240	-8,2%
6	Arnhem	3.130	2.970	2.840	-4,4%
7	Eindhoven	3.200	2.860	2.640	-7,7%
8	Tilburg	3.130	2.880	2.550	-11,5%
9	Groningen	2.750	2.660	2.330	-12,4%
10	Enschede	2.820	2.430	2.300	-5,3%
11	Zaanstad	2.440	2.270	2.110	-7,0%
12	Dordrecht	2.300	2.300	2.020	-12,2%
13	Heerlen	2.190	2.190	1.850	-15,5%
14	Leeuwarden	2.120	2.030	1.780	-12,3%
15	Schiedam	2.020	1.920	1.770	-7,8%
16	Breda	2.160	2.000	1.750	-12,5%
17	Nijmegen	2.230	2.050	1.730	-15,6%
18	Apeldoorn	1.820	1.710	1.650	-3,5%
19	Haarlem	1.870	1.630	1.530	-6,1%
20	Lelystad	1.900	1.690	1.530	-9,5%

Tabel 2.14 geeft de top 20 gemeenten met het hoogste aantal wanbetalers op 31 december 2020. Bij alle gemeenten is een daling te zien van het aantal wanbetalers. De mate waarin dit aantal daalt verschilt erg per gemeente.

Tabel 2.15 Wanbetalers met zorgtoeslag (bron: CBS)

	2018	2019	2020
Aantal Nederlanders met zorgtoeslag	4.488.530	4.406.140	4.511.290
Percentage dat zorgtoeslag ontvangt	32,2%	31,3%	31,8%
Aantal wanbetalers met zorgtoeslag	130.180	117.520	109.670
Percentage van groep wanbetalers	63,2%	61,8%	62,8%

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

Het percentage wanbetalers met een zorgtoeslag is de afgelopen jaren redelijk gelijk gebleven. Bij de vergelijking van de cijfers en percentages moet wel rekening worden gehouden met ontwikkelingen in regelgeving voor het ontvangen van zorgtoeslag (bijvoorbeeld wijzigingen in inkomensgrenzen).

Wanbetalers naar soort uitkering

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

	2017	2018	2019
Totaal aantal wanbetalers	249.044	206.100	190.250
Persoon met een arbeidsongesch. uitk.	23.960	21.040	18.750
Persoon met een bijstandsuitkering	48.130	38.170	32.320
Persoon met een werkloosheidsuitkering	10.770	8.710	7.520
Persoon met een IOAW- of IOAZ-uitkering	1.320	1.010	790
Persoon met ANW-uitkering	660	560	480
Persoon met Ziektewet-uitkering	5.960	5.770	5.940
Persoon met WSW-dienstverband	1.280	1.030	880
Persoon met AOW-uitkering	9.540	8.370	7.630

* Personen met meerdere uitkeringen worden meerdere keren meegeteld

In tabel 2.16 is de groep wanbetalers uitgesplitst naar soort uitkering. Bij de interpretatie van de cijfers moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat personen meerdere uitkeringen kunnen ontvangen. De grootste deelgroep betreft de groep bijstandsgerechtigden. Van de wanbetalers ontvangt circa 17% een bijstandsuitkering. De daling in deze groep is het grootst. Mogelijk als gevolg van de uitstroombepaling voor bijstandsgerechtigden. De cijfers over 2020 zijn nog niet beschikbaar.

Wanbetalers naar inkomensgroep

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

Inkomensgroep	2018	Totaal Nederland 2018
Totaal	206.100	13.924.860
< € 10.000	20.000	449.260
€ 10.000 tot € 20.000	92.050	2.542.260
€ 20.000 tot € 30.000	58.400	4.116.510
€ 30.000 tot € 40.000	22.330	3.524.620
€ 40.000 tot € 50.000	5.880	1.793.610
> € 50.000	2.070	1.381.580
Onbekend	5.370	116.570

In tabel 2.17 is de groep wanbetalers verdeeld over de verschillende inkomensgroepen. Hierbij is uitgegaan van het jaarlijks gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. De cijfers over 2019 en 2020 zijn nog niet beschikbaar.

2.4 Wanbetalersbijdrage

Tabel 2.18 Betaalde wanbetalersbijdrage (bron: CAK)

	2018	2019	2020
x € 1000	368.808	352.884	327.001

In artikel 34a van de Zorgverzekeringswet en in artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering wordt geregeld onder welke voorwaarden zorgverzekeraars een bijdrage (standaardpremie) krijgen voor het verzekerd houden van wanbetalers. Enkele voorwaarden hebben betrekking op inspanningen en medewerking van zorgverzekeraars voor het innen van de premie en het aflossen van de schuld. In totaal hebben zorgverzekeraars in 2020 iets meer dan € 325 miljoen ontvangen voor de wanbetalers die waren aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime.

2.5 Uitvoeringskosten

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

Tabel 2.19 uitvoeringskosten (bron: jaarverslagen CAK/CJIB)

Bedragen x € 1.000	2018	2019	2020
CAK	12.318	10.022	12.361
CJIB	11.731	7.234	6.751
Totale uitvoeringskosten	24.049	17.256	19.132

HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN

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

3.1 Inleiding

Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering⁹ (hierna: Wet Ovoz) in werking getreden. De Wet Ovoz heeft tot doel om het aantal onverzekerden terug te dringen. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekering hebben. Verzekeringsplichtigen die nalaten een zorgverzekering te sluiten, zijn onverzekerd. De regering is van mening dat het ongewenst is dat er een situatie bestaat waarbij een aanzienlijk deel van de verzekeringsplichtigen zich kan onttrekken aan de verzekeringsplicht. In de eerste plaats gaat het natuurlijk om de onverzekerden zelf. Ook de onverzekerde die denkt dat hij geen verzekering nodig heeft, kan geconfronteerd worden met een ernstige ziekte of een ongeval. En meestal zal deze onverzekerde niet in staat zijn de kosten van die zorg zelf te betalen. Het is juist de door de verzekering geboden bescherming die bewerkstelligt dat de negatieve, financiële gevolgen van dergelijke gebeurtenissen, beperkt blijven. Ten tweede speelt hierbij niet alleen het persoonlijk belang van de onverzekerden, maar ook het belang van het sociale verzekeringssysteem. Gezien vanuit het verzekeringstelsel is het ongewenst dat er inbreuk wordt gemaakt op de daaraan ten grondslag liggende solidariteit. Daarin is meedoen, ook wanneer je het niet nodig hebt, de leidende gedachte. Ten slotte geldt dat onverzekerde 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 opgezaald.

3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz

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

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

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

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

⁹ Stb. 2011, 111.

De hoogte van de boete bedroeg in 2020 € 410,49. De boete kan tweemaal worden opgelegd. De tweede boete wordt opgelegd wanneer blijkt dat iemand drie maanden na het opleggen van de eerste boete nog altijd niet verzekerd is.

3. *Ambtshalve verzekering*: Indien bij een volgende bestandsvergelijking blijkt dat de onverzekerde na twee boetes nog altijd onverzekerd is, dan verzekert het CAK hem ambtshalve bij een zorgverzekeraar. Om te voorkomen dat deze verzekerde onmiddellijk na ambtshalve verzekering zijn premie niet betaalt, is hij gedurende een periode van twaalf maanden een bestuursrechtelijke premie verschuldigd van 100% van de standaardpremie (in 2019: € 136,83 per maand). Deze premie wordt zo veel mogelijk door middel van bronheffing geïnd. Een ambtshalve verzekerde kan zich op deze manier niet onmiddellijk aan premiebetaling onttrekken. Het CAK kan de bestuursrechtelijke premie in de vorm van broninhouding inhouden op het loon of de uitkering van betrokkene. Blijkt broninhouding van de bestuursrechtelijke premie door het CAK onmogelijk, bijvoorbeeld omdat er geen regelmatige inkomsten zijn, dan draagt het CAK de inning over aan het CJIB. Het CJIB controleert bij de Belastingdienst of er sprake is van zorgtoeslag. Is dit het geval, dan betaalt de Belastingdienst in opdracht van het CAK de zorgtoeslag aan het CJIB. Voor het restant van de premie verstuurt het CJIB aan betrokkene een acceptgiro. Is er geen sprake van zorgtoeslag, dan verstuurt het CJIB maandelijks een acceptgiro aan betrokkene.

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

3.3 Verloop van het aantal onverzekerden

Aantal onverzekerden

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

	2018	2019	2020
Aangeschreven	67.444	84.992	62.553
Einde onverzekerd	60.663	84.327	67.163
Stand actief onverzekerden	24.205	24.870	20.260

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. Tussen het in- en uitstromen kan een persoon geregistreerd staan als actief onverzekerd (fase van aanschrijving en boete oplegging) of ambtshalve verzekerd. In dit proces zitten gemiddeld ca. 25.000 personen.

De stijging van het aantal aangeschreven onverzekerden en het aantal 'einde onverzekerd' in 2019 wordt veroorzaakt door een sterke toename van het aantal internationale studenten (weer ingezakt in 2020 vanwege Covid) en onterechte aanmelding van een deel van het defensiepersoneel.

Totalen maart 2011 tot en met 2019

Tabel 3.2 De totalen van maart 2011 tot en met 2020 (bron: CAK)

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	385.537
Ambtshalve verzekerd	38.953
Niet (meer) Wlz-verzekerd	299.469
Overig*	6.294
Totaal	730.253

*Bijvoorbeeld door overlijden

Tabel 3.2 toont de redenen dat aangeschreven vermeende onverzekerde verzekeringsplichtigen niet meer in het traject van de Wet Ovoz zitten. In de periode vanaf 2011 tot en met 2020 zijn 730.253 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste gedeelte hiervan heeft vervolgens actie ondernomen door:

- zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (385.537);
- te betwisten dat zij Wlz-verzekeringsplichtig zijn (299.469).

Boetes en premies

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

Baten en lasten onverzekerden x € 1 mln	2018	2019	2020
Baten			
Boetes opgelegd aan onverzekerden	8,3	11,0	9,0
Premie opgelegd aan ambtshalve verzekerden	4,3	5,3	6,5
Totale baten	12,6	16,3	15,5
Lasten			
Te betalen compensatie aan zorgverzekeraars	4,3	5,3	6,5
Dotatie voorziening oninbaar onverzekerden	10,7	13,9	11,7
Totale lasten	15,0	19,2	18,2
Saldo baten en lasten	-2,4	-2,9	-2,7

In 2020 heeft het CAK via het CJIB voor € 9 miljoen aan boetes en € 6,5 miljoen aan bestuursrechtelijke premie opgelegd. De stijging van de opgelegde bestuursrechtelijke premie is het gevolg van de stijging van het aantal opgespoorde onverzekerde verzekeringsplichtigen in 2019.

3.4 Uitvoeringskosten onverzekerdenregeling

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

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

Bedragen x € 1.000	2018	2019	2020
CAK	4.637	3.609	2.961
CJIB	1.318	915	903
SVB	3.137	3.454	5.033
Totale uitvoeringskosten	9.091	7.978	8.897

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING DOOR ZORGVERZEKERINGSLIJN

4.1 Inleiding

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

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

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

Met deze activiteiten probeert Zorgverzekeringslijn financiële zorgverzekeringsproblemen en erger te voorkomen. Door er vroeg bij te zijn, het belang van zorgverzekeringsproblemen in een bredere context en de signaalfunctie duidelijk te maken, kunnen grotere problemen eerder worden opgespoord en mogelijk worden voorkomen.

4.2 Activiteiten 2020

Zorgverzekeringslijn heeft in 2020 onderstaande activiteiten ondernomen om het aantal wanbetalers en onverzekerden te verminderen. De activiteiten hebben bijna volledig online plaatsgevonden vanwege de geldende Corona-maatregelen.

Bereik professionals en jongeren	2019	2020
Bereik professionals	3.083	3.085
waarvan (online) trainingen	2494	2.089
waarvan elearning	589	996
Nieuwsbrief abonnees	5.130	5.847
Bereik jongeren	3.313	1.796
Bezoekers website "Jouw Situatie"	121.230	123.733
Afgenomen lespakket (<i>DigiSterker</i>)	303	536
Aanwezigen congress	55	721

Ook het congres van Zorgverzekeringslijn vond online plaats. Dit gaf 721 kijkers de mogelijkheid om het congres bij te wonen. Het bereik van Zorgverzekeringslijn neemt, na een dip in 2020 vanwege de Corona-maatregelen, in de eerste helft van 2021 weer flink toe. Er is meer gewinning ten opzichte van de aangeboden digitale alternatieven.

Telefoongesprekken, chats en e-mails

Voor het eerst (2020) zorgen chat en e-mail samen voor meer dan 50% van de contacten van Zorgverzekeringslijn. Vooral vragen over de verzekeringsplicht worden per chat en e-mail gesteld. Deze vraagstellers zijn vaak nog in hun thuisland, waardoor het voor hen makkelijker en goedkoper is om per chat of e-mail contact op te nemen.

Contactmomenten per kanaal	2019	2020
Chat	2.274	2.480
E-mail	856	697
Telefoon	3.613	3.146
Totaal	6.743	6.323

Het aantal vragen over de verzekeringsplicht blijft ook in 2020 hoog. Deze vragen, vooral gesteld door internationale studenten en expats, neemt in de loop van 2020 en 2021 iets af vanwege uitgestelde bezoeken aan Nederland. De verwachting is dat dit later in 2021 weer zal toenemen door een toename van het aantal verhuizingen naar Nederland. Zorgverzekeringslijn werkt samen met het hoger onderwijs, Nuffic, het CAK en de SVB om informatie over de zorgverzekering in Nederland op het juiste moment op de juiste plek te krijgen.

Contactmomenten: registratie per onderwerp	2019	2020
Algemene vragen (P0)	1.722	1.744
Onverzekerde minderjarigen (P1)	192	99
Onverzekerde meerderjarigen (P2)	1.084	1.071
Premieschulden tot 6 maanden (P3)	1.018	750
Wanbetalers (P4)	488	528
Verzekeringsplicht (P5)	2.239	2.131
Totaal	6.743	6.323

4.3 Samenwerking met gemeenten

Gemeenten zijn een belangrijke speler in de aanpak van (zorgverzekerings-)schulden. Vanuit het ministerie van VWS is daarom in 2020 'De Challenge' gestart. Een uitdaging voor vijf gemeenten om schulden bij de zorgverzekeraar als signaal voor vroegsignalering op te nemen in hun beleid. De gemeenten Amsterdam, Den Haag, Haarlem, Arnhem en Nijmegen gingen deze uitdaging aan. Zorgverzekeringslijn is gevraagd om deel te nemen aan 'De Challenge' en de geleerde lessen binnen dit project verder te verspreiden naar andere gemeenten.

Naast de samenwerking met deze vijf gemeenten heeft Zorgverzekeringslijn in 2020 verschillende gemeenten bijgestaan met hulp. Zo vroegen de gemeenten Nijkerk en Rheden hulp bij de implementatie van de Regeling Uitstroom Bijstandsgerechtigden (RUB) en hielp Zorgverzekeringslijn de gemeenten Epe, Rijswijk en Heusden bij het gebruik van de wanbetalerslijsten van Het CAK.

HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

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

5.1 Inleiding

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

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

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

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

5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

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

	2018	2019	2020
Personen	12.213	12.237	12.101
Huishoudens	3.655	3.681	3.672

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

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

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

Baten en lasten gemoedsbezwaarden	2018	2019	2020
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1-1	21,7	25,5	30,6
Resultatenrekening			
Bijdragevervangende belasting	8,7	10,1	11,6
Verleende vergoedingen zorgkosten	-4,9	-5,0	-6,2
Saldo rekeningen voor toevoeging	25,5	30,6	36,0
Toevoeging ten gunste van het ZVW	0,3	0,5	0,3
Toevoeging aan rekening	3,5	4,6	5,1
Totaal resultaatbestemming	3,8	5,1	5,4
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31-12	25,5	30,6	36,0

Tabel 5.2 geeft de baten en lasten weer.

Als gevolg van de wijziging van de afdrachtregeling per 1 januari 2016 stijgt het saldo van de rekeningen met een toevoeging van circa € 5 miljoen per jaar en zijn de afdrachten ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds circa € 0,4 miljoen per jaar.

5.4 Uitvoeringskosten

Tabel 5.3 Uitvoeringskosten gemoedsbezwaarden

Bedragen x € 1.000	2018	2019	2020
CAK	647	743	465

HOOFDSTUK 6. ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

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

6.1 Inleiding

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

Iedere vreemdeling die zonder verblijfsvergunning in Nederland verblijft¹⁰ is er in beginsel zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald. Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen. Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen (hierna: onverzekerbare vreemdelingen) geen (particuliere) verzekering hebben gesloten zullen zij de kosten van verleende medische zorg dus zelf moeten betalen.

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

6.2 De wettelijke bijdrageregeling

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

Bij direct toegankelijke zorg kan de medisch noodzakelijke zorg ook worden ingeroepen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dat geldt ook voor acute zorg. In die gevallen is voor de zorgaanbieder voorzien in een vergoeding van 80% van de oninbare vordering. Kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling worden voor 100% aan de zorgaanbieder vergoed, voor zover de kosten niet op de patiënt kunnen worden verhaald. Dit vloeit voort uit verdragsverplichtingen.

¹⁰ Het betreft de volgende groepen vreemdelingen:

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

6.3 Uitvoering van de regeling

Het CAK voert sinds 1 januari 2017 de wettelijke bijdrageregeling uit. In dat kader geeft het CAK informatie aan zorgaanbieders over de regeling en voert daarover overleg met (te contracteren) zorgaanbieders. Het CAK onderhoudt een website waarop informatie over de financiering van de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen is opgenomen¹¹. Ook zijn daar de gegevens te vinden van de gecontracteerde zorgaanbieders. Het CAK beantwoordt dagelijks per mail en telefoon vragen over de regeling die gesteld worden door zorgverleners, hulpverleningsorganisaties en onverzekerbare vreemdelingen. Ziekenhuizen, ggz-instellingen en Wlz-instellingen kunnen, indien ze gebruik willen maken van de regeling, met het CAK een overeenkomst sluiten. In 2019 waren er 255 apothekers, 103 ziekenhuizen, 91 Wlz-instellingen en 90 GGZinstellingen met een contract.

6.4 De zorgkosten van de bijdrageregeling

Tabel 6.1: zorgkosten bijdrageregeling CAK (bron: CAK)

Zorgvorm x € 1.000	2018	2019	2020	% Δ 2019- 2020
Ziekenhuizen	14.795	22.807	26.294	15%
Farmacie	4.276	4.000	5.042	26%
GGZ	9.433	8.257	7.987	-3%
AWBZ / Wlz	1.978	2.352	2.343	0%
Hulpmiddelen	107	136	151	11%
Ambulancevervoer	485	1.016	1.265	25%
Eerstelijns				
Huisartsen	508	1.128	1.012	-10%
Tandartsen	90	130	140	8%
Verloskunde	464	746	809	8%
Kraamzorg	1.094	2.068	1.631	-21%
Paramedici	48	46	50	9%
GGD'en	106	456	1.237	171%
Totaal	2.310	4.574	4.879	7%
Totaal	33.384	43.141	47.961	11%

In tabel 6.1 zijn de zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen opgenomen. De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2020 met circa € 4,5 mln. gestegen ten opzichte van 2019. Hoewel de sterke kostenstijging van de laatste jaren iets afneemt, zijn de kosten voor ziekenhuiszorg, farmacie, ambulancevervoer en GGD'en wel sterk toegenomen. Dit heeft vermoedelijk te maken met het Covid-19 virus.

6.5 Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

Tabel 6.2 uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

Bedragen x € 1.000	2018	2019	2020
CAK	1.007	1.302	1.972

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

¹¹ <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN

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

7.1 Inleiding

De Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden voorziet sinds 1 maart 2017 in de subsidiëring van zorgaanbieders die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde personen. De regeling was onderdeel van het plan van aanpak voor verwarde personen waarover het kabinet op 2 mei 2016 een brief aan de Tweede Kamer heeft gezonden.¹² Het feit dat een deel van deze kwetsbare groep mensen onverzekerd is levert problemen op voor de toegang tot de zorg. Mensen zijn onverzekerd omdat ze zich niet willen verzekeren, uit onbekendheid, omdat ze het vergeten zijn of omdat ze het niet begrijpen en niet of onvoldoende in staat zijn zelf de stappen te zetten die nodig zijn om een zorgverzekering af te sluiten. Toegang tot de zorg en continuïteit van zorg zijn echter essentieel en het hebben van een zorgverzekering is daarvoor een noodzakelijke randvoorwaarde.

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

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

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

De Subsidieregeling in grote lijnen.

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

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

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

In maart 2018 is de subsidieregeling op enkele essentiële onderdelen vereenvoudigd. De 24-uurs melding is gewijzigd naar een melding binnen 7 dagen; voor het geven van vervolgzorg aan dezelfde persoon binnen een maand kan een eerdere melding worden gebruikt en voor alle spoedeisende zorg (ziekenhuizen, ggz, ambulance en medicijnen) is het toestemmingsvereiste voor verstrekken van persoonsgegevens vervallen. Daarmee is voor spoedeisende zorg ook de verzekeringsplicht van de onverzekerde vervallen. Door aanhoudende signalen van belemmeringen uit het zorgveld (o.a. de straatdokters) is de regeling per 1 maart 2019 met terugwerkende kracht (t/m 1 maart 2018) aangepast door o.a. de verzekeringsplicht voor de resterende zorgvormen te laten vervallen. De verzekeringsplicht speelt derhalve geen rol meer.

7.2 De uitvoering en zorgkosten van de subsidieregeling

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

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

	2017	2018	2019	2020
Farmacie	€ 12.000	€ 12.000	€ 55.000	€ 611.176
GGZ	€ 420.000	€ 2.495.000	€ 9.041.000	€ 16.281.195
Huisartsenzorg	€ 580	€ 3.000	€ 8.000	€ 25.026
Overige zorg	€ 33.000	€ 72.000	€ 104.000	€ 1.333
Hulpmiddelen	€ -	€ -	€ -	€ -
Eerstelijnsverblijf	€ -	€ -	€ -	€ 38.428
Verloskundige zorg	€ -	€ 1.000	€ 6.000	€ 13.586
Wijkverpleging	€ -	€ 12.000	€ 14.000	€ 42.890
Ziekenhuizen	€ 278.000	€ 2.489.000	€ 9.092.000	€ 17.429.194
Kraamzorg	€ -	€ -	€ -	€ 8.522
Paramedische zorg	€ -	€ -	€ -	€ 298
AWBZ instellingen	€ -	€ -	€ -	€ -
Tandheelkundige zorg	€ -	€ -	€ -	€ -
Totaal	€ 743.580	€ 5.084.000	€ 18.320.000	€ 34.451.678

Op basis van de gegevens in tabel 1 kan worden geconstateerd dat de ziekenhuizen en de ggz-instellingen bijna het hele budgettaire beslag (98%) van de regeling dragen. Een tweede conclusie die op basis van deze tabel getrokken kan worden is dat de uitgaven aan de subsidieregeling in vier jaar tijd fors zijn gestegen. Deze stijging is deels voorzien toen de regeling werd versoepeld, maar de mate waarin het gebruik zich heeft ontwikkeld is veel groter dan werd verwacht. De raming is bij de start van de SOV en bij de aanpassingen niet robuust gebleken. Als oorzaken van de stijging van het gebruik van de regeling worden gezien:

- de bredere reikwijdte van de doelgroep van onverzekerden (het vervallen van verzekeringsplicht);
- verlenging van de meldingstermijn van 24 uur naar 7 dagen;
- grotere bekendheid van de regeling als gevolg van voorlichtingsactiviteiten;
- toename van het aantal dakloze personen (en daarmee van onverzekerde);
- toename van het aantal gewezen arbeidsmigranten dat (als gevolg van sociale problematiek) in Nederland verblijft.

Tabel 7.2: Ontwikkeling aantal declaraties (personen) per groep

	2017	2018	2019	2020
Nederland	117	1.076	2.581	4.492
EU/EER	26	662	2.367	5.124
Andere landen	21	312	956	1.664
Onbekend			300	1.180
Totaal	164	2.050	6.204	12.460

Tabel 7.2 laat zien dat het aantal declaraties bij alle doelgroepen is toegenomen. Daarnaast valt op dat er vanaf 2019 er een groep is bijgekomen waarvan de nationaliteit onbekend is. Dit wordt veroorzaakt doordat zorgaanbieders dit bij de melding niet voldoende registreren. Deze groep neemt in omvang toe en bedraagt bijna 10%.

7.3 Uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden

Tabel 7.3 uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden

Bedragen x € 1.000	2018	2019	2020
CAK	800	1.419	1.266

HOOFDSTUK 8. INTERNATIONALE ASPECTEN

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kosten die zijn gemaakt voor zorg in het buitenland door twee categorieën personen. Het betreft in de eerste plaats mensen die in het buitenland wonen en op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening (EG) Nr. 883/2004 of een bilateraal sociale zekerheidsverdrag recht hebben om zorg in hun woonland te ontvangen ten laste van Nederland. Dit zijn de zogeheten 'verdragsgerechtigden'. In 8.2 tot en met 8.6 wordt hier nader op ingegaan. Daarnaast geeft dit hoofdstuk informatie over Zvw-verzekerden die in het buitenland zorg ontvangen (8.7). Tot slot wordt in de laatste paragraaf (8.8) ingegaan op de voorlichting over grensoverschrijdende zorg.

8.2 Verdragsgerechtigden

De Europese sociale zekerheidsverordening (EG) Nr. 883/2004 (hierna: Verordening) en de tussen Nederland en andere staten bestaande bilaterale sociale zekerheidsverdragen (hierna: verdragen) hebben onder meer tot doel te voorkomen dat mensen die zich binnen de EU/EER¹³ en Zwitserland (hierna: EU) of tussen Nederland en de verdragslanden verplaatsen, hun ziektekostendekking verliezen of dubbel wettelijk verzekerd zijn. In het kader van de uittreding van het Verenigd Koninkrijk uit de EU (Brexit) per 31 januari 2020, zijn tussen het Verenigd Koninkrijk en de Europese Commissie van de EU een Terugtrekkingsakkoord en een Handels- en Samenwerkingsakkoord afgesloten. Voor personen die onder de werking van het Terugtrekkingsakkoord vallen geldt dat zij op gelijke wijze worden behandeld als onderdanen van EU-lidstaten. Op de werking van het nieuwe Handels- en Samenwerkingsakkoord wordt in deze verzekerdenmonitor nog niet ingegaan omdat dit akkoord pas in 2021 in werking is getreden en dus buiten de periode valt waarop deze monitor ziet. In de tabellen 8.1 tot en met 8.4 worden de cijfers die zien op het Verenigd Koninkrijk daarom ook over het jaar 2020 nog weergegeven onder "EU/EER/Zwitserland".

Personen die in een ander EU-land, het Verenigd Koninkrijk 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, het Verenigd Koninkrijk of verdragsland wonende gezinsleden van mensen die Zvw-verzekerd zijn (bijvoorbeeld gezinsleden van grensarbeiders);
- b) in een andere EU-lidstaat, het Verenigd Koninkrijk of verdragsland wonende personen met een Nederlands wettelijk pensioen of uitkering¹⁴ en
- c) in een andere EU-lidstaat, het Verenigd Koninkrijk of verdragsland wonende gezinsleden van de onder b) genoemde personen.

In het buitenland wonende gezinsleden van Zvw-verzekerden

In het buitenland wonende gezinsleden van Zvw-verzekerden kunnen geen dekking ontlenen aan de Wlz en de Zvw. Deze gezinsleden kunnen op grond van de Verordening of verdragen wel een verdragsrecht op zorg hebben volgens de sociale ziektekostenverzekering van het woonland ('woonlandpakket'). De kosten hiervan komen ten laste van Nederland. Gezinsleden die in een andere EU-lidstaat of het Verenigd Koninkrijk 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 CAK wordt geïnd (zie 8.3).

¹³ De landen van de Europese Economische Ruimte (EER) zijn: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein.

¹⁴ Het betreft uitkeringen of pensioenen op grond van de AOW, Anw, WIA, WAO of WAZ. Daarnaast kan het gaan om enkele niet-wettelijke pensioenen die afzonderlijk zijn aangewezen.

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 of het Verenigd Koninkrijk wonen kunnen op grond van artikel 27, tweede lid, van de Verordening ook Wlz- en Zvw zorg ontvangen in Nederland. Ook zij betalen een verdragsbijdrage aan Nederland die door het CAK wordt geïnd¹⁵ (zie 8.3).

De toepasselijkheid van de Verordening en verdragen en, daarmee samenhangend, de verplichting tot het betalen van een verdragsbijdrage, hebben een verplicht karakter.¹⁶

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

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

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

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

8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden

Tabel 8.1 Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: CAK)

Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie	2018	2019	2020
Gezinsleden van verzekerden	24.315	22.689	23.430
Achtergebleven gezinsleden van verzekerden	2.447	2.276	2.250
Gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	82.602	82.848	83.839
Gezinsleden van gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	19.343	18.821	17.908
Totaal	128.707	126.634	127.427

Het totale aantal geregistreerde personen dat in het woonland een verdragsrecht op zorg heeft ten laste van Nederland is de afgelopen jaren relatief constant.

¹⁵ Wanneer men tevens een 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 bijv. om personen die zowel in Nederland als in het woonland gewerkt hebben en op grond daarvan van beide landen een pensioen ontvangen.

¹⁶ Arrest Van Delft C-345/09.

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

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

8.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage

Verdragsgerechtigden zijn een premieervangende bijdrage verschuldigd aan het CAK. Deze zogenoemde "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 deze 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). De woonlandfactor is ingevoerd naar aanleiding van een uitspraak van de Rechtbank Den Haag en een motie van Kamerlid Schippers en is gericht op het voorkomen van een onevenwichtigheid in de bijdragen die Nederlanders in de verdragslanden opbrengen en de kosten die voor hen worden gemaakt.¹⁷ Deze woonlandfactor is het verhoudingsgetal tussen de gemiddelde kosten van zorg in het woonland en de gemiddelde kosten van zorg in Nederland. Voor het merendeel van de EU- en verdragslanden zijn de zorgkosten lager, het verhoudingsgetal is daardoor minder dan 1. Uit tabel 8.3 blijkt dat verdragsgerechtigden over 2020 in totaal € 122,47 mln. aan verdragsbijdrage betaalden (2019 € 128,4 mln.). Deze inkomsten komen ten goede aan het Zorgverzekeringsfonds.

8.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland

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

(x € 1 mln.)	2018	2019	2020	Vershil
werkelijke kosten	174,4	191,9	160,4	-31,5
gemiddelde kosten	46,1	38,4	52,1	13,7
Totaal	220,5	230,3	212,5	-17,8

In tabel 8.2 zijn de betaalde zorgkosten (werkelijke en gemiddelde zorgkosten) aan buitenlandse verzekeringsinstellingen opgenomen. Voor de door het woonland verleende zorg aan verdragsgerechtigden betaalt Nederland (in casu het CAK) jaarlijks een bedrag aan het desbetreffende woonland. Afhankelijk van de berekeningsmethodiek van het land in kwestie wordt de zorg ofwel vergoed op basis van werkelijke bedragen ofwel op basis van gemiddelde kosten.¹⁸

In 2020 betaalde het CAK in totaal € 212,5 mln. aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen. Dit is een daling van € 18 mln. ten opzichte van 2019. Het is niet mogelijk één directe oorzaak te geven voor deze daling. In het algemeen doen fluctuaties in de aan het buitenland betaalde zorgkosten zich voor en kunnen door verschillende factoren worden veroorzaakt. Onder meer de lange doorlooptijden, schommelingen in wisselkoersen, stelselwijzigingen in andere landen en de wijze van de berekening van declaraties door het buitenland kunnen hierbij een rol spelen. Uit de cijfers blijkt dat Nederland verhoudingsgewijs meer aan zorgkosten aan het buitenland betaalt dan aan verdragsbijdrage wordt opgebracht. Een deel van dit verschil kan worden verklaard door het karakter van de populatie. De groep "Nederlandse" verdragsgerechtigden telt relatief veel gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden met hogere zorgkosten.

¹⁷ Rb. Den Haag 31 maart 2006, ECLI:NL:RBSGR:2006:AV7778 en Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 52.

¹⁸ Sinds 1 mei 2010 dient afrekening van zorgkosten tussen de landen van de EU/EER en Zwitserland plaats te vinden op basis van werkelijk gemaakte kosten. Alleen als dit voor lidstaten niet mogelijk is, kan worden gedeclareerd op basis van gemiddelde kosten.

Tabel 8.3 Aantallen verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage (bron: CAK)¹⁹

Land	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2020 (x 1.000)
EU/EER/Zwitserland					
België	23.418	9.285	12.939	1194	30.899
Bulgarije	233	1	198	34	53
Cyprus	133	0	114	19	54
Denemarken	105	11	86	8	272
Duitsland	23.642	10.779	11.733	1130	34.019
Estland	20	6	14	0	12
Finland	50	0	47	3	122
Frankrijk	8.342	159	7.399	784	25.934
Griekenland	1.102	59	940	103	707
Hongarije	1.441	34	1.188	219	630
Ierland	343	7	305	31	915
IJsland	2	0	2	0	16
Italië	1.525	56	1.395	74	2.178
Letland	13	2	9	2	4
Litouwen	33	2	28	3	26
Luxemburg	180	7	162	11	360
Malta	176	3	165	8	236
Noorwegen	103	0	95	8	455
Oostenrijk	720	26	637	57	1.533
Polen	3.503	2710	685	108	366
Portugal	3.351	27	3.004	320	2.668
Roemenië	242	30	170	42	49
Slovenië	64	3	53	8	61
Slowakije	167	108	54	5	40
Spanje	12.901	106	11.616	1.179	15.282
Tsjechië	304	36	230	38	193
Verenigd Koninkrijk	1.127	3	940	184	2.474
Zweden	528	7	454	67	1.525
Zwitserland	506	27	463	16	1.388
Totaal EU/EER/Zwitserland	84.274	23.494	55.125	5.655	122.471

¹⁹ Bij de categorie "achtergebleven gezinsleden" woont de verzekerde zelf in Nederland. Zijn gezinsleden wonen in een ander land en hebben daar aanspraak op zorg ten laste van Nederland (verdragsrecht). Als de meeverzekerde gezinsleden 18 jaar of ouder zijn is de Zvw-plichtige voor hen de verdragsbijdrage verschuldigd.

Bilateraal	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2020 (x 1.000)
Bosnië Herzegovina ²⁰	641	6	573	62	111
Kaapverdië	1.393	86	1.062	245	43
Kroatië	496	15	445	36	219
Marokko	20.291	473	12.763	7.055	767
Noord-Macedonië	183	0	156	27	23
Tunesië	710	62	459	189	36
<i>Turkije</i>	17.003	647	11.729	4.627	3.169
Voormalige Rep. Joegoslavië					
* <i>Montenegro</i>	50	3	42	5	9
* <i>Republiek Servië</i>	750	17	691	42	125
Totaal bilateraal	41.517	1.309	27.920	12.288	4.502
Totaal	125.791	24.803	83.045	17.943	€ 126.973

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

²⁰ In voorgaande jaren zijn de cijfers met betrekking tot Republika Srpska apart in de tabel opgenomen. Omdat Republika Srpska een entiteit is van de federale staat Bosnië Herzegovina, zijn de cijfers over het jaar 2020 meegenomen in de rij met betrekking tot Bosnië Herzegovina.

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

	2019		2020	
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten
België	68,6		38,1	
Bosnië-Herzegovina		1,1		0,2
Bulgarije			0,1	
Cyprus		0,1		0,1
Duitsland	81,3		78,8	0,1
Engeland	0,1			7,3
Finland		0,1	0,1	0,2
Frankrijk	26,9		28,3	
Griekenland	1,6		1,6	
Hongarije	0,8		1,2	
Ierland		0,8		1,7
Italië	3,5		1,8	
Kroatië	0,4		0,5	
Kaapverdië				
Luxemburg	1,6		1,9	
Malta				
Marokko				
Noord-Macedonië				0,1
Noorwegen				0,9
Oostenrijk	2,7		2,7	
Polen	1,1		1,2	
Portugal				
Roemenië				
Servië				0,2
Slovenië	0,1		0,1	
Slowakije	0,1		0,1	
Spanje	0,3	34,5	0,1	36,1
Tsjechië	0,3		0,6	
Tunesië				0,8
Turkije		1,7		4,4
Zweden				
Zwitserland	2		3,1	
Diverse landen	0,5	0,1	0,1	
TOTAAL	191,9	38,4	160,4	52,1

In tabel 8.4 zijn de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten per land over de jaren 2019 en 2020 opgenomen. Zoals hierboven is aangegeven is het niet mogelijk één directe oorzaak te geven voor de fluctuaties die blijken uit een vergelijking van de cijfers tussen 2019 en 2020.

8.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland

Sinds 1 mei 2010 regelt de Verordening in artikel 27, tweede lid, 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. Deze zorg wordt vergoed

door het Zilveren Kruis als "bevoegd orgaan". Een vergelijkbare regeling geldt op grond van het verdrag met Noord-Macedonië voor gezinsleden van verzekerden. Tabel 8.5 geeft het zorggebruik van de verdragsgerechtigden in Nederland weer.

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

Jaar	2018	2019	2020
Aantal personen	11.568	12.421	10.735
Totaal²¹ (x € 1 mln.)	31,98	38,3	34,3

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden zijn gedaald. Dat valt te verklaren door de reisrestricties die in 2020 grotendeels van toepassing waren door de uitbraak van SARS-COV-2 / COVID-19. Daardoor hebben minder verdragsgerechtigden gebruik gemaakt van de mogelijkheid om zorg in Nederland te ontvangen.

In tabel 8.6 wordt een overzicht gegeven van het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland in 2020 nader gespecificeerd naar woonland en type zorg (Zvw en Wlz).

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

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
Land	Aantal Verdragsgerechtigden	Zvw	Wlz
België	2.968	7.839,3	308,5
Bulgarije	25	353,9	
Cyprus	23	39,3	
Denemarken	2	3,6	
Duitsland	4.338	14.451,2	38,5
Estland	-		
Finland	3	0,4	
Frankrijk	1.032	3.089,4	69,2
Griekenland	64	228,1	
Groot Brittannië	30	132,5	
Hongarije	193	649,4	
Ierland	23	0,6	
Italië	148	455,3	4,6
Kroatië	15	353,3	
Letland	1	2,2	
Litouwen	4	1,4	
Luxemburg	39	77,6	
Malta	57	154,9	
Noorwegen	5	24,2	
Oostenrijk	40	77,9	
Polen	49	206,6	
Portugal	282	1.077,5	13,5
Roemenië	21	88,2	
Slovenië	4	6,0	
Slowakije	2	29,0	
Spanje	1.166	3.940,1	30,6
Tsjechië	29	64,7	
Zweden	30	86,2	
Zwitserland	142	448,0	
Totaal	10.735	33.292,0	464,8

²¹ Inclusief € 0,8 i.v.m. de met gesloten beurs afwikkeling met zorglasten Australië (€ 0,7 mln) en verstrekking oninbaar aan Zilveren Kruis (€ 0,1 mln).

Circa twee derde van de zorgkosten in Nederland voor verdragsgerechtigden wordt gerealiseerd door verdragsgerechtigden uit België en Duitsland. Voor veel van deze verdragsgerechtigden is er door de relatief geringe reisafstand geen of minder belemmering om de zorg in Nederland in te roepen. Bij de gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden komen, na Duitsland en België, relatief veel verdragsgerechtigden uit Spanje (1.166 personen) en Frankrijk (1.032 personen) naar Nederland voor zorg.

8.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden

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

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

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

Tabel 8.7 Meerjarig overzicht kosten grensoverschrijdende zorg Zvw-verzekerden²² (bronnen: Zorginstituut Nederland en het CAK)

	2018	2019	2020
Zvw-polis	257,5	254,1	181,2
Verordening of verdrag	156,4	177,0	155,5
Totaal (x € 1 mln.)	413,9	431,1	336,7

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:

- In 2020 is er sprake van een daling van € 94,4 miljoen ten opzichte van 2019.
- 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 doorgaans vooral voor in de kosten die lopen via verordening of verdrag. Deze fluctuaties laten zich moeilijk verklaren, doordat zij afhankelijk zijn van verschillende factoren. Uit het voorgaande blijkt dat de fluctuaties kunnen worden veroorzaakt door de wijze van rapporteren door het CAK (kasbasis). Het declaratieproces vanuit het buitenland kent lange termijnen en soms is er sprake van bulkindiening of bulkafhandeling. Daardoor kunnen de rapportages (en ook de ramingen) een vertekend beeld geven. Fluctuaties kunnen daarnaast worden veroorzaakt door een toe- of afname in het grensoverschrijdend personenverkeer (bijvoorbeeld het aantal buitenlandvakanties, internationale arbeidsmobiliteit of de vraag naar zorg in het buitenland).
- In 2020 heeft echter ook een sterke daling plaatsgevonden bij kosten voor grensoverschrijdende zorg op grond van de Zvw. Dit is veroorzaakt door de reisrestricties die in 2020 grotendeels van toepassing waren door de uitbraak van SARS-COV-2 / COVID-19.

²² De bedragen kunnen nog geactualiseerd worden in de volgende Verzekerdenmonitor. Daarmee zijn dit voorlopige cijfers.

8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg

Zoals hiervoor is aangegeven kunnen Zvw-verzekerden gebruik maken van twee verschillende routes voor vergoeding van zorg in het buitenland: de Verordening of de Zvw-polis. Het naast elkaar bestaan van twee verschillende routes maakt het voor de verzekerde ingewikkeld. Goede voorlichting is daarom van belang. Het CAK is op grond van de Patiëntenrichtlijn en artikel 69b van de Zorgverzekeringswet aangewezen als het nationaal contactpunt voor grensoverschrijdende zorg (hierna: NCP). Het NCP verstrekt op de website www.cbhc.nl algemene informatie aan verzekerden over hun rechten en plichten bij grensoverschrijdende zorg binnen de EU. De website had in 2020 34.701 views door bijna 9.000 bezoekers. Bijna twee derde van de bezoekers kwam uit Nederland.

In Tabel 8.8 is te zien dat in het jaar 2020 in totaal 388 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. De tabel geeft ook inzicht in het onderwerp van de vragen. 172 verzoeken waren niet voor het NCP bestemd. Het NCP heeft in 95% van de gevallen de vragen binnen de maximale responstijd van vijf werkdagen beantwoord.

Tabel 8.8 Aantal verzoeken NCP (bron: CAK)

Aantal verzoeken aan het NCP			
	2018	2019	2020
Inkomende patiënten			
<i>Kosten behandeling</i>	13	15	17
<i>Zorglandschap</i>	4	12	3
<i>Gebruik EHIC</i>	26	55	81
<i>Kwaliteit van zorg</i>	1	0	0
<i>Patiëntenrechten</i>	7	13	12
<i>Algemeen</i>	38	28	43
Uitgaande patiënten			
<i>Vergoeding van kosten</i>	18	10	6
<i>Toestemmingsvraag</i>	14	7	7
<i>Gebruik EHIC</i>	0	1	1
<i>Zorgvraag</i>	5	3	3
<i>Algemeen</i>	6	4	6
<i>Overig</i> ²³	21	22	37
NCP - Niet voor NCP ²⁴	126	100	172
Totaal	279	270	388

²³ Vragen die onder 'overig' zijn geregistreerd betreffen voornamelijk vragen over algemene wet- en regelgeving.

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