



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

VWS- Verzekerdenmonitor 2017

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen

Den Haag, 2017

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	19

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS

4.1. Inleiding	20
4.2 Activiteiten 2016	20

HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

5.1 Inleiding	23
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden	23
5.3 Baten en lasten gemoedsbezwaarden	24
5.4 Uitvoering	24
5.5 Conclusie	24

HOOFDSTUK 6. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

6.1 Inleiding	25
6.2 De wettelijke bijdrageregeling	25
6.3 Uitvoering van de regeling	26
6.4 De kosten van de bijdrageregeling	27

HOOFDSTUK 7. INTERNATIONALE ASPECTEN

7.1 Inleiding	28
7.2 Verdragsgerechtigden	28
7.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland	29
7.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden	29
7.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en Verdragsgerechtigden	29
7.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage	29
7.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland	30
7.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	33
7.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden	35
7.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg	36
7.9 Conclusie	37

HOOFDSTUK 8. CARIBISCH NEDERLAND.....

8.1 Inleiding	38
8.2 Ontwikkelingen aansprakenpakket.....	38

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. Eind 2016 waren er in totaal 16.987.871 Zvw-verzekerden (13.573.338 Zvw-verzekerden boven de 18 jaar). Op basis van de gemiddelde nominale premie, zoals vastgesteld door NZa, en het gemiddelde aantal verzekerden in 2016, is 16,3 miljard euro aan nominale premie en 3,2 miljard euro aan eigen risico betaald. Daarnaast is 22,0 miljard euro aan inkomensafhankelijke bijdrage geïnd.

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

Op 1 januari 2017 is de uitvoering van de bovengenoemde regelingen overgegaan van Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) naar het CAK. In deze monitor wordt- hoewel de uitvoering in 2016 nog door het Zorginstituut werd gedaan- uit oogpunt van leesbaarheid telkens het CAK vermeld wanneer het uitvoering van de regelingen betreft.

1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

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

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

Iedereen die Wlz-verzekerd is, is in principe verzekeringsplichtig voor de Zvw. Hierop gelden twee uitzonderingen, namelijk voor militairen in werkelijke dienst en voor gemoedsbezwaarden. Gemoedsbezwaarden zijn mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering. Onder strikte voorwaarden kunnen zij bij de SVB een ontheffing van de premieplicht aanvragen. Eind 2016 waren er 12.362 gemoedsbezwaarden.

Niet iedereen die verzekeringsplichtig is voor de Zvw sluit daadwerkelijk een zorgverzekering af. Eind 2016 waren 21.027 mensen actief onverzekerd. Deze personen bevinden zich in de fase van aanschrijving en boete oplegging. Daarnaast waren er eind 2016 277.023 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 24.500 verzekerden in 2016.

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 2016
Zvw-verzekerden	16.987.871
Zvw-verzekerden > 18 jaar	13.573.338
Wanbetalers	277.023
Onverzekerden	21.027
Gemoedsbezwaarden	12.362
Verdragsgerechtigden	131.295

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 CAK.

Voorfase / private traject

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

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

(Publieke) bestuursrechtelijke fase

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

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

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

Na de aanmelding als wanbetaler betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het CAK. Het CAK heft en int de bestuursrechtelijke premie. Indien mogelijk wordt de inning gedaan door bronheffing, waarbij het CAK aan gemeenten, uitkerings- en pensioeninstanties en werkgevers (de zogenaamde broninhouders) 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 tweemaal door deurwaarders gecontroleerd of er verhaalscapaciteit aanwezig is.

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

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

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

2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling

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

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

Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven

In tabel 2.1 is het totaal aantal tweede- en vierdemaandsbrieven opgenomen die zorgverzekeraars in 2014, 2015 en 2016 hebben verstuurd. De tweede- en vierdemaandsbrieven geven een beeld van het aantal verzekerden met een betalingsachterstand en de mate waarin zij er in slagen verder oplopen van de premieschuld te voorkomen.

Het aantal verstuurde tweede - en vierde maandsbrieven in 2016 is wederom gedaald. Dit heeft vermoedelijk te maken met de betere economische omstandigheden, maar ook door het beleid van zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld door de mogelijkheid van (vooraf) gespreid van het eigen risico, waardoor ook een betalingsachterstand van de zorgpremie wordt voorkomen. Het aantal aanmeldingen van verzekerden voor het bestuursrechtelijk premieregime is toegenomen. Deze stijging heeft te maken met toegenomen aantal heraanmeldingen van verzekerden die zich niet houden aan afgesproken betalingsregelingen. Tabel 2.5 laat zien dat het aantal betalingsregelingen is gestegen van 19.794 in 2015 naar 70.922 in 2016. Na een heraanmelding volgt vaak weer een afmelding, doordat de verzekerde zich weer aan de betalingsregeling gaat houden.

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

	2014	2015	2016
Tweedemaandsbrieven	512.016	473.005	392.573
Vierdemaandsbrieven	164.484	161.670	135.402
Zes maanden: aanmelding bestuursrechtelijk premieregime	127.778	118.489	133.283

Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraar

Tabel 2.2 geeft informatie over het gemiddeld aantal verzekerden in 2014, 2015 en 2016 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 CAK is aangemeld (het aantal mensen met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden is immers iets groter dan het aantal wanbetalers dat is aangemeld bij het CAK)⁴. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat een betalingsregeling is getroffen waarbij ook de lopende maandpremies weer worden voldaan.

Opvallend is dat het aantal verzekerden met een betalingsachterstand van vier tot zes maanden zorgpremie is toegenomen. Dit heeft voor een deel te maken met het toegenomen aantal betalingsregelingen. Door afbetalingen zijn veel betalingsachterstanden van meer dan zes maanden zorgpremie geslonken tot betalingsachterstanden van vier tot zes maanden.

⁴ Zie tabel 2.4

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

Verzekerden met betalingsachterstand van:	2014	2015	2016
2-4 maandpremies	139.517	150.893	143.032
4-6 maandpremies	121.463	129.347	155.011
van 6 of meer maandpremies	342.685	331.383	312.327
Totaal aantal betalingsachterstanden	603.665	611.623	610.370

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, 2015 en 2016 open stond en het aantal stabilisatieovereenkomsten in beeld gebracht. Het betreft hier regelingen en overeenkomsten waar ten minste de premieschuld in zit. Betalingsregelingen bij de externe incassopartner hebben zowel betrekking op de buiten-gerechtigde- als de gerechtigde fase.

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

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

Tabel 2.3 Lopende betalingsregelingen/stabilisatieovereenkomst (bron: CAK)

	intern	extern	stabilisatie
2014	152.985	119.110	6.852
2015	137.468	93.515	7.978
2016	156.109	95.305	8.812

2.3.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime

Totaal aantal wanbetalers die bestuursrechtelijke premie betalen

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

Het aantal wanbetalers eind 2016 is flink gedaald naar 277.023. Dit wordt veroorzaakt door een hoge uitstroom. Tegelijk is te zien dat het aantal de wanbetalersregeling instroomt ook is gestegen. Dit heeft te maken met het aantal heraanmeldingen van verzekerden die zich niet houden aan afgesproken betalingsregelingen, zoals ook toegelicht bij tabel 2.1.

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

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

Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime

In tabel 2.5 zijn de redenen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime nader gespecificeerd.

Het aantal wanbetalers dat in 2016 is uitgestroomd met een betalingsregeling is gestegen. Het aantal 'niet meer verzekeringsplichtig' is gedaald als gevolg van strengere eisen rondom het BRP adres. Wanbetalers die in de BRP op 'Vertrokken onbekend waarheen' staan, of langdurig op 'in onderzoek', zijn uit de verzekering gestroomd. Zij zijn op zorgvuldige wijze en na individueel onderzoek door de zorgverzekeraar, uit de zorgverzekering gestroomd.

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

Tabel 2.5 Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premierégime (bron: CAK)

	2013	2014	2015	2016
Schuld voldaan	46.470	48.270	50.172	39.520
Niet meer verzekeringsplichtig	27.535	30.494	27.361	22.709
Stabilisatieovereenkomst	17.017	16.757	16.711	17.212
Minnelijke schuldhelpverlening	9.516	9.322	8.211	8.407
WSNP	4.686	4.624	4.308	3.547
Niet meer premieplichtig	4.016	2.870	2.406	2.534
Overleden	1.359	1.459	1.555	1.486
Overlijden verzekeringnemer	97	109	111	86
Betalingsregeling	44	1.966	19.794	70.922
Overige	28	23	27	14
Aanmelding ingetrokken	10.083	10.814	13.058	11.414

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premierégime

Tabel 2.6 geeft het aantal wanbetalers weer dat gedurende een bepaalde periode in het bestuursrechtelijk régime verblijft. Het aantal maanden dat iemand verblijft in het bestuursrechtelijk premierégime 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 premierégime zit is wederom 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 premierégime zit is licht gestegen.

Tabel 2.6 Aantal maanden wanbetaler (bron: CAK)*

Aantal maanden	2013	2014	2015	2016
0 - 12	87.320	88.420	48.756	28.114
13 - 24	50.010	54.740	55.224	51.276
>24	145.110	155.080	183.910	189.422
Totaal	282.440	298.240	287.890	268.812

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

Hernieuwde aanmeldingen

Tabel 2.7 laat het aantal hernieuwde aanmeldingen zien in 2014, 2015 en 2016. 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: CAK)

Heraanmeldingen op 31 december	2014	2015	2016
Voor een tweede keer aangemeld	78.012	102.006	131.761
Voor een derde keer aangemeld	7.029	12.285	21.809
Voor een vierde keer aangemeld	552	1.289	2.913
Voor een vijfde keer aangemeld	58	153	426

Openstaande schuld bij zorgverzekeraar van wanbetalers in bestuursrechtelijk premieregime

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

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

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

Schuldhoogte bij zorgverzekeraar: gemiddeld aantal wanbetalers	2014	2015	2016
< € 250	24.604	42.518	32.844
€ 250 - € 750	72.466	75.971	64.228
> € 750	226.526	207.081	197.666

2.3.3 De bestuursrechtelijke premie

Ontwikkeling hoogte bestuursrechtelijke premie

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

Tabel 2.9 Hoogte bestuursrechtelijke premie maandelijks (afgerond)

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

Opgelegde bestuursrechtelijke premie

In tabel 2.10 is de opgelegde bestuursrechtelijke premie weergegevens en de status daarvan. Bij de interpretatie van deze cijfers moet rekening worden gehouden met een sterk na-ijl effect. Dat betekent bijvoorbeeld dat de in 2016 opgelegde bestuursrechtelijke premie voor een groot deel pas in de jaren daarop volgend wordt betaald. Daardoor is de openstaande bestuursrechtelijke premie in 2015 lager dan in 2016 en in 2014 lager dan in 2015. Het is dus niet zo dat het inningspercentage lager is geworden. Integendeel, het inningspercentage is gestegen naar circa 50% door een set aan incasso-instrumenten, bijvoorbeeld: broninhouding, omleiding zorgtoeslag en de tweede deurwaardersgang.

De openstaande bestuursrechtelijke premie van € 1,06 miljard betreft de totale openstaande premie bij het CAK over de periode september 2009 tot 1 januari 2017. Hierin is nog niet meegenomen de ontvangst van de zorgtoeslag door het CJIB bij nog niet geheel voldane vorderingen (€ 158 miljoen) en de nog niet afgedragen ontvangsten bij deurwaarders (€ 34 miljoen). Als de vordering bij het CJIB volledig is betaald, wordt dit doorgegeven aan het CAK.

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

	2014	2015	2016	Totaal 2009 tm 2016
+/- Opgelegde premie	549.370.841	583.550.260	505.874.927	3.555.356.695
-/- Betaald	295.109.896	304.371.738	217.969.621	1.762.812.372
-/- Verrekend met andere vordering	-30.719	95.196	-120.970	-568.250
-/- Kwijtschelden	31.235.506	17.966.231	3.812.526	332.857.158
-/- Openstaand	159.046.042	214.845.451	270.441.033	1.059.581.238
-/- Naar betalingsregeling	38.234	9.323	2.831	2.466.303
-/- In eindafrekening	63.971.882	46.262.321	13.769.886	398.207.874

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

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 2016 is nagenoeg gelijk aan 2015.

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

	2013	2014	2015	2016
Aantal	68.080	61.270	56.979	55.314

2.3.4 Achtergrondkenmerken van totale groep wanbetalers

Teneinde meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep wanbetalers bij het CAK 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 2016 voor 249.930 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken⁵ verzameld.

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 alle leeftijdscategorieën is in 2016 ten opzichte van 2015 gedaald. De belangrijkste oorzaak hiervoor is de uitstroom op basis van een betalingsregeling.

⁵ Zie voor alle overzichten: CBS Statline

Tabel 2.12 Wanbetalers naar leeftijd (bron: CBS)*

leeftijd	2013	2014	2015	2016	2016
18 - 20	3.270	3.300	2.840	2.600	0,6%
20 - 25	34.120	34.310	30.510	25.460	2,4%
25 - 30	42.760	44.140	41.540	36.030	3,3%
30 - 35	38.500	40.990	39.020	35.260	3,4%
35 - 40	32.120	33.970	32.800	29.800	2,9%
40 - 45	34.810	35.470	32.450	27.670	2,6%
45 - 50	31.900	33.790	32.200	28.940	2,3%
50 - 55	26.580	28.990	27.870	24.720	1,9%
55 - 60	17.480	19.530	19.350	17.820	1,5%
60 - 65	10.500	11.730	11.430	10.520	1,0%
65 - 70	6.200	7.160	7.170	6.230	0,6%
70 - 75	2.470	2.830	2.910	2.960	0,4%
75 - 80	1.040	1.240	1.240	1.140	0,2%
> 80	710	790	860	790	0,1%
Totaal	282.440	298.240	282.190	249.930	

* 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 (4,0%) hoger is dan van de groep autochtonen (1,2%). Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met inkomen en opleidingsniveau. Allochtonen hebben relatief vaker een laag inkomen en zijn lager opgeleid.

In 2016 is ten opzichte van 2015 zowel het aantal allochtonen als autochtonen in het bestuursrechtelijk premieregime gedaald.

Tabel 2.13 Herkomst totale groep wanbetalers (bron: CBS)

Herkomst	2013	2014	2015	2016	2016*
Autochtonen	149.140	156.710	147.710	130.230	1,2%
Allochtonen	133.300	141.530	134.480	119.700	4,0%
w.v.					
Marokko	17.310	18.320	17.790	16.020	6,1%
Turkije	16.330	16.970	16.210	14.460	4,8%
Suriname	25.800	26.460	24.990	22.130	7,8%
Antillen, Aruba	15.920	16.630	15.680	14.250	12,5%
Overige niet-westerse allochtonen	23.230	24.710	23.390	20.900	3,4%
Overige westerse allochtonen	34.720	38.450	36.420	31.940	2,2%
Totaal	282.440	298.240	282.190	249.930	

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

Aantal wanbetalers in de top 20 gemeenten

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

Tabel 2.14 Gemeenten met het hoogste aantal wanbetalers

	Gemeente	Aantal	7	Eindhoven	4.040	14	Leeuwarden	2.680
1	Rotterdam	24.570	8	Arnhem	3.990	15	Schiedam	2.590
2	Amsterdam	19.800	9	Groningen	3.410	16	Breda	2.580
3	's-Gravenh.	15.970	10	Dordrecht	3.150	17	Heerlen	2.570
4	Almere	4.990	11	Enschede	2.930	18	Haarlem	2.460
5	Utrecht	4.960	12	Zaanstad	2.920	19	Lelystad	2.370
6	Tilburg	4.050	13	Nijmegen	2.780	20	's-Hertogenb.	2.270

Wanbetalers met zorgtoeslag

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

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).

Tabel 2.15 Wanbetalers met zorgtoeslag (bron: CBS)

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

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 (bron: CBS)

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

Wanbetalers naar inkomensgroep

In de onderstaande tabel is de groep wanbetalers verdeeld over de verschillende inkomensgroepen. Hierbij is uitgegaan van het jaarlijks gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden.

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

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

Inkomensgroep	2013	2014	2015
Totaal	281.240	296.590	282.190
< € 10.000	54.400	57.300	42.760
€ 10.000 tot € 20.000	159.100	163.500	150.630
€ 20.000 tot € 30.000	54.200	60.500	65.010
€ 30.000 tot € 40.000	10.900	12.300	15.850
€ 40.000 tot € 50.000	1.700	2.000	2.960
> € 50.000	600	700	1.130

2.4 Wanbetalersbijdrage

Voor het verzekerd houden van een wanbetaler en het leveren van de incasso-inspanningen (artikel 34a, Zvw) ontvangt een zorgverzekeraar een wanbetalersbijdrage ter hoogte van de standaardpremie. In totaal hebben zorgverzekeraars in 2016 ruim € 432 miljoen ontvangen voor de wanbetalers die waren aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime. De standaardpremie voor het jaar 2016 bedroeg € 1468,-.

Tabel 2.18 Betaalde wanbetalersbijdrage (bron: CAK)

	2013	2014	2015	2016
x € 1000	455.131	427.209	450.540	432.446

2.5 Uitvoeringskosten

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

Tabel 2.19 uitvoeringskosten (bron: jaarverslagen CAK/CJIB)

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

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 CAK verricht. De SVB beheert de volledige verzekerdenadministratie van de volksverzekeringen. Door dit bestand te combineren met gegevensbestanden van bijvoorbeeld de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) en de polisadministratie van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) blijkt wie Wlz-verzekerd is. Door het resultaat van die bestandsvergelijking te koppelen aan het bestand van degenen die daadwerkelijk een zorgverzekering hebben gesloten (het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ)) wordt zichtbaar wie onverzekerd is. De SVB meldt de resultaten van de uitgevoerde bestandsvergelijking aan het CAK.

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

1. Aanschrijving door het CAK

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

2. Boete(s)

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

⁶ Stb. 2011, 111.

De hoogte van de boete bedroeg in 2016 € 367,-. 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 (2016: € 122,33 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 CAK kan de bestuursrechtelijke premie in de vorm van broninhouding inhouden op het loon of de uitkering van betrokkene. Blijkt broninhouding van de bestuursrechtelijke premie door het CAK onmogelijk, bijvoorbeeld omdat er geen regelmatige inkomsten zijn, dan draagt het CAK de inning over aan het CJIB. Het CJIB controleert bij de Belastingdienst of er sprake is van zorgtoeslag. Is dit het geval, dan betaalt de Belastingdienst, in opdracht van het CAK, de zorgtoeslag aan het CJIB. Voor het restant van de premie verstuurt het CJIB aan betrokkene een acceptgiro. Is er geen sprake van zorgtoeslag, dan verstuurt het CJIB maandelijks een acceptgiro aan betrokkene.

4. Terugkeer naar het normale premieregime

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

3.3 Verloop van het aantal onverzekerden

Aantal onverzekerden

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

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

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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aangeschreven	164.388	69.744	69.382	71.726	47.458	53.912
Einde onverzekerd	106.423	96.028	72.323	71.012	54.480	53.384
Stand actief onverzekerden	57.965	31.681	28.740	29.454	22.432	22.960

Totale maart 2011 tot en met 2016

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 2016 zijn 453.650 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste gedeelte hiervan heeft vervolgens actie ondernomen door:

- zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (248.678);
- te betwisten dat zij Wlz-verzekeringplichtig zijn (174.176)

Tabel 3.2 De totalen van maart 2011 tot en met 2016 (bron: CAK)

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	248.678
Ambtshalve verzekerd	27.582
Niet meer Wlz-verzekerd	174.176
Overig	3.215
Totaal	453.650

Doorgestroomd naar wanbetalersregeling

Van de 453.650 mensen die ooit zijn aangeschreven als onverzekerde zijn 276.260 personen de Zvw ingestroomd als verzekerde (zie tabel 3.2). De doorstroom van de onverzekerdenregeling naar de wanbetalersregeling heeft alleen op deze 'deelgroep' betrekking. Van deze groep is 16,7% doorgestroomd naar de wanbetalersregeling.

Boetes en premies

In 2016 heeft het CAK via het CJIB voor € 7,2 miljoen aan boetes opgelegd. De stijging van € 1,5 miljoen kan verklaard worden door een hoger boetebedrag, een wat hogere instroom, en een optimalisering van het bedrijfsproces.

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

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

Uitvoeringskosten

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

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

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

3.4 Conclusie

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

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING AAN ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS

4.1. Inleiding

Zorgverzekeringslijn verzorgt in opdracht van VWS sinds medio 2013 de voorlichtingsactiviteiten gericht op wanbetalers en onverzekerden. Zorgverzekeringslijn is onderdeel van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Het is de wens van het ministerie van VWS om bij de uitvoering extra aandacht te besteden aan bepaalde doelgroepen, en dat er ook ruimte is voor eerste hulp aan burgers in een schrijnende situatie.

Zorgverzekeringslijn voorkomt wanbetaling en onverzekerdeheid door voorlichting en adviesverstrekking. Zij helpt individuele wanbetalers en onverzekerden met onafhankelijk advies bij het oplossen van hun probleem met de zorgverzekering. In 2016 heeft Zorgverzekeringslijn er voor gekozen om haar dienstverlening beter aan te laten sluiten op de doelgroep. De mate van zelfredzaamheid heeft invloed op de keuze voor directe voorlichtingen van Zorgverzekeringslijn aan de doelgroep (wanbetalers/onverzekerden) of via de intermediaire doelgroep (sociale professionals). De stelregel is; hoe hoger de zelfredzaamheid, hoe eerder er wordt gekozen voor een directe voorlichting door Zorgverzekeringslijn zelf. Intermediaire doelgroepen worden ingezet bij een lagere zelfredzaamheid. Hier is meer nodig dan een enkele intensieve kennisoverdracht. Bij deze groep moet de boodschap bij herhaling, eenvoudig en zo concreet mogelijk passend bij de eigen omstandigheden van het individu worden gebracht. Dit komt bijvoorbeeld door taalbarrières, een beperkt begripsvermogen of door het waardevol zijn van een vast terugkerend vertrouwenspersoon. Daarom onderhoudt Zorgverzekeringslijn contact met allerlei instanties die mogelijk in directe relatie staan tot wanbetalers en onverzekerden. Denk hierbij aan gemeentelijke instanties, hulpverleningsorganisaties, sociale wijkteams, scholen, migrantenorganisaties, religieuze organisaties, etc. Zorgverzekeringslijn biedt hen sociaal-juridische kennis aan door middel van voorlichtingsmateriaal en workshops over de (complexe) wereld van wanbetaling en het onverzekerde zijn.

Zorgverzekeringslijn fungeert tevens als vraagbaak in complexe wanbetalings-/onverzekersituaties. Ook op deze wijze bereikt Zorgverzekeringslijn haar doel: het verminderen van het aantal wanbetalers en onverzekerden.

4.2 Activiteiten 2016

Door middel van direct contact (telefoongesprekken en e-mails), de informatie op de website, flyerverzending en de voorlichtingen (gastlessen en workshops), werkt Zorgverzekeringslijn aan het voorkomen van wanbetaling en onverzekerdeheid. In onderstaande paragrafen is per contactmethode uitgewerkt hoe de resultaten zijn behaald.

Tabel 4.1 Resultaten zorgverzekeringslijn

	2015	2016
Telefoongesprekken en e-mails	7.713	8.074
Informatiemomenten**	31.566	52.300
Website (totaal bezoekers)	60.126	171.622
Flyers	118.489	1.007.277
Voorlichtingen	200	358

** Er 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', 'onverzekerde', 'coming from abroad', 'hoe sluit ik een zorgverzekering af', 'veelgestelde vragen', 'een betalingsachterstand' en 'naar het buitenland'.

Telefoongesprekken en e-mails

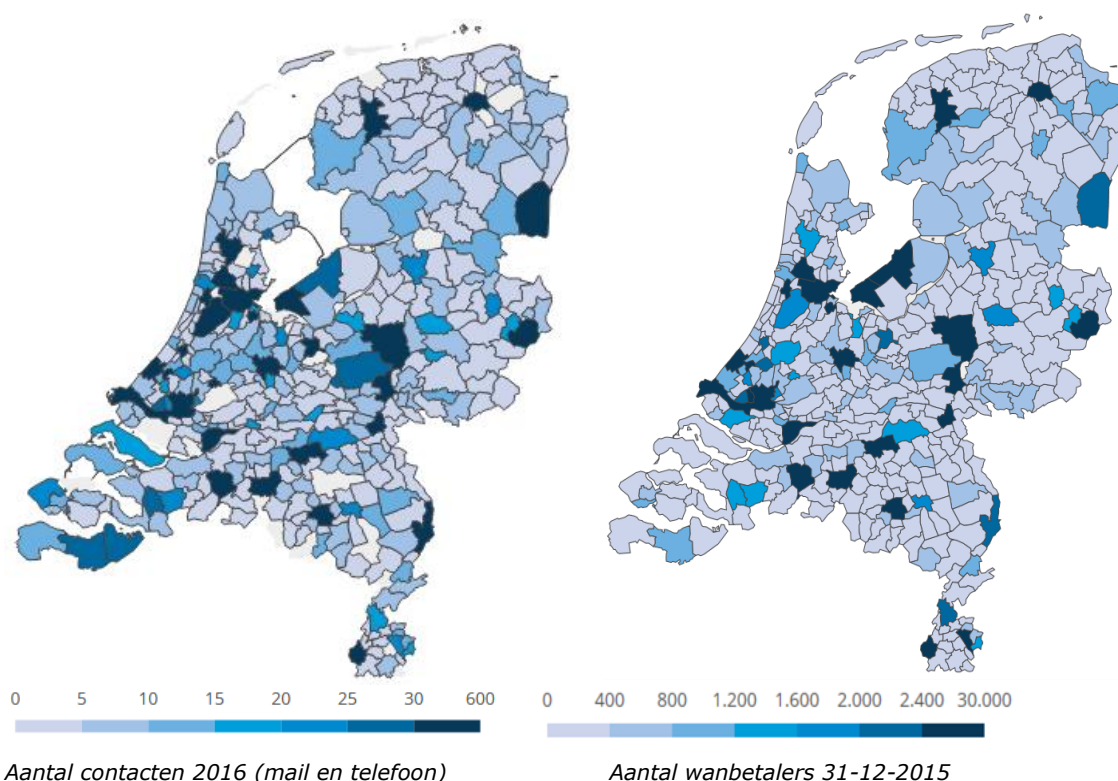
De klantvragen die Zorgverzekeringslijn krijgt per e-mail en telefoon, worden ingedeeld in 5 typen problemen. In tabel 4.2 staan de voorgekomen typen klantvragen benoemd ten opzichte van 2015. In 2016 is er een extra onderscheid gemaakt in het type klantvragen. Onder het type 'Algemene vragen' vallen vragen over detentie, inhoud van het zorgverzekeringspakket, toekomstige verzekeringsplicht en toekomstige schulden.

Tabel 4.2 Typen klantvragen

	2015 in %	2016 in %
Onverzekerde minderjarige	4	5
Onverzekerde meerderjarige	16	11
Schulden bij de verzekeraar	58	44
Aangemeld als wanbetaler	22	13
Algemene vragen	-	27
Totaal	100%	100%

De adviesaanvragen die Zorgverzekeringslijn krijgt, weerspiegelen de geografische spreiding van de wanbetalers in Nederland⁷.

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



Flyers

Zorgverzekeringslijn verstrekt, op aanvraag, flyers aan organisaties die in direct contact staat met de doelgroepen. In 2016 is er daarnaast voor gekozen om ook proactief flyermateriaal te verzenden naar belanghebbende organisaties in het sociaal domein. 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.

Het aantal door professionals aangevraagde flyers is gestegen van 123.000 in 2015 naar 142.248 in 2016. Met de 865.029 proactief verzonden flyers zit de totale verspreiding daarmee boven de 1 miljoen.

⁷ bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015

Voorlichtingsactiviteiten

Het totaal aantal voorlichtingen is in 2016 toegenomen tot 358. Zorgverzekeringslijn heeft in 2016 meer gastlessen verzorgd aan de doelgroep 'Jongeren' onder de titel '18+? Verzekeren dus!'. Het totale aantal gastlessen steeg van 36 in 2015 naar 225 in 2016.

Tabel 4.4: Verdeling voorlichtingen over het jaar

2016	Workshops	Gastlessen
Kwartaal 1	37	64
Kwartaal 2	22	46
Kwartaal 3	19	31
Kwartaal 4	55	84

HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

5.1 Inleiding

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

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

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

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

5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

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

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

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

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

Tabel 5.2 geeft de baten en lasten weer voor de jaren 2010 tot en met 2016. In deze tabel zijn alle baten en lasten samengenomen zonder uitsplitsing naar het betreffende jaar. Als het CAK bijvoorbeeld in het jaar 2016 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 per 1 januari 2016 is de toevoeging ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds 2015 nul. De afrekening over 2015 vindt plaats in 2016. De afrekening van 2016 in 2017 komt uit op afgerond € 0,2 miljoen.

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

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

5.4 Uitvoering

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

Tabel 5.3 Uitvoeringskosten gemoedsbezwaarden

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

5.5 Conclusie

Het aantal gemoedsbezwaarden is ook in 2016 constant gebleven. Door de aanpassing van de afdrachtregeling per 1 januari 2016 (afdracht aan Zvf volgt na opheffing van de rekening) is het saldo van de rekeningen met € 5,1 mln 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 CAK gecontracteerde zorgaanbieders. In de betreffende contracten zijn afspraken vastgelegd op basis waarvan de werkwijze bij zorgvragen van onverzekerbare vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Tevens zijn afspraken gemaakt over de hoogte van de vergoeding van de zorgaanbieder.

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

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

⁸ Het betreft de volgende groepen vreemdelingen:

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

6.3 Uitvoering van de regeling

Het CAK voert sinds 1 januari 2017 de wettelijke bijdrageregeling uit. In dat kader geeft het CAK informatie aan zorgaanbieders over de regeling en voert daarover overleg met (te contracteren) zorgaanbieders. Het CAK onderhoudt een website waarop informatie over de financiering van de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen is opgenomen⁹. Ook zijn daar de gegevens te vinden van de gecontracteerde zorgaanbieders. Het CAK beantwoordt dagelijks per mail en telefoon vragen over de regeling die gesteld worden door zorgverleners, hulpverleningsorganisaties en onverzekerbare vreemdelingen.

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

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

6.4 De kosten van de bijdrageregeling

In tabel 6.1 zijn de zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen tot en met het jaar 2016 opgenomen. De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2016 met € 2,8 mln toegenomen ten opzichte van 2015. De posten waaruit deze lasten bestaan laten echter verschillende ontwikkelingen zien.

Eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg stijgt met 25,8% tot € 8,5 mln (2015: € 6,7 mln). De belangrijkste stijgingen ten opzichte van 2015 vinden plaats bij Farmacie (€ 1,2 mln), Ambulancevervoer (€ 0,2 mln), Kraamzorg (€ 0,3 mln) en de Tandheelkunde zorg (€ 0,1 mln).

Ziekenhuiszorg

Er zijn in 2016 31 ziekenhuizen gecontracteerd voor algemene medische specialistische zorg. Daarnaast zijn 46 instellingen gecontracteerd voor een bijzondere zorgvraag. Dat betreft zorginstellingen met een gespecialiseerd of specifiek zorgaanbod (bijvoorbeeld revalidatie-instellingen). De lasten van ziekenhuizen ijlen na, omdat zij hun declaraties pas mogen indienen nadat ze de behandeling hebben afgerond. Er is een lichte stijging van € 46.000,- (0,3%).

Wlz/AWBZ

De zorglasten via Wlz/AWBZ-instellingen zijn gedaald met 19,4% tot € 2,5 mln. In 2015 (€ 3,0 mln) was er een stijging te zien ten opzichte van 2014 (€ 2,3 mln) in de zorglasten.

GGZ-instellingen

De zorglasten via GGZ-instellingen zijn in 2016 met 29,3% gestegen van € 5,4 mln naar € 6,9 mln. Het heeft enige tijd geduurd voordat de GGZ-instellingen een beroep zijn gaan doen op de regeling. Dat heeft blijkbaar ook plaatsgevonden in 2015, toen de ingediende declaraties GGZ lager waren dan in 2014. Waarschijnlijk zijn die alsnog in 2016 ingediend. Daarnaast zal ook bij de GGZ de algemene kostenstijging onverzekerbare vreemdelingen een rol spelen.

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

Tabel 6.1: zorgkosten bijdrageregeling CAK (bron: CAK)

Zorgvorm x €1000	2013	2014	2015	2016	% Δ 2015- 2016
Ziekenhuizen	17.843	16.055	15.604	15.648	0,3
Farmacie	4.358	4.012	3.478	4.687	34,8
GGZ	3.131	5.659	5.354	6.922	29,3
AWBZ / WLz	2.147	2.297	3.078	2.481	-19,4
Hulpmiddelen	73	123	103	94	-8,7
Ambulancevervoer	271	410	552	714	29,3
Huisartsen	939	926	1.251	1.201	-4,0
Tandartsen	90	119	163	278	70,6
Verloskunde	515	600	598	595	-0,5
Kraamzorg	356	568	526	832	58,2
Paramedici	56	64	55	63	14,5
GGD'en	0				
Totaal	29.779	30.833	30.762	33.520	9,0

Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

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

Tabel 6.2 uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

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

HOOFDSTUK 7. 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 Zvw-verzekerden kunnen geen dekking ontlenen aan de Wlz en de Zvw. Deze gezinsleden kunnen op grond van de Verordening of verdragen wel een verdragsrecht op zorg hebben volgens de sociale ziektekostenverzekering van het woonland (‘woonlandpakket’). De kosten hiervan komen ten laste van Nederland. Gezinsleden die in een andere EU-lidstaat wonen kunnen tijdens een verblijf in Nederland ook in Nederland zorg op grond van de Zvw en de Wlz inroepen. De verdragsgerechtigde (niet werkende) gezinsleden van 18 jaar en ouder betalen een ‘verdragsbijdrage’ aan Nederland die door het CAK wordt geïnd (zie 7.6).

Gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden

Buiten Nederland wonende rechthebbenden op een Nederlands wettelijk pensioen of uitkering en hun gezinsleden zijn niet verzekerd voor de Wlz en de Zvw.

Zij hebben op grond van de Verordening of verdragen recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland (verdragsrecht). Gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden die in een ander EU-land wonen kunnen ook Wlz- en Zvw zorg ontvangen in Nederland. Ook zij betalen een verdragsbijdrage aan Nederland die door het CAK wordt geïnd¹² (zie 7.5).

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

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.

¹³ Arrest Van Delft C-345/09

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) het CAK. Als *bevoegd orgaan* voert het CAK de administratie van verdragsgerechtigden en de heffing en inning van de verdragsbijdragen.
Daarnaast verstrekt het CAK aan verdragsgerechtigden die in de EU wonen de Europese zorgverzekeringskaart (European Health Insurance Card, EHIC). Deze kaart kan worden gebruikt voor zorg in Nederland of zorg die tijdens verblijf in een ander EU-land medisch noodzakelijk wordt.
In de hoedanigheid van *verbindingsorgaan* is het CAK daarnaast verantwoordelijk voor de afrekening van zorgkosten met het buitenland.
- 2) Achmea vervult in het kader van de Verordening de functie van *bevoegd orgaan voor de zorg van verdragsgerechtigden*. In deze rol organiseert Achmea 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 2016 132.326 waren dit personen (2015: 132.623). Daarmee is het totaal aantal verdragsgerechtigden stabiel te noemen. Zoals blijkt uit figuur 7.1 variëren binnen de groepen verdragsgerechtigden de aantallen van de verschillende categorieën overigens wel. Zo laat de groep gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden sinds 2012 een stijging (van 76.208 personen naar 82.688 personen). Het aantal gezinsleden van gepensioneerden en – van verzekerden laat een daling in die jaren zien van 2.689 personen.

Figuur 7.1 Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: CAK)

Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie	2012	2013	2014	2015	2016
Gezinsleden van	28.927	28.194	27.310	26.167	26.238
Achtergebleven gezinsleden van grensarbeiders/werknemers	4.604	4.194	3.381	2.691	2.666
Gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	76.208	79.080	81.121	82.796	82.688
Gezinsleden van gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	22.493	21.879	21.470	20.969	20.734
Totaal	132.232	133.347	133.282	132.623	132.326

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 CAK.

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

Het totaal van deze componenten wordt vermenigvuldigd met de zogeheten woonlandfactor. Met de woonlandfactor wordt tot uitdrukking gebracht in welke mate de zorg in het woonlandpakket zich verhoudt tot de zorg in het Nederlandse pakket (Zvw en Wlz). Deze woonlandfactor is het verhoudingsgetal tussen de gemiddelde kosten van zorg in het woonland en de gemiddelde kosten van zorg in Nederland. Voor het merendeel van de EU- en verdragslanden is dit verhoudingsgetal minder dan 1. Over 2016 betaalden de verdragsgerechtigden in totaal € 104,3 miljoen (2015 € 96,3 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 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.¹⁴

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

Tabel 7.2 Betaalde zorgkosten aan buitenlandse verzekeringsinstellingen (bron: CAK)

(x € 1 mln.)	2012	2013	2014	2015	2016	Vershil
werkelijke kosten	179,7	186,8	146,0	153,3	165,0	11,5
gemiddelde kosten	101,2	96,7	79,2	57,7	39,9	-17,4
Totaal	280,9	283,5	225,2	211,0	205,1	-5,9

In 2016 betaalde het CAK in totaal € 205,1 miljoen aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen.¹⁵ In 2015 bedroeg dit een totaalbedrag van € 211,0 miljoen. Ten opzichte van 2015 zijn de door Nederland aan het buitenland betaalde zorgkosten in 2016 met € 5,9 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 door het karakter van de populatie. De groep verdragsgerechtigden telt relatief veel gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden met hogere zorgkosten.

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

¹⁴ 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.

¹⁵ Dit bedrag kan nog wijzigen, vanwege de lange doorlooptijden in het interstatelijke declaratieverkeer.

Tabel 7.3 Aantallen verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage (bron: CAK)¹⁶

Land	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2016 (x 1.000)
EU/EER/Zwitserland					
België	25.182	10.428	13.429	1.325	27.815,9
Bulgarije	143	1	121	21	24,7
Cyprus	129	1	116	12	60,6
Denemarken	70	0	69	1	195,3
Duitsland	25.161	12.205	11.584	1.372	27.884,8
Estland	18	8	10	0	8,3
Finland	42	1	38	3	76,3
Frankrijk	8.597	313	7.363	921	20.122,4
Griekenland	1.058	79	858	121	778,8
Hongarije	1.017	43	813	161	323,5
Ierland	337	14	291	32	749,0
IJsland	3	0	3	0	9,4
Italië	1.488	31	1.376	81	1.892,0
Letland	14	2	12	0	3,3
Liechtenstein	2	0	1	1	2,8
Litouwen	29	2	22	5	14,7
Luxemburg	182	3	168	11	363,8
Malta	188	0	175	13	187,2
Noorwegen	107	10	94	3	444,4
Oostenrijk	727	36	624	67	1.216,9
Polen	4.061	3.389	562	110	196,2
Portugal	2.891	43	2.536	312	1.764,8
Roemenië	213	43	137	33	27,2
Slovenië	63	4	53	6	46,6
Slowakije	155	105	44	6	28,4
Spanje	12.421	110	11.182	1.129	11.599,8
Tsjechië	275	48	195	32	145,7
Verenigd Koninkrijk	1.257	22	1.013	222	2.070,1
Zweden	500	13	416	71	1.252,0
Zwitserland	602	32	539	31	1.180,6
Totaal EU/EER/Zwitserland	86.932	26.986	53.844	6.102	100.485,8

¹⁶ Bij de categorie "achtergebleven gezinsleden" woont de verzekerde zelf in Nederland. Zijn gezinsleden wonen in een ander land en hebben daar aanspraak op zorg ten laste van Nederland (verdragsrecht). Als de meeverzekerde gezinsleden 18 jaar of ouder zijn is de Zvw-plichtige voor hen de verdragsbijdrage verschuldigd.

Bilateraal	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achter- gebleven gezinsleden	Verdrags- gerechtigd en (hoofdver- zekerden)	Gezinsleden van verdrags- gerechtigde n met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2016 (x 1.000)
Bosnië Herzegovina	424	2	368	54	88,7
Kaapverdië	1.508	98	1.099	311	51,4
Kroatië	470	9	428	33	204,6
Macedonië	196	2	161	33	17,8
Marokko	22.252	601	13.129	8.522	405,0
Tunesië	795	98	453	244	25,4
<i>Turkije</i>	18.697	1.088	12.256	5.353	2.916,3
Voormalige Rep. Joegoslavië					
* <i>Kosovo</i>		0	0	0	0
* <i>Montenegro</i>	44	3	34	7	5,4
* <i>Republiek Servië</i>	775	15	705	55	120,6
* <i>Republika Srpska</i>	233	2	211	20	0
Totaal bilateraal	45.394	1.918	28.844	14.632	3.835,2
Totaal	132.326	28.904	82.688	20.734	104.321,0

In Tabel 7.4 zijn de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten per land over de jaren 2015 tot en met 2016 opgenomen.

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

	2015		2016	
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten
België	60,6		57,3	
Bosnië-Herzegovina		0,5		
Bulgarije				
Cyprus		0,1		0,1
Duitsland	59,8		62,5	
Engeland	0,1	5,2		
Finland		0,1		0,1
Frankrijk	23,9		34,6	0,1
Griekenland	0,1		0,2	
Hongarije	0,3		0,4	
Ierland		1,3		0,2
Italië	1,2		1,0	0,1
Kroatië	0,1		0,1	0,2
Kaapverdië		0,3		0,2
Luxemburg	1,2		1,5	
Malta				
Macedonië				
Marokko		9,7		
Noorwegen		0,7		0,2
Oostenrijk	2,2		3,3	
Polen	1,0		1,2	
Portugal	0,1	5,6		1,3
Roemenië				
Servië		0,2		0,1
Slovenië			0,1	
Slowakije	0,1		0,1	
Spanje	0,4	29,6	0,1	31,9
Tsjechië	0,2		0,3	
Tunesië		0,1		
Turkije		7,2		3,9
Zweden		1,2		1,5
Zwitserland	2,0		2,3	
Diverse landen		-4,1		
TOTAAL	153,3	57,7	165,0	39,9

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: Achmea)

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal personen	8.750	9.166	9.601	11.113	11.239	12.016
Totaal (x € 1 mln.)	14,79	15,65	20,16	28,24	27,32	32,34

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden laten een stijging zien van circa € 5 miljoen. Ook is het aantal verdragsgerechtigden dat zorg in Nederland ontvangt stijgt; in 2016 met 777. De conclusie is dat sinds de wijziging van de Verordening de verdragsgerechtigden vaker zorg in Nederland inroepen.

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: Achmea)

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
Land	Aantal Verdragsgerechtigden	Zvw	WLZ
Belgie	3.551	7,8	0,3
Bulgarije	19	0,1	
Cyprus	38	0,1	
Denemarken	5		
Duitsland	4.592	12,9	
Estland	2		
Finland	1		
Frankrijk	1.287	3,4	
Griekenland	77	0,2	
Groot Britannië	51	0,2	
Hongarije	130	0,3	
Ierland	29	0,2	
IJsland	1		
Italië	145	0,4	
Kroatië	8	0,1	
Letland	3		
Liechtenstein	1		
Litouwen	1		
Luxemburg	46	0,3	
Macedonië	1		
Malta	46	0,2	
Nederland			
Noorwegen	3		
Oostenrijk	50		
Polen	53	0,1	
Portugal	321	0,9	
Roemenië	25	0,4	
Slovenië	4		
Slowakije	6		
Spanje	1.317	4,0	0,1
Tsjechië	17		
Zweden	37		
Zwitserland	149	0,3	
Totaal	12.016	31,9	0,4

Tweederde van de zorgkosten wordt gerealiseerd door verdragsgerechtigden uit België en Duitsland. Voor deze verdragsgerechtigden is er door de geringe reisafstand geen belemmering om de zorg in Nederland in te roepen. Bij de gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden komen, na Duitsland en België, veel verdragsgerechtigden uit Spanje en Frankrijk (1.287 respectievelijk 1.317 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 onderscheid¹⁷ 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: CAK)

	2011	2012	2013 ¹³	2014 ¹⁸	2015 ¹⁹	2016
Zvw-polis	271,5	256,4	241,3	220,8	247,9	243,2
Verordening of verdrag	48,9	164,6	156,7	120,6	211,8	147,7
Totaal (x € 1 mln.)	320,4	421,0	398,0	341,4	459,7	390,9

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:

- De totale zorgkosten van Nederlandse verzekerden in het buitenland in 2016 bedragen in totaal € 390,9 miljoen. De kosten op grond van de Zvw-polis bedragen in 2016 € 243,2 miljoen. Op grond van de Verordening en verdragen bedragen de zorgkosten € 147,7 miljoen.
- In 2016 is er sprake van een forse daling van € 64,2 miljoen ten opzichte van 2015. In de zorgkosten in 2015 was een incidenteel effect van circa € 80 miljoen bij Verordening of verdrag opgenomen. Dit werd veroorzaakt doordat het Zorginstituut, in verband met de voorgenomen taak overheveling van de burgerregelingen naar het CAK, in 2015 declaraties versneld heeft afgehandeld.
- De zorgkosten 2016 liggen meer in lijn met die van de jaren 2013 en 2014.
- Zoals blijkt uit de tabel is er over de jaren heen sprake van fluctuaties in de kosten van grensoverschrijdende Zvw-zorg. De fluctuaties doen zich vooral voor in de kosten die lopen via verordening of verdrag. Deze fluctuaties laten zich moeilijk verklaren, doordat zij afhankelijk zijn van verschillende factoren. Uit het voorgaande blijkt dat de fluctuaties kunnen worden veroorzaakt door de wijze van rapporteren door het CAK (kasbasis). Het declaratieproces vanuit het buitenland kent lange termijnen en soms is er sprake van bulkindiening of bulkafhandeling. Daardoor kunnen de rapportages (en ook de ramingen) een vertekend beeld geven. Fluctuaties

¹⁷ De uitsplitsing van zorgkosten op basis van de Zvw-polis en Verordening/verdrag is pas sinds 2011 beschikbaar.

¹⁸ De bedragen 2013 en 2014 zijn geactualiseerd ten opzichte van de Verzekerdenmonitor 2014.

¹⁹ De bedragen over 2015 kunnen nog geactualiseerd worden in de volgende Verzekerdenmonitor. Daarmee zijn dit voorlopige cijfers.

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 gezondheidszorg²⁰ (de Patiëntenrichtlijn) heeft de Minister van VWS het CAK 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 2016 in totaal 165 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. Dit is een stijging met 37% ten opzichte van het jaar 2015.

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: CAK)

Aantal verzoeken aan het NCP				
	2013	2014	2015	2016
Inkomende patiënten	25	31	15	33
<i>Kosten behandeling</i>	11	12	3	5
<i>Zorglandschap</i>	5	6	7	5
<i>Gebruik EHIC</i>	8	9	2	15
<i>Kwaliteit van zorg</i>	0	1	0	4
<i>Patiëntenrechten</i>	0	0	1	0
<i>Algemeen</i>	1	3	2	4
Uitgaande patiënten	35	40	19	24
<i>Vergoeding van kosten</i>	17	20	4	8
<i>Toestemmingsvraag</i>	11	14	13	8
<i>Gebruik EHIC</i>	0	0	2	
<i>Zorgvraag</i>	4	2	0	3
<i>Algemeen</i>	3	4	0	3
<i>Overig</i> ²¹	33	35	16	13
NCP - Niet voor NCP ²²	11	73	59	97
Totaal	104	179	120	165

²⁰ 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).

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

²² Vragen die niet voor het NCP bestemd zijn worden doorgestuurd naar het CAK. Indien vragen bestemd zijn voor andere organisaties, wordt de vragensteller doorverwezen naar de betreffende organisatie.

7.9 Conclusie

De stijging van het aantal in het buitenland wonende gepensioneerden met een verdragsrecht op zorg in het woonland ten laste van Nederland, heeft zich in 2016 doorgezet.

Het aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigde gezinsleden van gepensioneerden is wederom afgenomen. Het totale aantal geregistreerde personen dat in het woonland een verdragsrecht op zorg heeft ten laste van Nederland is redelijk stabiel. In 2016 132.326 waren dit personen (2015: 132.623). Daarmee is het totaal aantal verdragsgerechtigden stabiel te noemen.

Het door Nederland betaalde bedrag aan het buitenland voor de verleende zorg is eveneens licht gedaald ten opzichte van 2015. De in 2014 ingezette daling zet zich daarmee voort. In hoeverre deze daling structureel is, is moeilijk voorspelbaar.

Het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland stijgt met circa € 5 miljoen naar 32,3 miljoen. Dit geldt ook voor het aantal verdragsgerechtigden dat zorg in Nederland ontvangt. De conclusie is dat sinds de wijziging van de Verordening de verdragsgerechtigden vaker zorg in Nederland inroepen.

De zorgkosten van Nederlandse verzekerden in het buitenland in 2016 bedragen in totaal € 390,9 miljoen. Deze kosten laten in 2016 een forse daling zien ten opzichte van het jaar 2015. De hoge kosten in 2015 waren incidenteel en werden veroorzaakt doordat het Zorginstituut, in verband met de voorgenomen overheveling van de burgerregelingen naar het CAK in het jaar 2015 declaraties versneld heeft afgehandeld.

HOOFDSTUK 8. CARIBISCH NEDERLAND

8.1 Inleiding

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 24.500 verzekerden in 2016. 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%), deels uit werkgeverspremies en deels uit rijksbijdragen gefinancierd. De verzekering wordt uitgevoerd door het zorgverzekeringskantoor, gevestigd te Bonaire en de op Saba en Sint Eustatius gesitueerde dependances.

8.2 Ontwikkelingen aansprakenpakket

Per 1 januari 2017 zijn, voor een deel overeenkomstig wijzigingen in het aansprakenpakket van de Zorgverzekeringswet voor Europees Nederland, wijzigingen aangebracht in de volgende aanspraken.

De aanspraak op enkele vormen van plastische chirurgie is verruimd. Hieronder vallen nu ook het operatief plaatsen van een borstprothese bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en bij vastgestelde transseksualiteit, het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie in geval van ernstige gezichtsveldbeperking door verlamde of verslapte bovenoogleden en een medisch noodzakelijke circumcisie.

Een verruiming van het pakket geldt ook voor de aanspraak op fysiotherapie. Na toestemming van het ZVK bestaat er in bepaalde gevallen aanspraak op gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden, ook wel bekend als 'etalagebenen'.

De aanspraak op vergoeding van een volledige gebitsprothese voor verzekerden jonger dan 23 jaar is in lijn gebracht met het in Europees Nederland geldende Besluit Zorgverzekering. Dit betekent onder meer dat bij verzekerden jonger dan 23 jaar, bij wie voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is vastgesteld dat een of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd dan wel ontbreken als direct gevolg van een ongeval, een aanspraak op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen bestaat en op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat waarop de vervangende elementen geplaatst kunnen worden.

Nieuw is de aanspraak "hospicezorg", De verzekerde die is aangewezen op palliatief terminale zorg, heeft na voorafgaande toestemming van het ZVK, aanspraak op opname en verblijf in een hospice. Het ZVK is momenteel actief bezig met het faciliteren van deze nieuwe aanspraak. Tenslotte is de al bestaande aanspraak op de hieprijs voor pasgeborenen, uitgebreid met het testen op alfa- en beta-thalassemie.