Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

# VWS- Verzekerdenmonitor 2022

**Dit is een uitgave van**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen

Den Haag, 2022

## Inhoud

**HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN ..... 5**
1.1 Inleiding ..... **5**
1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen ..... **5**

**HOOFDSTUK 2. WANBETALERS ..... 7**
2.1 Inleiding ..... **7**
2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling ..... **7**
2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling ..... **9**
2.4 Wanbetalersbijdrage ..... **15**
2.5 Uitvoeringskosten ..... **16**

**HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN ..... 17**
3.1 Inleiding ..... **17**
3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz ..... **17**
3.3 Verloop van het aantal onverzekerden ..... **18**
3.4 Uitvoeringskosten onverzekerdenregeling ..... **19**

**HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING DOOR ZORGVERZEKERINGSLIJN ..... 20**
4.1 Inleiding ..... Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.2 Activiteiten 2020 ..... Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.3 Samenwerking met gemeenten ..... Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

**HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN ..... 22**
5.1 Inleiding ..... **22**
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden ..... **22**
5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden ..... **23**
5.4 Uitvoeringkosten regeling gemoedsbezwaarden ..... **23**

**HOOFDSTUK 6. ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN ..... 24**
6.1 Inleiding ..... **24**
6.2 De wettelijke bijdrageregeling ..... **24**
6.3 Uitvoering van de regeling ..... **25**
6.4 De zorgkosten van de bijdrageregeling ..... **25**
6.5 Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen ..... **25**

**HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN ..... 26**
7.1 Inleiding ..... **26**
7.2 De uitvoering en zorgkosten van de subsidieregeling ..... **27**
7.3 Uitvoeringskosten subsidieregeling onverekerden ..... **28**

**HOOFDSTUK 8. INTERNATIONALE ASPECTEN ..... 29**
8.1 Inleiding ..... **29**
8.2 Verdragsgerechtigden ..... **29**
8.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland ..... **30**
8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden ..... **30**
8.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden ..... **30**
8.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland ..... **34**
8.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden ..... **36**
8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg ..... **37**

# HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN

## 1.1 Inleiding

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

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

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

*Tabel 1.1: Kerncijfers Zvw*

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| **Totaal aantal Zvw-verzekerden** | 17.279.000 | 17.385.000 | 17.455.000 |
| **Zvw-verzekerden boven de 18 jaar** | 13.952.000 | 14.081.000 | 14.168.000 |
| **Betaalde nominale premie** | € 19,2 mld | € 19,3 mld | € 20,8 mld |
| **Betaald eigen risico** | € 3,1 mld | € 3,2 mld | € 3,1 mld |
| **Geïnde inkomensafhankelijke bijdrage** | € 25,2 mld | € 25,4 mld | € 26,9 mld |

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

## 1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

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

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

Iedereen die Wlz-verzekerd is, is in principe verzekeringsplichtig voor de Zvw. Hierop gelden twee uitzonderingen, namelijk voor militairen in werkelijke dienst[1] en voor gemoedsbezwaarden. Gemoedsbezwaarden zijn mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering. Onder strikte voorwaarden kunnen zij bij de SVB een ontheffing van de premieplicht aanvragen.

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

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

| Groep | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Wanbetalers | 202.702 | 189.652 | 170.221 |
| Onverzekerde verzekeringsplichtigen | 24.870 | 20.260 | 23.876 |
| Gemoedsbezwaarden | 12.237 | 12.101 | 12.041 |
| Verdragsgerechtigden | 126.634 | 127.427 | 124.586 |

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

## HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

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

### 2.1 Inleiding

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

Vanaf de invoering van de Zvw zijn maatregelen genomen om het aantal mensen met premieachterstand terug te dringen. Om te voorkomen dat wanbetalers door zorgverzekeraars 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 gaan niet over tot royeren van verzekerden met een premieachterstand. Voor het verzekerd houden van de wanbetalers worden de zorgverzekeraars gecompenseerd zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt. Daarnaast is met de Wet verzwaren incassoregime[2] een wettelijk verbod ingevoerd op het opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand.

Na 2007 is de Zvw aangevuld met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, die in 2009 in werking is getreden[3] ofwel de 'wanbetalersregeling. Met de deze wet is Afdeling 3.3.2 (artikelen 18a tot en met 18g) aan de Zvw toegevoegd. Deze wanbetalersregeling kent twee fases. De voorfase in het private traject wanneer er sprake is van betalingsachterstand van de nominale zorgpremie van ten hoogste zes maandpremies, en de (publieke) bestuursrechtelijke fase die start wanneer een verzekerde door de zorgverzekeraar is aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Het CAK legt de wanbetaler een bestuursrechtelijke premie op en int deze.

In 2011 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de uitvoering van deze wanbetalersregeling. De aanbevelingen uit deze evaluatie hebben -onder meer- geleid tot de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen die op 1 juli 2016 in werking is getreden. Het kabinet wilde met deze wet het aantal wanbetalers in de zorgverzekering verder terugdringen. Naast de verlaging van de premie (van 130% van de standaardpremie naar 125% van de gemiddelde nominale premie in 2016[4] en 120% per 2019), maakte deze wet het onder andere mogelijk dat een wanbetaler zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener uit de wanbetalersregeling kon stromen als er een betalingsregeling werd getroffen met de zorgverzekeraar. Ook maakte deze wet het mogelijk om groepen aan te wijzen die uit het bestuursrechtelijke premieregime kunnen stromen.

### 2.2 Uitvoering van de wanbetalersregeling

*Voorfase / private traject*
Zodra de zorgverzekeraar een betalingsachterstand van een maand aan zorgpremie heeft geconstateerd en de verzekerde is aangemaand te betalen, vervalt voor de verzekerde de mogelijkheid om de verzekering op te zeggen. Deze bepaling is in de wet opgenomen om te voorkomen dat verzekerden bij meerdere zorgverzekeraars schuld opbouwen.
Bij twee maanden betalingsachterstand wordt de 'tweedemaandsbrief' gestuurd. De zorgverzekeraar moet een betalingsregeling aanbieden om de openstaande schuld, eventuele

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

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

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

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

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

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

Het CAK heft en int de bestuursrechtelijke premie totdat de wanbetaler al zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, er al dan niet door tussenkomst van een schuldhulpverlener een afbetalingsregeling is getroffen, een stabilisatieovereenkomst is overeengekomen of indien er een wettelijk of minnelijk schuldtraject loopt en de nominale premie aan de zorgverzekeraar wordt betaald. De mogelijkheid om uit het bestuursrechtelijk regime te stromen met een afbetalings-regeling die zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener tot stand is gekomen, bestaat sinds 1 juli 2016. Dit is opgenomen in de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen. Deze wet biedt tevens de grondslag om met een ministeriële regeling groepen aan te wijzen die direct uit kunnen stromen. Bij ministeriële regeling is dit mogelijk gemaakt voor wanbetalers met een bijstandsuitkering op 8 juli 2016[5] en voor wanbetalers die onder bewind staan per 1 juli 2019[6].

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

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

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

## 2.3 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling

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

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

#### Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven

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

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Tweedemaandsbrieven | 384.309 | 379.635 | 351.843 |
| Vierdemaandsbrieven | 111.875 | 107.730 | 88.633 |
| Zes maanden: aanmelding bestuursrechtelijk premieregime | 187.912 | 174.963 | 138.242 |

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

De aantallen verstuurde tweedemaandsbrieven en vierdemaandsbrieven, en het aantal aanmeldingen bij het CAK, zijn in 2021 afgenomen ten opzichte van 2020. Deze ontwikkeling is te verklaren door de inspanningen van zorgverzekeraars (en gemeenten) om bij beginnende betalingsachterstanden contact op te nemen en een betalingsregeling aan te bieden.

#### Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraar

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

| Verzekerden met betalingsachterstand van: | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| 2-4 maandpremies | 133.521 | 105.751 | 92.519 |
| 4-6 maandpremies | 173.261 | 141.452 | 82.091 |
| van 6 of meer maandpremies | 293.692 | 265.833 | 228.822 |
| Totaal aantal betalingsachterstanden | **600.474** | **497.437** | **403.432** |

Tabel 2.2 geeft informatie over het gemiddeld aantal verzekerden met een betalingsachterstand. Het betreft hier automatisch gegenereerde informatie cijfers van zorgverzekeraars. In alle achterstandsklassen zijn de aantallen 2021 relatief sterk gedaald ten opzichte van 2020. Dit kan het gevolg zijn van de teruggevallen bestedingen van huishoudens als gevolg van Covid-19, met waarschijnlijk een gunstig effect op het voldoen van vaste lasten, zoals de zorgpremie.

### Aantal debiteuren met een betalingsregeling of een stabilisatieovereenkomst

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

| | Intern | Extern | Stabilisatie |
|---|---|---|---|
| **2019** | 176.236 | 89.775 | 6.204 |
| **2020** | 189.461 | 107.986 | 6.942 |
| **2021** | 180.583 | 93.883 | 6.615 |

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

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

## 2.3.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime

### Totaal aantal wanbetalers die bestuursrechtelijke premie betalen

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

| Per ultimo | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aantal | 312.037 | 277.023 | 249.044 | 223.714 | 202.702 | 189.652 | 170.221 |
| | | | | | | | |
| Instroom | 118.489 | 133.283 | 184.177 | 200.273 | 187.803 | 174.963 | 138.242 |
| Uitstroom | 130.656 | 166.437 | 206.792 | 225.603 | 208.815 | 188.013 | 157.673 |

Het aantal wanbetalers is eind 2021 gedaald tot 170.221. Een positieve ontwikkeling is de dalende instroom. Dit heeft vermoedelijk te maken met extra inspanningen van zorgverzekeraars om mislukte betalingsregelingen te herstellen, en het wijst erop dat burgers de gesloten betalingsregeling beter (kunnen) nakomen.

### Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime

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

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Schuld voldaan | 21.170 | 21.093 | 20.592 |
| Niet meer verzekeringsplichtig | 15.618 | 10.593 | 14.868 |
| Stabilisatieovereenkomst | 13.220 | 11.622 | 10.941 |
| Minnelijke schuldhulpverlening | 3.801 | 3.455 | 2.308 |
| WSNP | 1.513 | 824 | 656 |
| Niet meer premieplichtig | 1.261 | 957 | 1.099 |
| Overleden | 1.134 | 1.233 | 1.200 |
| Overlijden verzekeringnemer | 54 | 71 | 57 |
| Betalingsregeling | 148.075 | 138.257 | 105.952 |
| | | | |
| Aanmelding ingetrokken | 8.070 | 6.502 | 5.877 |

In tabel 2.5 zijn de redenen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime nader gespecificeerd. In 2021 is de belangrijkste oorzaak van uitstroom het doorlopen van een betalingsregeling; circa 106.000 mensen zijn met een betalingsregeling uitgestroomd.

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

### Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premieregime

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

| Aantal maanden | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| 0 – 12 | 50.047 | 50.352 | 39.863 |
| 13 - 24 | 31.976 | 28.934 | 29.820 |
| >24 | 120.678 | 110.366 | 100.538 |
| Totaal | **202.702** | **189.652** | **170.221** |

Tabel 2.6 geeft het aantal wanbetalers weer dat gedurende een bepaalde periode in het bestuursrechtelijk regime verblijft. De tabel laat een daling zien van het aantal wanbetalers dat langer dan 24 maanden in de wanbetalersregeling zit. Dit kan mede te maken hebben met de inspanningen van gemeenten die steeds vaker op basis van de lijst wanbetalers van het CAK, contact opnemen met wanbetalers.

### Hernieuwde aanmeldingen

*Tabel 2.7 Heraanmeldingen (recidive) (bron: CAK)*

| Heraanmeldingen op 31 december | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Voor een tweede keer aangemeld | 164.164 | 175.446 | 183.678 |
| Voor een derde keer aangemeld | 34.790 | 40.371 | 44.488 |
| Voor een vierde keer aangemeld | 6.055 | 7.538 | 8.853 |
| Voor een vijfde keer aangemeld | 1.039 | 1.424 | 1.726 |

Tabel 2.7 laat het aantal hernieuwde aanmeldingen zien. Het gaat hier om cumulatieve aantallen vanaf de start van de wanbetalersregeling eind 2009. Circa 30% van de aanmeldingen betreft recidivisme. Het aantal heraanmeldingen is wederom toegenomen. Dit komt doordat sinds 2015 meer betalingsregelingen zijn getroffen. Een deel daarvan mislukt waarna heraanmelding volgt. Zorgverzekeraars treden in die gevallen in contact met verzekerden om te proberen de betalingsregeling weer te starten. Op basis van deze tabel, en het feit dat het aantal wanbetalers sinds de zomer 2021 stabiel is (ca. 170.000), kan gesproken worden over een 'harde kern' van 170.000 wanbetalers waar veel inspanningen gepleegd moeten worden om hen te helpen.

### Openstaande schuld bij zorgverzekeraar van wanbetalers in bestuursrechtelijk premieregime

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

| Schuldhoogte bij zorgverzekeraar: gemiddeld aantal wanbetalers | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| < € 250 | 18.757 | 17.869 | 15.733 |
| € 250 - € 750 | 29.969 | 28.748 | 22.913 |
| > € 750 | 149.878 | 143.833 | 131.244 |

In tabel 2.8 staat, onderverdeeld in drie klassen, het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime met een nog openstaande schuld bij zorgverzekeraars. De cijfers vormen een indicatie van

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

de mate waarin inspanningen worden verricht om de schuld terug te brengen én geven een beeld van het aantal wanbetalers voor wie zicht bestaat op afmelding uit het bestuursrechtelijk premieregime, omdat de schuld nog maar relatief klein is. Door het toegenomen aantal (succesvolle) betalingsregelingen neemt de schuldhoogte in alle drie de klassen af.

### 2.3.3 De bestuursrechtelijke premie

#### Ontwikkeling hoogte bestuursrechtelijke premie

*Tabel 2.9 Hoogte bestuursrechtelijke premie maandelijks (afgerond)*

| In € | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gem. premie | 107 | 92 | 97 | 102 | 108 | 109 | 115 | 118 | 123 | 127 |
| Best. premie | 160 | 144 | 153 | 159 | 134 | 137 | 139 | 142 | 148 | 152 |

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

#### Opgelegde bestuursrechtelijke premie

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

| X € 1000 | 2009 tm 2019 | 2020 | 2021 | Totaal |
|---|---|---|---|---|
| Te incasseren premies | 4.708.819 | 326.717 | 299.039 | 5.334.575 |
| Netto betaald | 2.711.063 | 222.719 | 279.224 | 3.213.006 |
| Afgeboekt | 609.749 | 142.995 | 92.964 | 845.708 |
| Naar eindafrekening | 514.093 | 0 | 0 | 514.093 |
| In betalingsregeling | 2.462 | 0 | 0 | 2.462 |
| Openstaande premie | 871.452 | -38.998* | -73.149 | 759.306 |

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

De openstaande bestuursrechtelijke premie van € 759 mln. betreft de totale openstaande premie bij het CAK per ultimo 2021. Hierin is nog niet meegenomen de aflettering van deelontvangsten bij het CJIB (ultimo 2021 € 175 mln.). Als de vordering bij het CJIB volledig is betaald, wordt dit doorgegeven aan het CAK.

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

#### Nog nooit geïnde premie

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

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Aantal | 37.933 | 35.328 | 31.358 |

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

### 2.3.4 Achtergrondkenmerken van totale groep wanbetalers

Om meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep wanbetalers bij het CAK doet het CBS op verzoek van VWS jaarlijks onderzoek naar de achtergrondkenmerken. Alleen van personen die zijn opgenomen in het bestuursrechtelijk premieregime, die op 31 december van het jaar ingeschreven staan in de BRP en die op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden van 18 jaar of ouder, worden door het CBS de achtergrondkenmerken verzameld. Een deel van de wanbetalers is niet in de BRP ingeschreven. Daarmee hanteert het CBS een striktere afbakening dan het CAK, waardoor de cijfers soms lager zijn. Het CBS heeft met peildatum 31 december 2021 voor 161.900 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken[8] verzameld.

#### Totale groep wanbetalers naar leeftijd

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

| leeftijd | 2019 | 2020 | 2021 | 2021* |
|---|---|---|---|---|
| 18 -20 | 2.300 | 1.940 | 1.490 | 0,3% |
| 20 - 25 | 19.740 | 18.710 | 17.720 | 1,6% |
| 25 - 30 | 25.830 | 23.360 | 21.980 | 1,9% |
| 30 - 35 | 26.900 | 24.610 | 23.170 | 2,0% |
| 35 - 40 | 24.070 | 22.430 | 21.130 | 2,0% |
| 40 - 45 | 20.100 | 18.960 | 17.710 | 1,7% |
| 45 - 50 | 20.640 | 18.050 | 15.710 | 1,4% |
| 50 - 55 | 18.350 | 16.730 | 15.420 | 1,2% |
| 55 - 60 | 14.100 | 12.810 | 11.670 | 0,9% |
| 60 - 65 | 8.830 | 8.380 | 7.740 | 0,7% |
| 65 - 70 | 4.860 | 4.440 | 4.080 | 0,4% |
| 70 - 75 | 2.780 | 2.650 | 2.420 | 0,3% |
| 75 - 80 | 1.070 | 1.000 | 1.010 | 0,1% |
| > 80 | 690 | 660 | 650 | 0,1% |
| **Totaal** | **190.250** | **174.720** | **161.900** | **1,1%** |

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

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

#### Herkomst totale groep wanbetalers

*Tabel 2.13 Herkomst totale groep wanbetalers (bron: CBS)*

| Herkomst | 2019 | 2020 | 2021 | 2021 |
|---|---|---|---|---|
| Nederlandse achtergrond | 94.970 | 85.330 | 77.050 | 0,7% |
| Migratieachtergrond | 95.290 | 89.380 | 84.850 | 2,4% |
| **Totaal** | **190.250** | **174.720** | **161.900** | **1,1%** |

* percentage ten opzichte van de totale populatie.

Tabel 2.13 laat zien dat van de groep met een migratieachtergrond het percentage wanbetalers (2,4%) hoger is dan van de groep met een Nederlandse achtergrond (0,7%). Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met inkomen en opleidingsniveau. Mensen met een migratieachtergrond hebben relatief vaker een laag inkomen en zijn lager opgeleid. De daling van het aantal wanbetalers is te zien in beide deelgroepen.

[8] Zie voor alle overzichten: CBS Statline

## Aantal wanbetalers in de top 20 gemeenten

*Tabel 2.14 Top 20 gemeenten met het hoogste aantal wanbetalers op 31 december 2021*

| | Gemeente | 2019 | 2020 | 2021 | % Δ 2020-2021 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Rotterdam | 18.990 | 17.180 | 16.110 | -6,2% |
| 2 | Amsterdam | 14.610 | 13.730 | 12.710 | -7,4% |
| 3 | 's-Gravenhage | 12.300 | 11.560 | 11.220 | -2,9% |
| 4 | Almere | 3.870 | 3.410 | 3.250 | -4,7% |
| 5 | Utrecht | 3.530 | 3.240 | 2.990 | -7,7% |
| 6 | Arnhem | 2.970 | 2.840 | 2.510 | -11,6% |
| 7 | Tilburg | 2.880 | 2.550 | 2.470 | -3,1% |
| 8 | Eindhoven | 2.860 | 2.640 | 2.420 | -8,3% |
| 9 | Groningen | 2.660 | 2.330 | 2.240 | -3,9% |
| 10 | Enschede | 2.430 | 2.300 | 2.080 | -9,6% |
| 11 | Zaanstad | 2.270 | 2.110 | 1.940 | -8,1% |
| 12 | Dordrecht | 2.300 | 2.020 | 1.780 | -11,9% |
| 13 | Heerlen | 2.190 | 1.850 | 1.770 | -4,3% |
| 14 | Breda | 2.000 | 1.750 | 1.730 | -1,1% |
| 15 | Leeuwarden | 2.030 | 1.780 | 1.620 | -9,0% |
| 16 | Schiedam | 1.920 | 1.770 | 1.590 | -10,2% |
| 17 | Nijmegen | 2.050 | 1.730 | 1.550 | -10,4% |
| 18 | Apeldoorn | 1.710 | 1.650 | 1.530 | -7,3% |
| 19 | Lelystad | 1.690 | 1.530 | 1.500 | -2,0% |
| 20 | Haarlem | 1630 | 1.530 | 1.460 | -4,6% |

Tabel 2.14 geeft de top 20 gemeenten met het hoogste aantal wanbetalers op 31 december 2021. Bij alle gemeenten is een daling te zien van het aantal wanbetalers. De mate waarin dit aantal daalt verschilt erg per gemeente. Opvallend zijn de dalingen in Arnhem en Dordrecht.

*Tabel 2.15 Wanbetalers met zorgtoeslag (bron: CBS)*

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Aantal Nederlanders met zorgtoeslag | 4.406.140 | 4.511.290 | 4.446.800 |
| Percentage dat zorgtoeslag ontvangt | 31,3% | 31,8% | 31,1% |
| | | | |
| Aantal wanbetalers met zorgtoeslag | 117.520 | 109.670 | 101.130 |
| Percentage van groep wanbetalers | 61,8% | 62,8% | 62,5% |

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

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

### Wanbetalers naar soort uitkering

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

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|---|---|
| **Totaal aantal wanbetalers** | **206.100** | **190.250** | **174.720** |
| Persoon met een arbeidsongesch.uitk. | 21.040 | 18.750 | 17.080 |
| Persoon met een bijstandsuitkering | 38.170 | 32.320 | 31.290 |
| Persoon met een werkloosheidsuitkering | 8.710 | 7.520 | 8.180 |
| Persoon met een IOAW- of IOAZ-uitkering | 1.010 | 790 | 660 |
| Persoon met ANW-uitkering | 560 | 480 | 400 |
| Persoon met Ziektewet-uitkering | 5.770 | 5.940 | 5.800 |
| Persoon met WSW-dienstverband | 1.030 | 880 | 650 |
| Persoon met AOW-uitkering | 8.370 | 7.630 | 7.090 |

** Personen met meerdere uitkeringen worden meerdere keren meegeteld*

In tabel 2.16 is de groep wanbetalers uitgesplitst naar soort uitkering. Bij de interpretatie van de cijfers moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat personen meerdere uitkeringen kunnen ontvangen. De grootste deelgroep betreft de groep bijstandsgerechtigden. Opvallend is de stijging van het aantal wanbetalers met een werkloosheidsuitkering. Dit past bij de werkloosheidscijfers. In het tweede en derde kwartaal van 2020 – aan het begin van de coronacrisis – nam het aantal werklozen met 141 duizend sterk toe, naar 528 duizend. Daarna is het aantal werklozen weer gedaald, naar 327 duizend in het tweede kwartaal van 2022. De cijfers over 2021 zijn nog niet beschikbaar.

### Wanbetalers naar inkomensgroep

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

| Inkomensgroep | 2018 | 2019 | Totaal Nederland 2019 |
|---|---|---|---|
| **Totaal** | **206.100** | **190.250** | **14.070.760** |
| < € 10.000 | 20.000 | 16.730 | 422.220 |
| € 10.000 tot € 20.000 | 92.050 | 79.470 | 2.279.810 |
| € 20.000 tot € 30.000 | 58.400 | 55.760 | 3.957.390 |
| € 30.000 tot € 40.000 | 22.330 | 23.740 | 3.610.190 |
| € 40.000 tot € 50.000 | 5.880 | 6.910 | 2.031.140 |
| > € 50.000 | 2.070 | 2.990 | 1.646.490 |
| Onbekend | 5.370 | 4.640 | 123.100 |

In tabel 2.17 is de groep wanbetalers verdeeld over de verschillende inkomensgroepen. Hierbij is uitgegaan van het jaarlijks gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. De cijfers over 2020 en 2021 zijn nog niet beschikbaar.

## 2.4 Wanbetalersbijdrage

*Tabel 2.18 Betaalde wanbetalersbijdrage (bron: CAK)*

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| **x € 1000** | 352.884 | 327.001 | 301.134 |

In artikel 34a van de Zorgverzekeringswet en in artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering wordt geregeld onder welke voorwaarden zorgverzekeraars een bijdrage (standaardpremie) krijgen voor het verzekerd houden van wanbetalers. Enkele voorwaarden hebben betrekking op inspanningen en medewerking van zorgverzekeraars voor het innen van de premie en het aflossen van de schuld. In totaal hebben zorgverzekeraars in 2021 iets meer dan € 300 miljoen ontvangen voor de wanbetalers die waren aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime.

## 2.5 Uitvoeringskosten

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

*Tabel 2.19 uitvoeringskosten (bron: jaarverslagen CAK/CJIB)*

| Bedragen x € 1.000 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| CAK | 10.022 | 12.361 | 14.702 |
| CJIB | 7.234 | 6.751 | 7.445 |
| **Totale uitvoeringskosten** | **17.256** | **19.132** | **22.147** |

## HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN

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

### 3.1 Inleiding

Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering[9] (hierna: Wet Ovoz) in werking getreden. De Wet Ovoz heeft tot doel om het aantal onverzekerden terug te dringen. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekering hebben. Verzekeringsplichtigen die nalaten een zorgverzekering te sluiten, zijn onverzekerd. De regering is van mening dat het ongewenst is dat er een situatie bestaat waarbij een aanzienlijk deel van de verzekeringsplichtigen zich kan onttrekken aan de verzekeringsplicht. In de eerste plaats gaat het natuurlijk om de onverzekerden zelf. Ook de onverzekerde die denkt dat hij geen verzekering nodig heeft, kan geconfronteerd worden met een ernstige ziekte of een ongeval. En meestal zal deze onverzekerde niet in staat zijn de kosten van die zorg zelf te betalen. Het is juist de door de verzekering geboden bescherming die bewerkstelligt dat de negatieve, financiële gevolgen van dergelijke gebeurtenissen, beperkt blijven.
Ten tweede speelt hierbij niet alleen het persoonlijk belang van de onverzekerden, maar ook het belang van het sociale verzekeringssysteem. Gezien vanuit het verzekeringsstelsel is het ongewenst dat er inbreuk wordt gemaakt op de daaraan ten grondslag liggende solidariteit. Daarin is meedoen, ook wanneer je het niet nodig hebt, de leidende gedachte. Ten slotte geldt dat onverzekerd zijn mogelijk gevolgen heeft voor de volksgezondheid, omdat onverzekerden zorg zouden kunnen mijden en daarmee in sommige gevallen anderen in gevaar brengen. Daardoor zou de gezondheidszorg met onnodige kosten kunnen worden opgezadeld.

### 3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz

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

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

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

[9] Stb. 2011, 111.

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

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

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

## 3.3 Verloop van het aantal onverzekerden

### Aantal onverzekerden

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

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Aangeschreven | 84.992 | 62.553 | 60.608 |
| Einde onverzekerd | 84.327 | 67.163 | 56.992 |
| **Stand actief onverzekerden** | 24.870 | 20.260 | 23.876 |

Tabel 3.1 toont het verloop van het aantal aangeschreven onverzekerden, het aantal onverzekerden dat uit het Ovoz-traject is gestroomd en de stand van het aantal actieve onverzekerden. Bij de interpretatie van tabel 3.1 dient in ogenschouw te worden genomen dat hierin is inbegrepen een jaarlijkse piek (in maart) van tussen de 25.000 en 30.000 aanschrijvingen. Een deel van deze piek wordt veroorzaakt door vertragingen in de administratie van overstappende verzekerden. Tussen het in- en uitstromen kan een persoon geregistreerd staan als actief onverzekerd (fase van aanschrijving en boete oplegging) of ambtshalve verzekerd. In dit proces zitten gemiddeld ca. 25.000 personen.

### Totalen maart 2011 tot en met 2021

*Tabel 3.2 De totalen van maart 2011 tot en met 2021 (bron: CAK)*

| Reden uitschrijving | Totaal |
|---|---|
| Ingeschreven bij zorgverzekeraar | 419.444 |
| Ambtshalve verzekerd | 43.360 |
| Niet (meer) Wlz-verzekerd | 317.946 |
| Overig* | 6.495 |
| **Totaal** | 787.245 |

**Bijvoorbeeld door overlijden*

Tabel 3.2 toont de redenen dat aangeschreven vermeende onverzekerde verzekeringsplichtigen niet meer in het traject van de Wet Ovoz zitten. In de periode vanaf 2011 tot en met 2021 zijn 787.245 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste gedeelte hiervan heeft vervolgens actie ondernomen door:

- zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (419.444);
- succesvol te betwisten dat zij Wlz-verzekeringsplichtig zijn (317.946).

### Boetes en premies

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

| Baten en lasten onverzekerden x € 1 mln | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| **Baten** | | | |
| Boetes opgelegd aan onverzekerden | 11,0 | 9,0 | 9,8 |
| Premie opgelegd aan ambtshalve verzekerden | 5,3 | 6,5 | 5,3 |
| **Totale baten** | 16,3 | 15,5 | 15,1 |
| | | | |
| **Lasten** | | | |
| Te betalen premie aan zorgverzekeraars | 5,3 | 6,5 | 5,4 |
| Dotatie aan voorziening oninbaar onverzekerden | 13,9 | 11,7 | 10,7 |
| **Totale lasten** | 19,2 | 18,2 | 16,1 |
| | | | |
| **Saldo baten en lasten** | **-2,9** | **-2,7** | **-1,0** |

In 2021 heeft het CAK via het CJIB voor € 9,8 miljoen aan boetes en € 5,3 miljoen aan bestuursrechtelijke premie opgelegd.

## 3.4 Uitvoeringskosten onverzekerdenregeling

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

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

| Bedragen x € 1.000 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| CAK | 3.609 | 2.961 | 5.310 |
| CJIB | 915 | 903 | 856 |
| SVB | 3.454 | 5.033 | 5.641 |
| **Totale uitvoeringskosten** | **7.978** | **8.897** | **11.807** |

## HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING DOOR ZORGVERZEKERINGSLIJN

### 4.1 Inleiding

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

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

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

Met deze activiteiten voorkomt Zorgverzekeringslijn financiële zorgverzekeringsproblemen of verergering hiervan. Door er op tijd bij te zijn, het belang van zorgverzekeringsproblemen in een bredere context, de signaalfunctie duidelijk te maken, en knelpunten in het stelsel te signaleren kunnen grotere problemen eerder worden opgespoord en mogelijk worden voorkomen.

### 4.2 Activiteiten 2021

Zorgverzekeringslijn heeft in 2021 onderstaande activiteiten ondernomen om het aantal wanbetalers en onverzekerden te verminderen. De activiteiten hebben bijna volledig online plaatsgevonden vanwege de geldende Corona-maatregelen.

| Bereik professionals en jongeren | 2020 | 2021 |
|---|---|---|
| Bereik professionals | 3.085 | 3.122 |
| waarvan (online) trainingen | 2.089 | 2.630 |
| waarvan elearning | 996 | 492 |
| Nieuwsbrief abonnees | 5.847 | 6.462 |
| Bereik jongeren | 1.796 | 2.467 |
| Bezoekers website “Jouw Situatie” | 123.733 | 149.637 |
| Afgenomen lespakket *(DigiSterker)* | 536 | 1.185 |
| Aanwezigen congres | 721 | 275 |

Het congres van Zorgverzekeringslijn vond, net als in 2020, online plaats. Dit gaf 275 kijkers de mogelijkheid om het congres bij te wonen. Het bereik van Zorgverzekeringslijn is in 2021, na een dip vanwege de Corona-maatregelen,weer toegenomen. Het digitale aanbod is daarbij permanent in het aanbod van producten opgenomen en wordt ook in 2022 veelvuldig afgenomen.

#### Telefoongesprekken, chats en e-mails

Het aantal contactmomenten is ten opzichte van eerdere jaren iets afgenomen. Met name zijn minder vragen gesteld rondom premieschulden en de wanbetalersregeling. De trend met betrekking tot de gekozen kanalen waarmee Zorgverzekeringslijn is benaderd, is dit jaar doorgezet. Sinds 2020 zorgen chat en e-mail samen voor meer dan 50% van de contacten van Zorgverzekeringslijn. Vooral vragen over de verzekeringsplicht worden per chat en e-mail gesteld. Deze vraagstellers zijn vaak nog in hun thuisland, waardoor het voor hen makkelijker en goedkoper is om per chat of e-mail contact op te nemen.

| Contactmomenten per kanaal | 2020 | 2021 |
|---|---|---|
| Chat | 2.480 | 2.388 |
| E-mail | 697 | 482 |
| Telefoon | 3.146 | 2.760 |
| **Totaal** | **6.323** | **5.630** |

Hoewel de afname van het aantal contactmomenten op nagenoeg alle onderwerpen ziet, zijn vooral het aantal vragen met betrekking tot premieschulden en de wanbetalersregeling fors afgenomen. Deze afname is in correlatie met de sterke afname van het aantal verzekerden met een premieachterstand en wanbetalers.

De trend ten aanzien van het aantal vragen over de verzekeringspicht is doorgezet. Ook in 2021 hebben de meeste contactmomenten hierop immers betrekking. Deze vragen, vooral gesteld door internationale studenten en expats, namen de afgelopen twee jaar af vanwege uitgestelde bezoeken aan Nederland, maar is in 2022 weer toegenomen. Zorgverzekeringslijn werkt daarom intensief samen met het hoger onderwijs, Nuffic, Het CAK en de SVB om informatie over de zorgverzekering in Nederland op het juiste moment op de juiste plek te krijgen.

| Contactmomenten: registratie per onderwerp | 2020 | 2021 |
|---|---|---|
| Algemene vragen *(P0)* | 1.744 | 1.923 |
| Onverzekerde minderjarigen *(P1)* | 99 | 68 |
| Onverzekerde meerderjarigen *(P2)* | 1.071 | 853 |
| Premieschulden tot 6 maanden *(P3)* | 750 | 430 |
| Wanbetalers *(P4)* | 528 | 347 |
| Verzekeringsplicht *(P5)* | 2.131 | 2.009 |
| **Totaal** | **6.323** | **5.630** |

### 4.3. Samenwerking met gemeenten

Een groeiend aantal gemeenten vraagt bij het CAK gegevens op over inwoners die door hun zorgverzekeraars zijn aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime. Vaak gaat een aanmelding bij het CAK gepaard met bredere schuldenproblematiek en multiproblematiek. Dit maakt dat de CAK wanbetalerslijst een belangrijke vindplaats is voor inwoners met een hulpvraag. Zorgverzekeringslijn informeert en adviseert gemeenten over de inzet van de CAK wanbetalerslijst. Het afgelopen jaar zijn ruim 100 gemeenten bereikt door middel van kennissessies en één-op-één adviesgesprekken. In haar voorlichting schenkt Zorgverzekeringslijn aandacht aan het juridisch kader en aan de geleerde lessen van gemeenten die de lijst al langer gebruiken.

De afgelopen maanden heeft daarnaast ook het conflict in Oekraïne een rol gespeeld in de informatievoorziening door Zorgverzekeringslijn aan gemeenten. Gemeenten vervullen een centrale rol in de opvang van Oekraïense ontheemden. Hierbij is veel behoefte aan informatie over de toegang en vergoeding van zorg voor deze groep. Door middel van kennissessies heeft Zorgverzekeringslijn ruim 90 gemeenten voorgelicht over de hiervoor beschikbare regelingen.

## HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN

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

### 5.1 Inleiding

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

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

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

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

### 5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

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

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Personen | 12.237 | 12.101 | 12.041 |
| Huishoudens | 3.681 | 3.672 | 3.685 |

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

## 5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

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

| Baten en lasten gemoedsbezwaarden | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1-1 | 25,5 | 30,6 | 36,0 |
| Resultatenrekening | | | |
| Bijdragevervangende belasting | 10,1 | 11,9 | 11,6 |
| Verleende vergoedingen voor zorgkosten | -5,0 | -6,5 | -6,3 |
| **Saldo rekeningen voor toevoeging ZVW** | **30,6** | **36,0** | **41,3** |
| | | | |
| Toevoeging ten gunste van het ZVW | 0,5 | 0,3 | 0,4 |
| Toevoeging aan rekening gemoedsbezwaarden | 4,6 | 5,1 | 4,9 |
| **Totaal resultaatbestemming** | 5,1 | 5,4 | 5,3 |
| | | | |
| **Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31-12** | **30,6** | **36,0** | **41,3** |

Tabel 5.2 geeft de baten en lasten weer. Als gevolg van de wijziging van de afdrachtregeling per 1 januari 2016 stijgt het saldo van de rekeningen met een toevoeging van circa € 5 miljoen per jaar en zijn de afdrachten ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds circa € 0,4 miljoen per jaar.

## 5.4 Uitvoeringkosten

*Tabel 5.3 Uitvoeringskosten gemoedsbezwaarden*

| Bedragen x € 1.000 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| CAK | 743 | 465 | 1.114 |

De stijging van de kosten in 2021 is het gevolg van een technische wijziging bij toerekenen van de diverse kostensoorten naar de verschillende wettelijke regelingen van het CAK, als gevolg van de eerder doorgevoerde reorganisatie. Op organisatieniveau is sprake van budgetneutraliteit.

## HOOFDSTUK 6. ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

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

### 6.1 Inleiding

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

Iedere vreemdeling die zonder verblijfsvergunning in Nederland verblijft[10] is er in beginsel zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald. Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen. Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen (hierna: onverzekerbare vreemdelingen) geen (particuliere) verzekering hebben gesloten zullen zij de kosten van verleende medische zorg dus zelf moeten betalen.

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

### 6.2 De wettelijke bijdrageregeling

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

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

[10] Het betreft de volgende groepen vreemdelingen:
- vreemdelingen die een aanvraag voor een verblijfsvergunning regulier hebben ingediend;
- vreemdelingen die bezwaar of beroep hebben ingesteld tegen een afwijzende beslissing op een aanvraag voor een verblijfsvergunning regulier; en
- vreemdelingen die niet rechtmatig verblijven.

### 6.3 Uitvoering van de regeling

Het CAK voert sinds 1 januari 2017 de wettelijke bijdrageregeling uit. In dat kader geeft het CAK informatie aan zorgaanbieders over de regeling en voert daarover overleg met (te contracteren) zorgaanbieders. Het CAK onderhoudt een website waarop informatie over de financiering van de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen is opgenomen[11]. Ook zijn daar de gegevens te vinden van de gecontracteerde zorgaanbieders. Het CAK beantwoordt dagelijks per mail en telefoon vragen over de regeling die gesteld worden door zorgverleners, hulpverleningsorganisaties en onverzekerbare vreemdelingen. Ziekenhuizen, ggz-instellingen en Wlz-instellingen kunnen, indien ze gebruik willen maken van de regeling, met het CAK een overeenkomst sluiten.

### 6.4 De zorgkosten van de bijdrageregeling

*Tabel 6.1: zorgkosten bijdrageregeling CAK (bron: CAK)*

| Zorgvorm x €1000 | 2019 | 2020 | 2021 | % Δ 2020-2021 |
|---|---|---|---|---|
| Ziekenhuizen | 22.807 | 26.294 | 22.978 | - 13% |
| Farmacie | 4.000 | 5.042 | 5.382 | + 7% |
| GGZ | 8.257 | 7.987 | 8.185 | + 2% |
| AWBZ / WLz | 2.352 | 2.343 | 2.912 | + 24% |
| Hulpmiddelen | 136 | 151 | 143 | - 5% |
| Ambulancevervoer | 1.016 | 1.265 | 989 | - 22% |
| **Eerstelijnshulp** | | | | |
| *Huisartsen* | 1.128 | 1.012 | 1.791 | + 77% |
| *Tandartsen* | 130 | 140 | 126 | - 10% |
| *Verloskunde* | 746 | 809 | 714 | - 12% |
| *Kraamzorg* | 2.068 | 1.631 | 1.282 | -21% |
| *Paramedici* | 46 | 50 | 132 | + 164% |
| *GGD'en* | 456 | 1.237 | 2.400 | + 94% |
| **Totaal** | 4.574 | 4.879 | 6.445 | + 32% |
| | | | | |
| **Totaal** | **43.141** | **47.961** | **47.034** | **- 2%** |

In tabel 6.1 zijn de zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen opgenomen. De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2021 met circa € 0,9 mln. afgenomen ten opzichte van 2020. Opvallend is de daling van de kosten van ziekenhuiszorg en stijging van kosten van eerstelijnszorg. Vermoedelijk heeft dit te maken met de Covid-19 ontwikkelingen in 2020 en 2021.

### 6.5 Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

*Tabel 6.2 uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen*

| Bedragen x € 1.000 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| CAK | 1.302 | 1.972 | 1.932 |

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

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

## HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN

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

### 7.1 Inleiding

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

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

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

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

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

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

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

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

### 7.2 De uitvoering en zorgkosten van de subsidieregeling

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

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

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Farmacie | € 55.000 | € 583.076 | € 679.839 |
| GGZ | € 9.041.000 | € 15.743.758 | € 20.438.366 |
| Huisartsenzorg | € 8.000 | € 23.035 | € 33.850 |
| Overige zorg | € 104.000 | € - | € - |
| Hulpmiddelen | € - | € - | € - |
| Eerstelijnsverblijf | € - | € 60.004 | € 133.296 |
| Verloskundige zorg | € 6.000 | € 20.463 | € 9.873 |
| Wijkverpleging | € 14.000 | € 21.358 | € 46.021 |
| Ziekenhuizen | € 9.092.000 | € 17.860.931 | € 23.110.206 |
| Kraamzorg | € - | € 806 | € 2.811 |
| Paramedische zorg | € - | € 298 | € - |
| AWBZ instellingen | € - | € - | € - |
| Tandheelkundige zorg | € - | € - | € - |
| **Totaal** | **€ 18.320.000** | **€ 34.313.729** | **€ 44.454.262** |

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

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

*Tabel 7.2: Ontwikkeling aantal declaraties (personen) per groep*

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|
| Nederland | 117 | 1.076 | 3.592 | 5.789 | 6.620 |
| EU/EER | 26 | 662 | 3.294 | 6.595 | 8.929 |
| Andere landen | 21 | 312 | 1.330 | 2.141 | 2.850 |
| Onbekend | | | 419 | 1.515 | 1.610 |
| **Totaal** | **164** | **2.050** | **8.635** | **16.040** | **20.009** |

Tabel 7.2 laat zien dat het aantal declaraties bij alle doelgroepen is toegenomen, dit is mede het gevolg van toenemende bekendheid van de regeling. Daarnaast valt op dat er vanaf 2019 er een groep is bijgekomen waarvan de nationaliteit onbekend is. Dit wordt veroorzaakt doordat zorgaanbieders dit bij de melding niet voldoende registreren.

## 7.3 Uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden

*Tabel 7.3 uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden*

| Bedragen x € 1.000 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| CAK | 1.419 | 1.266 | 2.104 |

## HOOFDSTUK 8. INTERNATIONALE ASPECTEN

### 8.1 Inleiding

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

### 8.2 Verdragsgerechtigden

De Europese sociale zekerheidsverordening (EG) Nr. 883/2004 (hierna: Verordening) en de tussen Nederland en andere staten bestaande bilaterale sociale zekerheidsverdragen (hierna: verdragen) hebben onder meer tot doel te voorkomen dat mensen die zich binnen de EU/EER[13], het Verenigd Koninkrijk[14] en Zwitserland (hierna: EU) of tussen Nederland en de verdragslanden verplaatsen, hun ziektekostendekking verliezen of dubbel wettelijk verzekerd zijn. Het Verenigd Koninkrijk is in de tabellen opgenomen naast de EU/EER en Zwitserland, maar sinds de Brexit gelden juridisch voor VK separate verdragsafspraken met de EU op basis van het Terugtrekkingsakkoord[15] en de Handels- en samenwerkingsovereenkomst[16].

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

a) in een andere EU-lidstaat of verdragsland wonende gezinsleden van mensen die Zvw-verzekerd zijn (bijvoorbeeld gezinsleden van grensarbeiders);
b) in een andere EU-lidstaat of verdragsland wonende personen met een Nederlands wettelijk pensioen of uitkering[17] 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 of het Verenigd Koninkrijk wonen kunnen tijdens een verblijf in Nederland ook in Nederland zorg op grond van de Zvw en de Wlz inroepen. De verdragsgerechtigde (niet werkende) gezinsleden van 18 jaar en ouder betalen een 'verdragsbijdrage' aan Nederland die door het CAK wordt geïnd (zie 8.3).

*Gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden*
Buiten Nederland wonende rechthebbenden op een Nederlands wettelijk pensioen of uitkering en hun gezinsleden zijn niet verzekerd voor de Wlz en de Zvw. Zij hebben op grond van de Verordening of verdragen recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland (verdragsrecht).

---

[13] De landen van de Europese Economische Ruimte (EER) zijn: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein.
[14] Sinds 31 januari 2020 maakt het VK geen deel meer uit van de EU, maar in deze monitor wordt het VK nog onder 'EU' meegenomen.
[15] Het terugtrekkingsakkoord liep van 1 februari 2020 tot en met 31 december 2020.
[16] Looptijd vanaf 1 januari 2021.
[17] Het betreft uitkeringen of pensioenen op grond van de AOW, Anw, WIA, WAO of WAZ. Daarnaast kan het gaan om enkele niet-wettelijke pensioenen die afzonderlijk zijn aangewezen.

Gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden die in een ander EU-land of het Verenigd Koninkrijk wonen kunnen op grond van artikel 27, tweede lid, van de Verordening ook Wlz- en Zvw zorg ontvangen in Nederland. Ook zij betalen een verdragsbijdrage aan Nederland die door het CAK wordt geïnd[18] (zie 8.3).

De toepasselijkheid van de Verordening en verdragen en, daarmee samenhangend, de verplichting tot het betalen van een verdragsbijdrage, hebben een verplicht karakter.[19]

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

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

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

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

## 8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden

*Tabel 8.1 Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: CAK)*

| Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Gezinsleden van verzekerden | 22.689 | 23.430 | 22.368 |
| Achtergebleven gezinsleden van verzekerden | 2.276 | 2.250 | 2.055 |
| Gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden | 82.848 | 83.839 | 83.277 |
| Gezinsleden van gepensioneerden/ uitkeringsgerechtigden | 18.821 | 17.908 | 16.886 |
| **Totaal** | **126.634** | **127.427** | **124.586** |

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

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

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

[18] Wanneer men tevens een pensioen van het woonland heeft is men in het algemeen al wettelijk verzekerd in en treedt het verdragsrecht ten laste van Nederland terug. Het gaat dan bijv. om personen die zowel in Nederland als in het woonland gewerkt hebben en op grond daarvan van beide landen een pensioen ontvangen.
[19] Arrest Van Delft C-345/09.

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

| (x € 1 mln.) | 2019 | 2020 | 2021 | Verschil |
|---|---|---|---|---|
| werkelijke kosten | 191,9 | 160,4 | 87,2 | -/-73,2 |
| gemiddelde kosten | 38,4 | 52,1 | 52,2 | 0,1 |
| **Totaal** | 230,3 | 212,5 | **139,4** | -/-73,1 |

### 8.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage

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

Het totaal van deze componenten wordt vermenigvuldigd met de zogeheten woonlandfactor. Met deze woonlandfactor wordt tot uitdrukking gebracht in welke mate de zorg in het woonlandpakket zich verhoudt tot de zorg in het Nederlandse pakket (Zvw en Wlz). De woonlandfactor is ingevoerd naar aanleiding van een uitspraak van de Rechtbank Den Haag en een motie van Kamerlid Schippers en is gericht op het voorkomen van een onevenwichtigheid in de bijdragen die Nederlanders in de verdragslanden opbrengen en de kosten die voor hen worden gemaakt.[20] Deze woonlandfactor is het verhoudingsgetal tussen de gemiddelde kosten van zorg in het woonland en de gemiddelde kosten van zorg in Nederland. Voor het merendeel van de EU- en verdragslanden zijn de zorgkosten lager, het verhoudingsgetal is daardoor minder dan 1. Uit tabel 8.3 blijkt dat verdragsgerechtigden over 2021 in totaal € 133,4 mln. aan verdragsbijdrage betaalden (2020 € 127 mln.). Deze inkomsten komen ten goede aan het Zorgverzekeringsfonds.

### 8.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland

In tabel 8.2 zijn de betaalde zorgkosten (werkelijke en gemiddelde zorgkosten) aan buitenlandse verzekeringsinstellingen opgenomen. Voor de door het woonland verleende zorg aan verdragsgerechtigden betaalt Nederland (in casu het CAK) jaarlijks een bedrag aan het desbetreffende woonland. Afhankelijk van de berekeningsmethodiek van het land in kwestie wordt de zorg ofwel vergoed op basis van werkelijke bedragen ofwel op basis van gemiddelde kosten.[21]

In 2021 betaalde het CAK in totaal € 139,4 mln. aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen. Dit is een daling van € 73,1 mln. ten opzichte van 2020. Het is niet mogelijk één directe oorzaak te geven voor deze daling. In het algemeen doen fluctuaties in de aan het buitenland betaalde zorgkosten zich voor en kunnen door verschillende factoren worden veroorzaakt. Onder meer de lange doorlooptijden, schommelingen in wisselkoersen, stelselwijzigingen in andere landen en de wijze van de berekening van declaraties door het buitenland kunnen hierbij een rol spelen. Uit de cijfers blijkt dat Nederland verhoudingsgewijs meer aan zorgkosten aan het buitenland betaalt dan aan verdragsbijdrage wordt opgebracht. Een deel van dit verschil kan worden verklaard door het karakter van de populatie. De groep "Nederlandse" verdragsgerechtigden telt relatief veel gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden met hogere zorgkosten.

[20] Rb. Den Haag 31 maart 2006, ECLI:NL:RBSGR:2006:AV7778 en Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 52.
[21] Sinds 1 mei 2010 dient afrekening van zorgkosten tussen de landen van de EU/EER en Zwitserland plaats te vinden op basis van werkelijk gemaakte kosten. Alleen als dit voor lidstaten niet mogelijk is, kan worden gedeclareerd op basis van gemiddelde kosten.

*Tabel 8.3 Aantallen verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage (bron: CAK)*[22]

| Land | Totaal | Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden | Verdrags-gerechtigden (hoofdverzekerden) | Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen | Ontvangen bijdragen 2021 (x 1.000) |
|---|---|---|---|---|---|
| ***EU/EER/VK/ Zwitserland*** | | | | | |
| België | 23.542 | 9.343 | 13.023 | 1.176 | 33.057 |
| Bulgarije | 241 | 1 | 205 | 35 | 63 |
| Cyprus | 138 | 0 | 121 | 17 | 62 |
| Denemarken | 114 | 9 | 96 | 9 | 341 |
| Duitsland | 23.511 | 10.622 | 11.796 | 1.093 | 36.767 |
| Estland | 19 | 5 | 14 | 0 | 14 |
| Finland | 52 | 0 | 49 | 3 | 134 |
| Frankrijk | 8.248 | 142 | 7.364 | 742 | 26.756 |
| Griekenland | 1.142 | 53 | 989 | 100 | 722 |
| Hongarije | 1.497 | 40 | 1.236 | 221 | 724 |
| Ierland | 337 | 6 | 298 | 33 | 997 |
| IJsland | 2 | 0 | 2 | 0 | 14 |
| Italië | 1.572 | 72 | 1.430 | 70 | 2.258 |
| Letland | 15 | 2 | 11 | 2 | 4 |
| Liechtenstein | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| Litouwen | 36 | 2 | 30 | 4 | 31 |
| Luxemburg | 169 | 5 | 157 | 7 | 37 |
| Malta | 178 | 4 | 168 | 6 | 267 |
| Noorwegen | 123 | 4 | 108 | 11 | 504 |
| Oostenrijk | 771 | 30 | 696 | 45 | 1.591 |
| Polen | 3.352 | 2.478 | 750 | 124 | 385 |
| Portugal | 3.388 | 15 | 3.059 | 314 | 2.756 |
| Roemenië | 259 | 38 | 180 | 41 | 53 |
| Slovenië | 68 | 7 | 55 | 6 | 53 |
| Slowakije | 196 | 125 | 64 | 7 | 48 |
| Spanje | 13.148 | 116 | 11.841 | 1.191 | 15.676 |
| Tsjechië | 330 | 40 | 251 | 39 | 205 |
| Verenigd Koninkr. | 1.202 | 3 | 1.022 | 177 | 2.379 |
| Kroatië | 503 | 16 | 448 | 39 | 238 |
| Zweden | 589 | 9 | 506 | 74 | 1.643 |
| Zwitserland | 461 | 18 | 433 | 10 | 1.334 |
| | | | | | |
| **Totaal EU/EER/VK Zwitserland** | 85.205 | 23.205 | 56.403 | 5.597 | 129.117 |

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

| Bilateraal | Totaal | Gezinsleden van verzekerden en achter-gebleven gezinsleden | Verdrags-gerechtigden (hoofdver-zekerden) | Gezinsleden van verdrags-gerechtigden met een pensioen | Ontvangen bijdragen 2021 (x 1.000) |
|---|---|---|---|---|---|
| Bosnië Herzegovina | 397 | 2 | 347 | 48 | 113 |
| Kaapverdië | 1.338 | 84 | 1.036 | 218 | 41 |
| Kroatië | | | | | |
| Macedonië | 184 | 0 | 156 | 28 | 24 |
| Marokko | 19.431 | 430 | 12.522 | 6.479 | 742 |
| Tunesië | 683 | 59 | 456 | 168 | 36 |
| *Turkije* | 16.267 | 544 | 11.434 | 4.289 | 3.160 |
| | | | | | |
| Voormalige Rep. Joegoslavië | | | | | |
| * *Kosovo* | 0 | *0* | *0* | *0* | *0* |
| * *Montenegro* | 50 | 3 | 42 | 5 | 9 |
| * *Republiek Servië* | 747 | 18 | 690 | 39 | 123 |
| * *Republika Srpska* | 237 | 4 | 218 | 15 | 0 |
| | | | | | |
| **Totaal bilateraal** | 39.334 | 1.144 | 26.901 | 11.289 | 4.248 |
| | | | | | |
| **Totaal** | 124.539[23] | 24.349 | 83.304 | 16.886 | 133.365 |

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

[23] Inclusief nagekomen mutaties.

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

| | 2020 | | 2021 | |
|---|---|---|---|---|
| | Werkelijke kosten | Gemiddelde kosten | Werkelijke kosten | Gemiddelde kosten |
| België | 38,1 | | 1,4 | |
| Bosnië-Herzegovina | | 0,2 | | |
| Bulgarije | 0,1 | | | |
| Cyprus | | 0,1 | | 0,1 |
| Duitsland | 78,8 | 0,1 | 47,1 | |
| Engeland | | 7,3 | | |
| Finland | 0,1 | 0,2 | | |
| Frankrijk | 28,3 | | 28,8 | |
| Griekenland | 1,6 | | 0,6 | |
| Hongarije | 1,2 | | 0,2 | |
| Ierland | | 1,7 | | |
| Italië | 1,8 | | 1,8 | |
| Kroatië | 0,5 | | 0,2 | |
| Kaapverdië | | | | |
| Luxemburg | 1,9 | | 0,9 | |
| Malta | | | | |
| Macedonië | | | | |
| Marokko | | 0,1 | | |
| Noorwegen | | 0,9 | | 0,3 |
| Oostenrijk | 2,7 | | 2,6 | |
| Polen | 1,2 | | 0,7 | |
| Portugal | | | | 6,1 |
| Roemenië | | | | |
| Servië | | 0,2 | | |
| Slovenië | 0,1 | | 0,1 | |
| Slowakije | 0,1 | | 0,3 | |
| Spanje | 0,1 | 36,1 | 0,4 | 37,6 |
| Tsjechië | 0,6 | | 0,4 | |
| Tunesië | | 0,8 | | |
| Turkije | | 4,4 | | 5,4 |
| Zweden | | | | 2,7 |
| Zwitserland | 3,1 | | 1,6 | |
| Diverse landen | 0,1 | | 0,1 | |
| **TOTAAL** | **160,4** | **52,1** | **87,2** | **52,2** |

In tabel 8.4 zijn de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten per land over de jaren 2020 en 2021 opgenomen. In 2021 is er 1,4 mln euro aan België betaald voor verdragsgerechtigden. Normaal gesproken ligt dit bedrag hoger. Als gevolg van een nieuwe declaratiesystematiek van België heeft de afrekening tot een jaar vertraging geleid. Voor Duitsland geldt het moment van betaling van hun vordering. Soms lukt dat nog in hetzelfde jaar, maar soms pas in januari van het jaar daar op. In dat geval kan het niet meer worden meegenomen in de cijfers.

## 8.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland

Sinds 1 mei 2010 regelt de Verordening in artikel 27, tweede lid, dat gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden zonder voorafgaande toestemming zorg kunnen ontvangen in Nederland. Het gaat dan om zorg volgens de Wlz en Zvw. Deze zorg wordt vergoed door het Zilveren Kruis als “bevoegd orgaan”. Een vergelijkbare regeling geldt op grond van het verdrag met Noord-Macedonië voor gezinsleden van verzekerden. Tabel 8.5 geeft het zorggebruik van de verdragsgerechtigden in Nederland weer.

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

| Jaar | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Aantal personen | 12.421 | 10.735 | 11.289 |
| **Totaal[24] (x € 1 mln.)** | **38,3** | **34,3** | **37,1** |

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden zijn weer gestegen. Dat valt te verklaren door de reisrestricties die in 2021 grotendeels van toepassing waren door de uitbraak van SARS-COV-2 / COVID-19 en in 2021 (grotendeels) niet meer. Daardoor hebben weer meer verdragsgerechtigden gebruik gemaakt van de mogelijkheid om zorg in Nederland te ontvangen.

In tabel 8.6 wordt een overzicht gegeven van het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland in 2021 nader gespecificeerd naar woonland en type zorg (Zvw en Wlz).

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

| Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland | | | |
|---|---|---|---|
| **Land** | **Aantal Verdragsgerechtigden** | **Zvw** | **Wlz** |
| België | 3.116 | 8.856,2 | 344,2 |
| Bulgarije | 30 | 201,0 | |
| Cyprus | 19 | 22,2 | |
| Denemarken | 2 | 0,8 | |
| Duitsland | 4.580 | 15.753,8 | |
| Estland | 1 | 2,6 | |
| Finland | 3 | 13,3 | |
| Frankrijk | 1035 | 3.338,9 | 29,3 |
| Griekenland | 58 | 146,3 | |
| Groot Brittannië | 31 | 58,0 | |
| Hongarije | 227 | 634,3 | |
| Ierland | 15 | 160,5 | |
| Italië | 157 | 328,9 | |
| Kroatië | 22 | 193,6 | |
| Letland | 0 | 0,0 | |
| Litouwen | 6 | 5,1 | |
| Luxemburg | 39 | 55,8 | |
| Malta | 56 | 207,1 | |
| Noorwegen | 4 | 0,4 | |
| Oostenrijk | 36 | 33,9 | |
| Polen | 47 | 306,4 | |
| Portugal | 323 | 1.047,8 | 58,9 |
| Roemenië | 17 | 58,2 | |
| Slovenië | 11 | 18,2 | |
| Slowakije | 4 | 13,4 | |
| Spanje | 1.246 | 4.323,8 | 43,3 |
| Tsjechië | 33 | 90,8 | |
| Zweden | 37 | 86,4 | |
| Zwitserland | 134 | 653,5 | |
| **Totaal** | **11.289** | **36.611,1** | **475,8** |

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

Circa twee derde van de zorgkosten in Nederland voor verdragsgerechtigden wordt gerealiseerd door verdragsgerechtigden uit België en Duitsland. Voor veel van deze verdragsgerechtigden is er door de relatief geringe reisafstand geen of minder belemmering om de zorg in Nederland in te roepen. Bij de gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden komen, na Duitsland en België, relatief veel verdragsgerechtigden uit Spanje (1.246 personen) en Frankrijk (1.035 personen) naar Nederland voor zorg.

## 8.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden

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

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

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

*Tabel 8.7 Meerjarig overzicht kosten grensoverschrijdende zorg Zvw-verzekerden[25] (bronnen: Zorginstituut Nederland en het CAK)*

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|
| Zvw-polis | 254,1 | 181,2 | 172,7 |
| Verordening of verdrag | 177,0 | 155,5 | 86,4 |
| **Totaal (x € 1 mln.)** | **431,1** | **336,7** | **259,1** |

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:
- In 2021 is er sprake van een daling van € 77,6 miljoen ten opzichte van 2020.
- Zoals blijkt uit de tabel is er over de jaren heen sprake van fluctuaties in de kosten van grensoverschrijdende Zvw-zorg. De fluctuaties doen zich doorgaans vooral voor in de kosten die lopen via verordening of verdrag. Deze fluctuaties laten zich moeilijk verklaren, doordat zij afhankelijk zijn van verschillende factoren. Uit het voorgaande blijkt dat de fluctuaties kunnen worden veroorzaakt door de wijze van rapporteren door het CAK (kasbasis). Het declaratieproces vanuit het buitenland kent lange termijnen en soms is er sprake van bulkindiening of bulkafhandeling. Daardoor kunnen de rapportages (en ook de ramingen) een vertekend beeld geven. Fluctuaties kunnen daarnaast worden veroorzaakt door een toe- of afname in het grensoverschrijdend personenverkeer (bijvoorbeeld het aantal buitenlandvakanties, internationale arbeidsmobiliteit of de vraag naar zorg in het buitenland).
- In 2021 heeft echter ook een sterke daling plaatsgevonden bij kosten voor grensoverschrijdende zorg op grond van de Zvw. Dit is veroorzaakt door de reisrestricties die in 2021 grotendeels van toepassing waren door de uitbraak van SARS-COV-2 / COVID-19.

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

## 8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg

Zoals hiervoor is aangegeven kunnen Zvw-verzekerden gebruik maken van twee verschillende routes voor vergoeding van zorg in het buitenland: de Verordening of de Zvw-polis. Het naast elkaar bestaan van twee verschillende routes maakt het voor de verzekerde ingewikkeld. Goede voorlichting is daarom van belang. Het CAK is op grond van de Patiëntenrichtlijn en artikel 69b van de Zorgverzekeringswet aangewezen als het nationaal contactpunt voor grensoverschrijdende zorg (hierna: NCP). Het NCP verstrekt op de website www.cbhc.nl algemene informatie aan verzekerden over hun rechten en plichten bij grensoverschrijdende zorg binnen de EU. De website had in 2021 35.808 views door bijna 9.000 bezoekers. Bijna twee derde van de bezoekers kwam uit Nederland.

In Tabel 8.8 is te zien dat in het jaar 2021 in totaal 500 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. De tabel geeft ook inzicht in het onderwerp van de vragen. 371 verzoeken waren niet voor het NCP bestemd. Het NCP heeft in 95% van de gevallen de vragen binnen de maximale responstijd van vijf werkdagen beantwoord.

*Tabel 8.8 Aantal verzoeken NCP (bron: CAK)*

| Aantal verzoeken aan het NCP | | | |
|---|---|---|---|
| | **2019** | **2020** | **2021** |
| Inkomende patiënten | | | |
| *Kosten behandeling* | 15 | 17 | 6 |
| *Zorglandschap* | 12 | 3 | 5 |
| *Gebruik EHIC* | 55 | 81 | 59 |
| *Kwaliteit van zorg* | 0 | 0 | 0 |
| *Patiëntenrechten* | 13 | 12 | 2 |
| *Algemeen* | 28 | 43 | 36 |
| Uitgaande patiënten | | | |
| *Vergoeding van kosten* | 10 | 6 | 3 |
| *Toestemmingsvraag* | 7 | 7 | 3 |
| *Gebruik EHIC* | 1 | 1 | 1 |
| *Zorgvraag* | 3 | 3 | 2 |
| *Algemeen* | 4 | 6 | 2 |
| *Overig*[26] | **22** | **37** | **10** |
| NCP - Niet voor NCP[27] | **100** | **172** | **371**[28] |
| **Totaal** | **270** | **388** | **500** |

[26] Vragen die onder 'overig' zijn geregistreerd betreffen voornamelijk vragen over wet- en regelgeving en vragen uit andere Europese lidstaten.
[27] 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.
[28] De vragen die niet voor het NCP waren bestemd gingen vooral over de Wmo en de Regeling buitenland. Ondanks een duidelijke verwijzing naar de website van het CAK op het contactformulier, ontving het NCP veel vragen.