



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

VWS-Verzekerdenmonitor 2024

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

Den Haag, 2024

Inhoud

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen	5
HOOFDSTUK 2. REGELING BETALINGSACHTERSTAND ZORGPREMIE (VOORHEEN: WANBETALERSREGELING)	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Uitvoering van de regeling betalingsachterstand zorgpremie	8
2.3 Cijfermatige aspecten van de regeling betalingsachterstand zorgpremie	9
2.4 Bijdrage voor zorgverzekeraars	16
2.5 Uitvoeringskosten	17
HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz	18
3.3 Verloop van het aantal onverzekerden	19
3.4 Uitvoeringskosten onverzekerdenregeling	20
HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING DOOR SKGZ ZORGVERZEKERINGSLIJN	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Activiteiten 2023	21
4.3 Samenwerking met gemeenten	23
HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN	24
5.1 Inleiding	24
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden	24
5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden	25
5.4 Uitvoeringskosten	25
HOOFDSTUK 6. ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN (OVV REGELING)	26
6.1 Inleiding	26
6.2 De wettelijke bijdrageregeling	26
6.3 Uitvoering van de regeling	27
6.4 De zorgkosten van de bijdrageregeling	27
6.5 Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen	28
HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN	29
7.1 Inleiding	29
7.2 De uitvoering en zorgkosten van de subsidieregeling	30

HOOFDSTUK 8. INTERNATIONALE ASPECTEN	32
8.1 Inleiding	32
8.2 Verdragsgerechtigden	32
8.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland	33
8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden	33
8.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden.....	33
8.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	37
8.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden.....	39
8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg door het NCP.....	40

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 en het eigen risico. 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

	2021	2022	2023
Totaal aantal Zvw-verzekerden	17.448.000	17.498.000	17.683.000
Zvw-verzekerden boven de 18 jaar	14.161.000	14.260.000	14.409.000
Betaalde nominale premie	20,8 mld	21,6 mld	23,8 mld
Betaald eigen risico	3,1 mld	3,2 mld	3,3 mld
Geïnde inkomensafhankelijke bijdrage	27,3 mld	27,9 mld	30,1 mld

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

1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

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

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

Iedereen die Wlz-verzekerd is, is in principe verzekeringsplichtig voor de Zvw. Hierop gelden twee uitzonderingen, namelijk voor militairen in werkelijke dienst en voor gemoedsbezwaarden¹. 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 (voorheen ook wel bekend als 'wanbetalers').

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

Groep	2021	2022	2023
Verzekerden in de regeling betalingsachterstand zorgpremie	170.221	170.541	178.916
Onverzekerde verzekeringsplichtigen	23.876	25.024	28.584
Gemoedsbezwaarden	12.041	12.185	12.483
Verdragsgerechtigden	124.586	125.375	122.890

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

HOOFDSTUK 2. REGELING BETALINGSACHTERSTAND ZORGPREMIE (VOORHEEN: WANBETALERSREGELING)

Kort: Zorgverzekeraars kunnen verzekerden met een betalingsachterstand van zes of meer maanden zorgpremie aanmelden bij het CAK voor het bestuursrechtelijke premieregime (regeling betalingsachterstand zorgpremie), voorheen ook wel bekend als de wanbetalersregeling. Het CAK legt in dat geval een bestuursrechtelijke premie op en int deze. Zo blijven verzekerden met een betalingsachterstand 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 verzekerden met een betalingsachterstand zorgpremie 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 deze personen worden de zorgverzekeraars gecompenseerd zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt. Daarnaast is met de Wet verzwaren incassoregime² een wettelijk verbod ingevoerd op het opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand.

Na 2007 is de Zvw aangevuld met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, die in 2009 in werking is getreden³ ofwel voorheen de 'wanbetalersregeling' en heden de 'regeling betalingsachterstand zorgpremie'. Met deze wet is Afdeling 3.3.2 (artikelen 18a tot en met 18g) aan de Zvw toegevoegd. Deze regeling 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 voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie bij het CAK. Het CAK legt de verzekerde in deze regeling een bestuursrechtelijke premie op en int deze.

In 2011 heeft een eerste evaluatie plaatsgevonden van de uitvoering van deze regeling. 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 verzekerden met betalingsachterstanden voor de zorgverzekering verder terugdringen. Naast de verlaging van de premie (van 130% van de standaardpremie naar 125% van de gemiddelde nominale premie in 2016⁴ en 120% per 2019), maakte deze wet het onder andere mogelijk dat een verzekerde zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener uit de regeling betalingsachterstand zorgpremie 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. Per 1 juli 2024 is de premie verlaagd naar 110% van de gemiddelde premie⁵. Aanleiding hiervoor was een evaluatie door adviesbureau AEF⁶ waarin de motiverende werking van de bestuursrechtelijke premie om de betalingsachterstand in te lopen, wordt betwist.

² Stb. 2007, 540

³ Stb. 2009, 356

⁴ Stcrt 2016, 19.623

⁵ Stcrt 2024, 17.348

⁶ Kamerstukken II 2023–2024, 33 077, nr. 26

Ook is in 2024 besloten de naam van de regeling (wanbetalersregeling) aan te passen naar regeling betalingsachterstand zorgpremie. De term wanbetaler slaat op de persoon en kan mogelijk stigmatiserend werken. Met de nieuwe neutralere naam, wordt er naar de feitelijke situatie zoals die is verwezen.

2.2 Uitvoering van de regeling betalingsachterstand zorgpremie

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 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 verzekerde met een betalingsachterstand voor de zorgpremie 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 betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het CAK. De zorgverzekeraar ontvangt voor het verzekerd houden van deze verzekerde een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ter hoogte van de standaardpremie. Deze bijdrage 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 bijdrage zijn opgenomen in artikel 6.5.4 van de regeling zorgverzekering. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hier op toe. De bijdrage wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds en voorkomt dat zorgverzekeraars verzekerden met betalingsachterstanden voor de zorgpremie 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 Zorgverzekeringwet" van 16 maart 2011.

Na de aanmelding als verzekerde in de regeling betalingsachterstand zorgpremie betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een bestuursrechtelijke premie aan het CAK. Het CAK heft en int de bestuursrechtelijke premie. Indien mogelijk wordt de inning gedaan door bronheffing, waarbij het CAK aan gemeenten, uitkerings- en pensioeninstanties en werkgevers (de zogenaamde broninhouders) meedeelt welk bedrag op uitkering, pensioen of salaris dient te worden ingehouden. Indien er geen inkomen is, dan wel niet het gehele bedrag aan bestuursrechtelijke premie kan worden ingehouden, draagt het CAK zorg voor de overdracht van de inning aan het Centraal Justitieel Incassobureau (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 maandelijks bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) of de verzekerde met een betalingsachterstand voor de zorgpremie wederom een bron van inkomen heeft, zodat bronheffing in plaats van incasso kan plaatsvinden.

Het CAK heft en int de bestuursrechtelijke premie totdat alle schulden bij de zorgverzekeraar zijn voldaan, er al dan niet door tussenkomst van een schuldhulpverlener een afbetalingsregeling is getroffen, een stabilisatieovereenkomst is overeengekomen of indien er een wettelijk of minnelijk schuldtraject loopt en de nominale premie aan de zorgverzekeraar wordt betaald. De mogelijkheid om uit het bestuursrechtelijk regime te stromen met een afbetalingsregeling die zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener tot stand is gekomen, bestaat sinds 1 juli 2016. Dit is opgenomen in de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen. Deze wet biedt tevens de grondslag om met een ministeriële regeling groepen aan te wijzen die direct uit kunnen stromen. Bij ministeriële regeling is dit mogelijk gemaakt voor verzekerden met een bijstandsuitkering op 8 juli 2016⁷ en voor wanbetalers die onder bewind staan per 1 juli 2019⁸.

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

Jaar	Maatregel
2009	Start wanbetalersregeling; Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering.
2013	Invoering omleiding zorgtoeslag van de Belastingdienst naar het CJIB.
2016	Wet verbetering wanbetalersmaatregelen; o.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Uitstroom bij betalingsregeling zonder tussenkomst schuldhulp • Verlaging bestuursrechtelijke premie naar 125% van gemiddelde nominale premie • Mogelijkheid om groepen aan te wijzen die onder voorwaarden kunnen uitstromen
2016	Uitstroomregeling voor bijstandsgerechtigde wanbetalers treedt in werking.
2018	Eindafrekening bestuursrechtelijke premie wordt afgeschaft.
2019	Opslag is verlaagd naar 20%.
2019	Uitstroomregeling voor wanbetalers die onder bewind staan, treedt in werking.
2024	Naamswijziging regeling van wanbetalersregeling naar regeling betalingsachterstand zorgpremie
2024	Opslag is verlaagd naar 10% (per 1 juli)

2.3 Cijfermatige aspecten van de regeling betalingsachterstand zorgpremie

In deze paragraaf worden de cijfermatige aspecten van de regeling betalingsachterstand zorgpremie 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 het voortraject (< zes maanden betalingsachterstand)

Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven

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

	2021	2022	2023
Tweedemaandsbrieven	351.843	401.520	451.220
Vierdemaandsbrieven	88.633	101.130	112.441
Zes maanden: aanmelding bestuursrechtelijk premiereregime	138.242	136.877	150.533

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.

⁷ Stcrt 2016, 36968

⁸ Stcrt 2019, 34671

Opvallend is dat de aantallen verstuurd tweedemaandsbrieven en vierdemaandsbrieven in 2023 zijn toegenomen. Dit komt doordat er relatief een sterke toename is van het aantal burgers dat blijft "hangen" tussen de 2 en 4 maanden achterstand. Hierdoor ontvangen sommige verzekerden binnen één jaar meerdere 2 en 4 maandsbrieven.

Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraar

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

Verzekerden met betalingsachterstand van:	2021	2022	2023
2-4 maandpremies	92.519	98.731	105.364
4-6 maandpremies	82.091	82.789	87.679
van 6 of meer maandpremies	228.822	223.218	226.896
Totaal aantal betalingsachterstanden	403.432	404.738	419.939

Tabel 2.2 geeft informatie over het gemiddeld aantal verzekerden met een betalingsachterstand. Het betreft hier automatisch gegenereerde informatie cijfers van zorgverzekeraars. De ontwikkelingen komen overeen met de ontwikkelingen, zoals beschreven bij tabel 2.1.

Aantal debiteuren met een betalingsregeling of een stabilisatieovereenkomst

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

	Intern	Extern	Stabilisatie
2021	180.583	93.883	6.615
2022	190.266	83.242	5.573
2023	204.240	82.759	5.768

In tabel 2.3 is het aantal lopende betalingsregelingen (intern (verzekeraar) 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 zorgpremieschuld in zit. Betalingsregelingen bij de externe incassopartner hebben zowel betrekking op de buitengerechtigde- als de gerechtigde fase. Een stabilisatieovereenkomst is een schuldhelpinstrument 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 verzekerde met een betalingsachterstand zorgpremie 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 zelf betalingsregelingen aanbieden. Dit hangt samen met de daling van het aantal verzekerden met een betalingsachterstand zorgpremie de afgelopen jaren, doordat verzekerden die een betalingsregeling treffen direct worden opgeschort voor het bestuursrechtelijk premieregime.

2.3.2 Gegevens over het aantal verzekerden in het bestuursrechtelijk premieregime

Totaal aantal verzekerden dat bestuursrechtelijke premie betaalt

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

Per ultimo	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal	312.037	277.023	249.044	223.714	202.702	189.652	170.221	170.541	178.916
Instroom	118.489	133.283	184.177	200.273	187.803	174.963	138.242	136.877	150.533
Uitstroom	130.656	166.437	206.792	225.603	208.815	188.013	157.673	136.557	142.158

Het aantal verzekerden die de bestuursrechtelijke premie betalen is eind 2023 na een lange periode van daling weer wat toegenomen tot circa 179.000. Deze groep van 179.000 verzekerden

heeft vaak te maken met bredere schuldenproblematiek en vraagt om passende en vasthoudende schuldhulpverlening.

Tabel 2.5 Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime (bron: CAK)

	2021	2022	2023
Schuld voldaan	20.592	17.898	18.290
Niet meer verzekeringsplichtig	14.868	12.123	14.256
Stabilisatieovereenkomst	10.941	9.496	8.778
Minnelijke schuldhulpverlening	2.308	1.842	1.579
WSNP	656	567	529
Niet meer premieplichtig	1.099	1.130	1.090
Overleden	1.200	1.143	1.138
Overlijden verzekeringnemer	57	67	43
Betalingsregeling	105.952	92.291	96.455
Aanmelding ingetrokken	5.877	5.436	5.458

In tabel 2.5 zijn de redenen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime nader gespecificeerd. In 2023 is de belangrijkste oorzaak van uitstroom het doorlopen van een betalingsregeling; circa 96.000 mensen zijn met een betalingsregeling uitgestroomd. Dit aantal is iets toegenomen ten opzichte van 2022, maar afgenomen ten opzichte van de jaren daarvoor. Dit komt doordat de instroom in het bestuursrechtelijke premieregime de afgelopen jaren lager is geworden en het steeds lastiger wordt om verzekerden hier uit te laten stromen door alleen het aanbieden van een betalingsregeling. Vaak is schuldhulpverlening nodig vanwege bredere schuldenproblematiek.

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

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premieregime

Tabel 2.6 Aantal maanden verzekerd met een betalingsachterstand zorgpremie (bron: CAK) ⁹

Aantal maanden	2021	2022	2023
0 - 12	39.863	45.735	52.615
13 - 24	29.820	25.772	29.426
>24	100.538	99.034	96.875
Totaal	170.221	170.541	178.916

Tabel 2.6 geeft het aantal verzekerden in de regeling weer dat gedurende een bepaalde periode in het bestuursrechtelijk regime verblijft. De tabel laat een stijging zien van het aantal mensen dat tot 12 maanden en tussen de 13 en 24 maanden in de regeling zit. Een daling is te zien bij het aantal verzekerden dat langer dan 24 maanden in de regeling zit. Dit kan mede te maken hebben met de inspanningen van gemeenten die steeds vaker op basis van de lijst van het CAK, contact opnemen met deze verzekerden.

⁹ De aantallen kunnen afwijken door het moment waarop in de administratie wordt gekeken, deze is dagelijks in beweging door aan- en afmeldingen.

Hernieuwde aanmeldingen

Tabel 2.7 Heraanmeldingen (recidive) (bron: CAK)

Heraanmeldingen op 31 december	2021	2022	2023
Voor een tweede keer aangemeld	183.678	192.882	202.529
Voor een derde keer aangemeld	44.488	49.310	54.212
Voor een vierde keer aangemeld	8.853	10.457	12.262
Voor een vijfde keer aangemeld	1.726	2.120	2.630

Tabel 2.7 laat het aantal hernieuwde aanmeldingen zien. Het gaat hier om cumulatieve aantallen vanaf de start van de regeling 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 verzekerden met een betalingsachterstand zorgpremie sinds de zomer 2021 "relatief" stabiel is (tussen de 170.000 en 180.000), kan gesproken worden over een 'harde kern' van ca 100.000 verzekerden (tabel 2.6, langer dan 2 jaar in de regeling) waar veel inspanningen gepleegd moeten worden om hen te helpen.

Openstaande schuld bij zorgverzekeraar van verzekerden in bestuursrechtelijk premieregime

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

Schuldhoogte bij zorgverzekeraar: gemiddeld aantal verzekerden in de regeling	2021	2022	2023
< € 250	15.733	13.235	12.722
€ 250 - € 750	22.913	20.301	19.294
> € 750	131.244	133.170	137.177

In tabel 2.8 staat, onderverdeeld in drie klassen, het aantal verzekerden in het bestuursrechtelijk regime met een nog openstaande schuld bij zorgverzekeraars. De cijfers vormen een indicatie van de mate waarin inspanningen worden verricht om de schuld terug te brengen én geven een beeld van het aantal verzekerden 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 het aantal verzekerden met een schuld tot € 750 af. Het aantal verzekerden met een schuld van meer dan € 750,- is daarentegen toegenomen.

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	2023	2024
Gem. pr.	107	92	97	102	108	109	115	118	123	127	138	146
Best. pr.	160	144	153	159	134	137	139	142	148	152	166	161

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. Per 1 juli 2024 is de bestuursrechtelijke premie verder verlaagd naar 110% van de gemiddelde nominale premie.

Opgelegde bestuursrechtelijke premie

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

X € 1000	2009 tm 2021	2022	2023	Totaal
Te incasseren premies	5.334.575	303.195	334.741	5.972.511
Netto betaald	3.213.006	385.470	349.515	3.947.991
Afgeboekt	845.708	164.308	86.030	1.010.016
Naar eindafrekening	514.093	0	0	514.093
In betalingsregeling	2.462	0	0	2.462
Openstaande premie	759.305	-246.583	-14.773	497.949

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 2023 opgelegde bestuursrechtelijke premie voor een groot deel pas in de daaropvolgende jaren wordt betaald.

De openstaande bestuursrechtelijke premie van € 498 miljoen betreft de totale openstaande premie bij het CAK per ultimo 2023.

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)

	2021	2022	2023
Aantal	31.358	21.340	20.848

In tabel 2.11 is het aantal verzekerden opgenomen waarvan het nog nooit is gelukt bestuursrechtelijke premie te innen, noch via bronheffing, noch via incassoactiviteiten. Dit betekent dat deze verzekerden 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 verzekerden met een betalingsachterstand zorgpremie

Om meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep verzekerden met een betalingsachterstand zorgpremie 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 groep 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 2023 voor 166.070 van deze groep achtergrondkenmerken¹⁰ verzameld.

¹⁰ Zie voor alle overzichten: CBS Statline

Totale groep verzekerden in de regeling betalingsachterstand zorgpremie naar leeftijd

Tabel 2.12 Verzekerden naar leeftijd (bron: CBS)

leeftijd	2021	2022	2023	2023*
18 - 20	1.490	1.690	1.680	0,4%
20 - 25	17.720	18.000	19.400	1,6%
25 - 30	21.980	21.840	23.620	2,0%
30 - 35	23.170	22.980	23.990	2,0%
35 - 40	21.130	20.780	22.180	2,0%
40 - 45	17.710	17.570	18.670	1,7%
45 - 50	15.710	14.730	14.970	1,4%
50 - 55	15.420	14.650	14.530	1,2%
55 - 60	11.670	11.070	11.070	0,9%
60 - 65	7.740	7.570	7.630	0,6%
65 - 70	4.080	4.110	4.150	0,4%
70 - 75	2.420	2.250	2.300	0,2%
75 - 80	1.010	1.130	1.190	0,1%
> 80	650	630	680	0,1%
Totaal	161.900	158.980	166.070	1,1%

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

In tabel 2.12 is de groep ingedeeld naar leeftijdscategorie. Uit deze tabel blijkt dat relatief de grootste aantal verzekerden met een betalingsachterstand zorgpremie in de leeftijdscategorie 30-35 jaar vallen. Het aantal verzekerden is in vrijwel alle leeftijdscategorieën redelijk stabiel gebleven.

Herkomst totale groep verzekerden met een betalingsachterstand zorgpremie

Tabel 2.13 Herkomst totale groep verzekerden met een betalingsachterstand zorgpremie (bron: CBS)

Herkomst	2021	2022	2023
Nederlandse achtergrond	77.050	72.960	73.660
Migratieachtergrond	84.850	86.000	92.410
Totaal	161.900	158.980	166.070

* percentage ten opzichte van de totale populatie.

Tabel 2.13 laat zien dat van de groep met een migratieachtergrond het percentage verzekerden in de regeling (3,1%) hoger is dan van de groep met een Nederlandse achtergrond (0,7%). Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met de sociaal economische positie van mensen met een migratieachtergrond.

Top 20 gemeenten

Tabel 2.14 Top 20 gemeenten met het hoogste aantal verzekerden in de regeling op 31 december 2023

	Gemeente	2021	2022	2023	% Δ
1	Rotterdam	16.110	15.740	16.120	2,4%
2	Amsterdam	12.710	12.660	13.480	6,5%
3	's-Gravenhage	11.220	11.040	11.580	4,9%
4	Almere	3.250	3.130	3.230	3,2%
5	Utrecht	2.990	2.870	3.030	5,6%
6	Tilburg	2.470	2.510	2.720	8,4%
7	Arnhem	2.510	2.450	2.490	1,6%
8	Eindhoven	2.420	2.380	2.480	4,2%
9	Groningen	2.240	2.220	2.280	2,7%
10	Zaanstad	1.940	1.960	2.110	7,7%
11	Enschede	2.080	1.980	1.930	-2,5%
12	Dordrecht	1.780	1.700	1.830	7,6%
13	Breda	1.730	1.780	1.820	2,2%
14	Heerlen	1.770	1.730	1.790	3,5%
15	Schiedam	1.590	1.580	1.740	10,1%
16	Nijmegen	1.550	1.580	1.670	5,7%
17	Leeuwarden	1.620	1.590	1.570	-1,3%
18	Zoetermeer	1.430	1.440	1.500	4,2%
19	Apeldoorn	1.530	1.440	1.450	0,7%
20	Lelystad	1.500	1.460	1.420	-2,7%

Tabel 2.14 geeft de top 20 gemeenten met het hoogste aantal verzekerden in de regeling betalingsachterstand zorgpremie op 31 december 2023.

Tabel 2.15 Verzekerden met zorgtoeslag (bron: CBS)

	2021	2022	2023
Aantal Nederlanders met zorgtoeslag	4.446.800	4.440.560	4.650.650
Percentage dat zorgtoeslag ontvangt	31,1%	30,6%	31,8%
Aantal verzekerden in de regeling met zorgtoeslag	101.130	98.870	105.640
Percentage van groep verzekerden in de regeling	62,5%	62,2%	63,6%

Indien de bestuursrechtelijke premie niet door middel van broninhouding geïnd kan worden, wordt vanaf 2013 de eventuele zorgtoeslag van verzekerden in de regeling 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 verzekerden in de regeling 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).

Naar soort uitkering

Tabel 2.16 Aantal verzekerden in de regeling naar soort uitkering op 31 december (bron: CBS)*

	2020	2021	2022
Totaal aantal verzekerden in de regeling	174.720	161.900	158.980
Persoon met een arbeidsongesch.uitk.	17.080	16.100	15.660
Persoon met een bijstandsuitkering	31.290	26.910	22.250
Persoon met een werkloosheidsuitkering	8.180	4.890	4.140
Persoon met een IOAW- of IOAZ-uitkering	660	500	380
Persoon met ANW-uitkering	400	350	370
Persoon met Ziektewet-uitkering	5.800	5.430	3.750
Persoon met WSW-dienstverband	650	550	520
Persoon met AOW-uitkering	7.090	6.610	6.260

* Personen met meerdere uitkeringen worden meerdere keren meegeteld

In tabel 2.16 is de groep verzekerden in de regeling betalingsachterstand zorgpremie 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. Dit aantal is gedaald in lijn met de totale daling.

Naar inkomensgroep

Tabel 2.17 Verzekerden in de regeling betalingsachterstand zorgpremie naar inkomensgroep op 31 december (bron: CBS)

Inkomensgroep	2019	2020	2021	Totaal NL 2021
Totaal	190.250	174.720	161.900	14.290.350
< € 10.000	16.730	15.080	12.690	360.630
€ 10.000 tot € 20.000	79.470	68.100	54.600	1.612.080
€ 20.000 tot € 30.000	55.760	51.490	49.420	3.586.890
€ 30.000 tot € 40.000	23.740	24.090	25.940	3.613.790
€ 40.000 tot € 50.000	6.910	7.640	9.270	2.542.990
> € 50.000	2.990	3.380	3.810	2.455.030
Onbekend	4.640	4.930	6.160	118.940

In tabel 2.17 is de groep verzekerden in de regeling 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 2022 en 2023 zijn nog niet beschikbaar.

2.4 Bijdrage voor zorgverzekeraars

Tabel 2.18 Betaalde bijdrage aan zorgverzekeraars (bron: CAK)

	2021	2022	2023
x € 1000	301.134	298.228	329.530

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 verzekerden in de regeling betalingsachterstand zorgpremie.

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 2023 circa € 330 miljoen ontvangen voor de verzekerden 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	2021	2022	2023
CAK	14.702	13.883	14.578
CJIB	7.445	6.271	6.987
Totale uitvoeringskosten	22.147	20.154	21.565

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 zorgverzekering¹¹ (hierna: Wet Ovoz) in werking getreden. De Wet Ovoz heeft tot doel om het aantal onverzekerden terug te dringen. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekering hebben. Verzekeringsplichtigen die nalaten een zorgverzekering te sluiten, zijn onverzekerd. De regering is van mening dat het ongewenst is dat er een situatie bestaat waarbij een aanzienlijk deel van de verzekeringsplichtigen zich kan onttrekken aan de verzekeringsplicht. In de eerste plaats gaat het natuurlijk om de onverzekerden zelf. Ook de onverzekerde die denkt dat hij geen verzekering nodig heeft, kan geconfronteerd worden met een ernstige ziekte of een ongeval. En meestal zal deze onverzekerde niet in staat zijn de kosten van die zorg zelf te betalen. Het is juist de door de verzekering geboden bescherming die bewerkstelligt dat de negatieve, financiële gevolgen van dergelijke gebeurtenissen, beperkt blijven. Ten tweede speelt hierbij niet alleen het persoonlijk belang van de onverzekerden, maar ook het belang van het sociale verzekeringssysteem. Gezien vanuit het verzekeringstelsel is het ongewenst dat er inbreuk wordt gemaakt op de daaraan ten grondslag liggende solidariteit. Daarin is meedoen, ook wanneer je het niet nodig hebt, de leidende gedachte. Ten slotte geldt dat onverzekerd zijn mogelijk gevolgen heeft voor de volksgezondheid, omdat onverzekerden zorg zouden kunnen mijden en daarmee in sommige gevallen anderen in gevaar brengen. Daardoor zou de gezondheidszorg met onnodige kosten kunnen worden opgezaald.

3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz

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

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

1. Aanschrijving door het CAK: Een onverzekerde die door middel van bestandsvergelijking is opgespoord, krijgt eerst een brief van het CAK. Daarin wordt hij gewezen op het feit dat hij is 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.

¹¹ Stb. 2011, 111.

De hoogte van de boete bedroeg in 2024 € 496,74. 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 110% van de standaardpremie (in 2024: € 160,60 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, wordt deze omgezet naar 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)

	2021	2022	2023
Aangeschreven	60.608	69.471	77.365
Einde onverzekerd	56.992	68.323	73.805
Stand actief onverzekerden	23.876	25.024	28.584

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. Het valt op dat het totaal aantal actief onverzekerden de afgelopen jaren is toegenomen. Dit wordt veroorzaakt door weer een toename van het aantal buitenlandse studenten en arbeidsmigranten na de Corona periode, en een toename van het aantal statushouders die zich nog op de AZC-terreinen begeven.

Redenen uitschrijving verzekering maart 2011 tot en met 2023

Tabel 3.2 De totalen van maart 2011 tot en met 2023 (bron: CAK)

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	494.025
Ambtshalve verzekerd	51.846
Niet (meer) Wlz-verzekerd	376.599
Overig (bijv. overlijden)	6.903
Totaal	929.373

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 2023 zijn

929.373 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste gedeelte hiervan heeft vervolgens actie ondernomen door zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (494.025) of door succesvol te betwisten dat zij Wlz-verzekeringsplichtig zijn (376.599).

Boetes en premies

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

Baten en lasten onverzekerden x € 1 mln	2021	2022	2023
Baten			
Boetes opgelegd aan onverzekerden	9,8	10,5	13,6
Premie opgelegd aan ambtshalve verzekerden	5,3	6,0	7,0
Totale baten	15,1	16,5	20,6
Lasten			
Te betalen premie (compensatie) aan zorgverzekeraars	5,4	6,0	6,9
Dotatie aan voorziening oninbaar onverzekerden	10,7	12,0	12,8
Totale lasten	16,1	18,0	19,7
Saldo baten en lasten	-1,0	-1,5	0,9

In 2023 heeft het CAK via het CJIB voor € 13,6 miljoen aan boetes en € 7 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	2021	2022	2023
CAK	5.310	4.469	4.632
CJIB	856	882	1.088
SVB	5.641	5.858	7.067
Totale uitvoeringskosten	11.807	11.209	12.787

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING DOOR SKGZ ZORGVERZEKERINGSLIJN

4.1 Inleiding

Zorgverzekeringslijn is een initiatief van het ministerie van VWS en onderdeel van (Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)). Vanuit haar rol als expertisecentrum biedt Zorgverzekeringslijn voorlichting door middel van een uitgebreid gratis scholingsaanbod. Dit scholingsaanbod is gericht op het voorkomen en het oplossen van financiële zorgverzekeringsproblemen en bestaat uit een breed scala aan diensten. Denk daarbij aan (online) trainingen, e-learnings, flyers en gastlessen. Daarnaast geeft Zorgverzekeringslijn via haar website en vraagbaakfunctie laagdrempelig onafhankelijk advies en praktische tips aan hulpverleners en burgers.

De voorlichting van Zorgverzekeringslijn richt zich op relevante thema's binnen het solidaire zorgstelsel, waaronder de toegang tot vergoeding van zorg. Belangrijk onderwerp binnen dit thema is de verzekeringsplicht voor verzekeringsplichtigen. De voorlichting ziet op het voorkomen en oplossen van onverzekerde, alsmede het voorkomen en oplossen van de financiële zorgverzekeringsproblemen die door onverzekerde kunnen ontstaan. In dit kader is ook aandacht voor de verschillende (subsidie-)regelingen die voorzien in de vergoeding van zorg voor onverzekerden, zoals de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV), de regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV), en de doorverwijzingen naar de regelingen van het ministerie van Justitie en Veiligheid; de Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA) en de Regeling Medische zorg Ontheemden uit Oekraïne (RMO).

Naast de verzekeringsplicht vormt de premieplicht een belangrijke voorwaarde voor het functioneren van het Nederlandse solidaire stelsel. De voorlichting binnen het thema geldzorgen en de zorgverzekering gaat in op het signaleren, voorkomen en oplossen van financiële zorgverzekeringsproblemen. Hierin is onder andere aandacht voor de werking van de regeling betalingsachterstand zorgpremie, het gebruik van de CAK-lijsten door gemeenten en effecten van (zorgverzekerings-)schulden op het zorgstelsel.

Door middel van deze voorlichting versterkt Zorgverzekeringslijn de interventie- en preventiekracht van hulpverleners in het sociale domein. Ook draagt het bij aan de versterking van de zelfregie van burgers en hulpverleners, zodat zij beter in staat zijn om (financiële) zorgverzekeringsproblemen te herkennen, te voorkomen en op te lossen. Daarmee draagt Zorgverzekeringslijn bij aan een betere toegang tot zorg voor iedereen.

Het belang van voorlichting neemt steeds meer toe. Zorgverzekeringslijn ziet dat het helpt om zo problemen te voorkomen. Zorgverzekeringslijn zet daarbij in op het versterken van zelfregie door consumenten én op de preventie- en interventiekracht van hulpverleners en andere professionals. De onafhankelijke effectmeting door [KWINK groep](#) (2023) wijst uit dat deze aanpak werkt.

4.2 Activiteiten 2023

Versterken van interventie- en preventiekracht via voorlichting

Ten aanzien van het versterken van de interventie- en preventiekracht van hulp- en dienstverleners, ziet Zorgverzekeringslijn een blijvende voorkeur richting de online aangeboden activiteiten. Het digitale aanbod is een mooie aanvulling gebleken op het permanente trainingsaanbod en worden nog steeds veelvuldig aangevraagd, waar de trainingen op locatie ook weer voorzichtig in beeld komen.

Versterken interventie- en preventiekracht	2021	2022	2023
Voorlichting	3.308	4.007	3.394
waarvan (online) trainingen	2.816	3.614	3.055
waarvan e-learning	492	393	339
Nieuwsbrief-abonnees	6.375	6.829	7.170
Advies op casusniveau	246	244	173
Aanwezigen congres	275	380	150
	10.204	11.460	10.887

Het bereik kent een kleine piek in 2022 welke toe te schrijven is aan de tijdelijke voorlichting rondom de zorg voor ontheemden uit Oekraïne. 2022 was daarmee een uitzonderlijk jaar. Het bereik in het jaar 2023 is minder hoog dan 2022 maar is ten opzichte van 2021 gestegen.

Scholingsaanbod van uitstekende kwaliteit

Afnemers van de trainingen en e-learnings (het scholingsaanbod) van Zorgverzekeringslijn volgen deze vooral om hun cliënten beter te kunnen ondersteunen. De effectmeting toont aan dat deelnemers van trainingen en/of e-learnings na afloop de opgedane kennis daadwerkelijk in de praktijk toepassen. Deelnemers zijn beter in staat om zorgverzekeringsproblemen te herkennen, problemen vroegtijdig te signaleren en zij weten hoe financiële zorgverzekeringsproblemen kunnen worden aangepakt. Daarnaast blijkt uit de effectmeting dat de trainingen en e-learnings actueel zijn. De inhoud van het aanbod wordt direct aangepast als er ontwikkelingen in het stelsel zijn of als Zorgverzekeringslijn (veel) vragen en/of casussen binnenkrijgt over specifieke onderwerpen.

Ook na afloop van de trainingen en e-clearings is Zorgverzekeringslijn blijven deelnemers Zorgverzekeringslijn vinden met vragen en casuïstiek. Een stijgend aantal abonnees wordt op de hoogte gehouden door de nieuwsbrief.

Versterken van zelfregie

Het voorkomen en oplossen van zorgverzekeringsproblemen vereist specifieke kennis van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel en de wet- en regelgeving daarover. Zorgverzekeringslijn maakt deze kennis toegankelijk door uit te leggen hoe de Zorgverzekeringswet in elkaar zit en welke rechten en plichten (on-)verzekerden hebben. Dat doet Zorgverzekeringslijn onder andere door het aanbieden van financiële educatie in het onderwijs en door het geven van onafhankelijk advies, praktische tips en betrouwbare informatie.

Versterken zelfregie: financiële educatie	2021	2022	2023
Voorlichting	-	-	597
Gastlessen	2.554	3.773	3.032
Digitale module 'Digisterker'	1.185	2.674	3.299
	3.739	6.447	6.928

Versterken zelfregie: vraagbaak	2021	2022	2023
Chat	2.388	3.634	3.061
E-mail	482	696	660
Telefoon	2.760	4.121	3.101
	5.630	8.451	6.919

Het totaal aantal klantcontacten via telefoon, mail en chat is afgenomen ten opzichte van 2022, maar 2022 was vanwege de toestroom van Oekraïense vluchtelingen een uitzonderlijk jaar. Waar in 2022 ongeveer 30% van de vragen betrekking had op de toegang tot zorg voor ontheemden, is dat in 2023 gestabiliseerd op ca. 5%. De verdeling in het gebruik van de beschikbare kanalen is ten opzichte van vorig jaar iets verschoven. Meer mensen zochten telefonisch contact, waarbij de populariteit van de mail licht daalde. Ten opzichte van het jaar 2021 is het contact met ca. 22% toegenomen.

De vraagbaak biedt een laagdrempelig, persoonlijk en begrijpelijk antwoord

Zorgverzekeringslijn fungeert als vraagbaak voor iedereen (consumenten, professionals en vrijwilligers) met een vraag over het zorgverzekeringsstelsel.

Vraagbaak: registratie per onderwerp	2021	2022	2023
Algemene vragen (P0)	1.923	4.297	3.353
Onverzekerde minderjarigen (P1)	68	70	55
Onverzekerde meerderjarigen (P2)	853	803	667
Premieschulden tot 6 maanden (P3)	430	314	281
Verzekerden in de regeling betalingsachterstand zorgpremie (P4)	347	313	357
Verzekeringsplicht (P5)	2.009	2.635	2.197
Totaal	5.630	8.451	6.919

Net als in voorgaande jaren ontving Zorgverzekeringslijn in 2023 relatief veel vragen over de toegang tot een Nederlandse zorgverzekering, oftewel de verzekeringsplicht. Ook vragen over premieschulden nemen toe terwijl het aantal vragen over onverzekerde juist daalt.

In 2023 is gewerkt aan een uniforme registratie voor klachten en vragen binnen alle onderdelen van de SKGZ-organisatie. Dat betekent dat vanaf 2024 een nog beter beeld kan worden gemaakt van de van de onderwerpen die tot knelpunten (kunnen) leiden, nu of in de nabije toekomst. Daarbij wordt een extra dimensie toegevoegd waarbij -naast het onderwerp waarover mensen contact opnemen- ook de doelgroep achter de vragen beter in kaart wordt gebracht. Dit inzicht kan de voorlichting verder verbeteren.

4.3. Samenwerking met gemeenten

In najaar 2023 hebben 85 medewerkers van gemeenten deelgenomen aan vier kennissessies over werken met de CAK-lijst voor verzekerden met een betalingsachterstand zorgpremie. Deze kennissessies werden georganiseerd in samenwerking met het CAK, de gemeenten Haarlem, Amsterdam, Midden-Groningen, Den Haag en de Hogeschool Leiden. Tijdens de sessies deelden de vier gemeenten hun ervaringen met het werken met de CAK-lijst. Waar de gemeente Haarlem gegevens van recente aanmeldingen bij het CAK gebruikt bij de vroegsignalering, gebruiken de gemeenten Midden-Groningen en Den Haag juist gegevens van inwoners die al langdurig in de regeling zitten. De gemeente Amsterdam combineert op hun beurt weer een palet van verschillende aanpakken om uitstroom uit de regeling te bevorderen. De diversiteit van de vier aanpakken, die in de kennissessies gedeeld werden, zorgden ervoor dat de deelnemende gemeenten een beter beeld kregen van de verschillende manieren waarop de lijst succesvol ingezet kan worden om inwoners met schulden in beeld te krijgen.

4.4. Effecten en effectmeting

De voorlichting van Zorgverzekeringslijn wordt beoordeeld met een 8,5 gemiddeld. Minstens zo belangrijk is de vraag of de voorlichting ook helpt. In aanvulling op een eerdere evaluatie naar de relevantie en opportuniteit (2021), heeft Zorgverzekeringslijn de effectiviteit van haar dienstverlening laten onderzoeken. De effectmeting die Zorgverzekeringslijn afgelopen jaar liet doen door het externe onderzoeksbureau KWINK geeft daarop een positief antwoord.

De effectmeting toont aan dat Zorgverzekeringslijn door haar voorlichtingsactiviteiten bijdraagt aan haar ambitie om een bijdrage te leveren aan de toegang tot zorg door het aanpakken van financiële zorgverzekeringsproblemen.

Uit de effectmeting blijkt dat de medewerkers van Zorgverzekeringslijn veel kennis hebben en in staat zijn deze kennis goed over te brengen. Zorgverzekeringslijn denkt mee en biedt concrete en praktische oplossingen. Deze persoonlijke aandacht wordt gewaardeerd. Vooral hulp- en dienstverleners die contact opnemen over specifieke casussen uit hun werkpraktijk, kunnen de opgedane kennis meteen toepassen. Dit stelt ze in staat om problemen te voorkomen en op te lossen.

De effectmeting toont tevens aan dat Zorgverzekeringslijn adequaat doorverwijst naar ketenpartners. Hulpvragers weten beter waar aanvullende hulp kan worden verkregen en zijn na afloop gemotiveerd om – wanneer nodig – opnieuw contact op te nemen. De vraagbaakfunctie draagt daarmee niet alleen bij aan het verstrekken van de zelfregie, maar ook aan de interventie- en preventiekracht van hulpverleners. Ook stakeholders zoals de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland en het CAK zien Zorgverzekeringslijn als het expertisecentrum waar zij met vertrouwen burgers naartoe doorverwijzen.

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)

	2021	2022	2023
Personen	12.041	12.093	12.483
Huishoudens	3.685	3.779	3.912

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, hoewel er in 2023 weer een lichte stijging zichtbaar is. Dat wordt vooral verklaard door het aantal gestarte eigen huishoudens en omdat er relatief veel kinderen geboren zijn.

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

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

Baten en lasten gemoedsbezwaarden	2021	2022	2023
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1-1	36,0	41,3	46,3
Resultatenrekening			
Bijdragevervangende belasting	11,6	12,1	12,7
Verleende vergoedingen voor zorgkosten	-6,3	-7,1	-7,1
Saldo rekeningen voor toevoeging ZVW	41,3	46,3	51,9
Toevoeging ten gunste van het ZVW	0,4	0,3	0,2
Toevoeging aan rekening gemoedsbezwaarden	4,9	4,7	5,4
Totaal resultaatbestemming	5,3	5,0	5,6
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31-12	41,3	46,3	51,9

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 € 0,3 miljoen per jaar.

5.4 Uitvoeringskosten

Tabel 5.3 Uitvoeringskosten gemoedsbezwaarden

Bedragen x € 1.000	2021	2022	2023
CAK	1.114	1.338	1.471

HOOFDSTUK 6. ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN (OVV REGELING)

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 verblijft¹² 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.

¹² 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 opgenomen¹³. 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	2021	2022	2023	% Δ 2022- 2023
Ziekenhuizen	22.978	23.992	27.952	+ 17%
Farmacie	5.382	5.494	6.626	+ 21%
GGZ	8.185	7.562	9.550	+ 26%
Langdurige zorg	2.912	4.693	8.499	+ 81%
Hulpmiddelen	143	202	201	- 0%
Ambulancevervoer	989	1.189	1.625	+ 37%
Eerstelijns				
Huisartsen	1.791	1.577	1.680	+ 7%
Tandartsen	126	176	266	+ 51%
Verloskunde	714	781	839	+ 7%
Kraamzorg	1.282	1.695	2.305	+ 36%
Paramedici	132	138	80	- 42%
GGD'en	2.400	3.941	1.718	- 56%
Totaal	6.445	8.308	6.888	- 17%
Totaal	47.034	51.440	61.341	+ 19%

Tabel 6.1 laat een stijging van de zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen in 2023 zien van circa € 10 mln. ten opzichte van 2022. Een belangrijke oorzaak voor de stijging is algehele stijging van kosten die te zien is in het zorgdomein en de inflatie. Daarnaast zijn de CAK regelingen de laatste jaren steeds bekender geworden in het zorgdomein. Nog een mogelijke algemene oorzaak is het toegenomen aantal asielaanvragen. Wanneer deze worden afgewezen en personen nog wel in Nederland verblijven komen de kosten van zorg ten laste van deze regeling. Er is geen zicht op hoeveel onverzekerbare vreemdelingen in Nederland verblijven.

Een opvallende stijging voor het tweede jaar op rij is de langdurige zorg. Er zijn fors meer onverzekerbare vreemdelingen opgenomen in instellingen. Deze groep wordt ook ouder en hebben (vaker) langdurige zorg nodig. Bovendien is sinds 2021 de Wet langdurige zorg (Wlz) opengesteld voor volwassenen die hun leven lang intensieve ggz nodig hebben, welke ook impact zou kunnen hebben de kosten voor Wlz binnen de OVV.

Verder valt op dat de kosten van het ambulancevervoer zijn toegenomen. Deze stijging kan worden toegeschreven aan het toegenomen aantal verwarde personen op straat. Ook zijn de vervoerders bekender geworden met de regelingen.

Voor hulpmiddelen en tandartsen geldt dat er in de Coronajaren een afvlakking in de kosten te zien was. Veel zorgverleners zoals tandartsen konden in deze jaren voor bepaalde perioden geen mensen helpen. Dit was ook terug te zien in het aantal declaraties van deze zorgaanbieders. Nu er

¹³ <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

al enige tijd geen restricties meer zijn stijgen de kosten weer. Dit is ook te zien bij kraamzorg. De kosten voor zorg door paramedici en GGD'en nemen zijn juist weer afgenomen t.o.v. 2022.

6.5 Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

Tabel 6.2 uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

Bedragen x € 1.000	2021	2022	2023
CAK	1.932	1.535	1.692

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

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 (SOV) 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.¹⁴ 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. Straatdokter, apothekers, huisartsen en andere zorgaanbieders verlenen deze zorg thans 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 gelijkens met die regeling, zij het dat het een andere groep van onverzekerde personen betreft. Deze subsidieregeling is bedoeld als een noodmaatregel (overgangsmaatregel). De huidige wetgeving voorziet niet in financiering van onverzekerde zorg met terugwerkende kracht en een wetswijziging zou geruime tijd vergen. Gelet op de problematiek werd 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.

¹⁴ 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)

	2021	2022	2023 (regulier)	2023 (Oekraïne)	2023 (regulier + OEK)
Farmacie	€ 679.839	€ 1.301.479	€ 1.959.516	€ 1.549.693	€ 3.509.209
GGZ	€ 20.438.366	€ 12.437.552	€ 27.374.952	€ 1.204.567	€ 28.579.519
Huisartsenzorg	€ 33.850	€ 175.242	€ 383.837	€ 243.917	€ 627.754
Overige zorg	€ 0	€ 22.652	€ 25.492	€ 56.727	€ 82.219
Hulpmiddelen	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Eerstelijnsverblijf	€ 133.296	€ 393.629	€ 615.884	€ 5.726	€ 621.610
Verloskundige zorg	€ 9.873	€ 40.694	€ 143.573	€ 85.120	€ 228.693
Wijkverpleging	€ 46.021	€ 76.270	€ 301.099	€ 3.420.393	€ 3.721.492
Ziekenhuizen	€ 23.110.206	€ 34.107.430	€ 43.315.823	€ 7.545.950	€ 50.861.773
Kraamzorg	€ 2.811	€ 14.700	€ 49.590	€ 42.562	€ 92.152
Paramedische zorg	€ 0	€ 3.853	€ 5.780	€ 25.409	€ 31.189
Tandheelk. zorg	€ 0	€ 10.993	€ 15.631	€ 29.762	€ 45.393
Totaal	€ 44.454.262	€ 48.584.493	€ 74.191.177	€ 14.209.828	€88.401.005

Op basis van de gegevens in tabel 1 kan worden geconstateerd dat de ziekenhuizen en de ggz-instellingen bijna het hele budgettaire beslag van de regeling dragen. Er zijn in 2022 minder declaraties GGZ-zorg ingediend dan in 2021 en 2023 door problemen met de declaratie software die vernieuwd moest worden door invoering van het zorgprestatie-model. Opvallend is de aanzienlijke stijging van de kosten voor wijkverpleging in 2023.

De afgelopen jaren is een stijging te zien van de zorgkosten die ten laste komen van deze regeling. Oorzaken hiervoor zijn:

- de bredere reikwijdte van de doelgroep van onverzekerden (het vervallen van verzekeringsplicht);
- verlaging administratieve lasten: verlenging van de meldingstermijn van 24 uur naar 7 dagen en daarna een opschorting van de meldplicht, en vereenvoudiging declaratieproces ;
- sterk toenemende bekendheid van de regeling als gevolg van voorlichtingsactiviteiten en de komst van ontheemden uit Oekraïne;
- 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.

In 2022 zijn alle kosten van zorg aan ontheemden uit Oekraïne tot 1 juli 2022 ten laste gebracht van de SOV. Na 1 juli 2022 is het merendeel van de zorgkosten ten laste gekomen van de nieuwe Regeling Medische zorg Ontheemden uit Oekraïne (RMO; begroting Ministerie van JenV). Alleen de kosten van zorg aan ontheemden die (nog) niet zijn geregistreerd in het Basisregistratie Personen (BRP) komen nog ten laste van de SOV. Dat zijn veelal patiënten die rechtstreeks naar het ziekenhuis gaan met een grote zorgbehoefte (bijv. voortzetting behandeling rondom kanker of verzorging verwondingen als gevolg van oorlogsgeweld).

Tabel 7.2: Ontwikkeling aantal declaraties (personen) per groep

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nederland	117	1.076	3.592	5.789	6.620	8.671	14.936
EU/EER	26	662	3.294	6.595	8.929	11.875	19.177
Oekraïne						56.640	10.783
Andere landen	21	312	1.330	2.141	2.850	4.750	9.720
Onbekend			419	1.515	1.610	4.515	4.396
Totaal	164	2.050	8.635	16.040	20.009	86.451	59.012

Tabel 7.2 laat zien dat het aantal declaraties bij alle doelgroepen (m.u.v. de bijzondere groep Oekraïners) is toegenomen. Daarnaast valt op dat er vanaf 2019 er een groep is bijgekomen waarvan de nationaliteit onbekend is. Dit wordt veroorzaakt doordat zorgaanbieders dit bij de melding niet voldoende registreren.

De declaraties met zorg aan ontheemden uit Oekraïne is apart geregistreerd. Het gaat met name om declaraties van vóór 1 juli 2022 toen de Regeling Medische zorg Ontheemden uit Oekraïne (RMO) nog niet in gebruik was. Na 1 juli 2022 gaat het om declaraties van zorg aan ontheemden uit Oekraïne die niet zijn geregistreerd in de Basisregistratie Personen (BRP). Dit verklaart waarom het aantal declaraties voor deze groep in 2023 is afgenomen.

7.3 Uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden

Tabel 7.3 uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden

Bedragen x € 1.000	2021	2022	2023
CAK	2.104	2.196	2.385

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/EER¹⁵, het Verenigd Koninkrijk¹⁶ 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 Terugtrekkingsakkoord¹⁷ en de Handels- en samenwerkingsovereenkomst¹⁸.

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 uitkering¹⁹ 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 invoeren. De verdragsgerechtigde (niet werkende) gezinsleden van 18 jaar en ouder betalen een 'verdragsbijdrage' aan Nederland die door het CAK wordt geïnd (zie 8.3).

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).

¹⁵ De landen van de Europese Economische Ruimte (EER) zijn: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein.

¹⁶ 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.

¹⁷ Het terugtrekkingsakkoord liep van 1 februari 2020 tot en met 31 december 2020.

¹⁸ Looptijd vanaf 1 januari 2021.

¹⁹ 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 geïnd²⁰ (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.²¹

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 Nederlandse 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	2021	2022	2023
Gezinsleden van verzekerden	22.368	21.512	20.532
Achtergebleven gezinsleden van verzekerden	2.055	1.835	1.695
Gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	83.277	84.477	85.362
Gezinsleden van gepensioneerden/ uitkeringsgerechtigden	16.886	16.056	15.301
Totaal	124.586	123.880	122.890

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.

²⁰ 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.

²¹ Arrest Van Delft C-345/09.

8.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage

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

Het totaal van deze componenten wordt vermenigvuldigd met de zogeheten woonlandfactor. Met deze woonlandfactor wordt tot uitdrukking gebracht in welke mate de zorg in het woonlandpakket zich verhoudt tot de zorg in het Nederlandse pakket (Zvw en Wlz). De woonlandfactor is gericht op het voorkomen van een onevenwichtigheid in de bijdragen die Nederlanders in de verdragslanden opbrengen en de kosten die voor hen worden gemaakt.²²

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 2023 in totaal € 151 mln. aan verdragsbijdrage betaalden (2022 € 137 mln.). Deze inkomsten komen ten goede aan het Zorgverzekeringsfonds. Vanuit dit fonds wordt onder andere het basispakket aan verzekerde zorg voor 50% betaald.

8.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland

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

(x € 1 mln.)	2021	2022	2023	Vershil
werkelijke kosten	87,2	233,5	251,5	18,0
gemiddelde kosten ²³	52,2	53,0	54,1	1,1
Totaal	139,4	286,5	305,6	19,1

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.²⁴

In 2023 betaalde het CAK in totaal € 305,6 mln. aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen. Dit is een stijging van €19,1. ten opzichte van 2022. Het is niet mogelijk één directe oorzaak te geven voor deze stijging. Er zijn altijd wel fluctuaties in de aan het buitenland betaalde zorgkosten die door verschillende factoren kunnen 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. Ook betreft het hier mogelijk uitgestelde/inhaalzorg als gevolg van de aflopende Coronapandemie. 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.

²² Rb. Den Haag 31 maart 2006, ECLI:NL:RBSGR:2006:AV7778 en Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 52.

²³ Afwikkeling op basis van gemiddelde kosten geschiedt met een beperkt aantal landen, zie ook tabel 8.4. Spanje is goed voor 80% van de afwikkeling. Er zou alleen een dip zichtbaar kunnen zijn als Spanje een keer niet of pas in een volgend jaar betaald zou hebben. Het jaar erop wellicht gevolgd door een flinke piek. Ieder ander land waaraan een keer niet of pas later wordt betaald heeft nauwelijks zichtbare invloed.

²⁴ 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)²⁵

Land	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2023 (x 1.000)
EU/EER/Zwitserland/VK					
België	23.539	9.237	13.142	1.160	37.759
Bulgarije	259	5	223	31	83
Cyprus	154	0	138	16	110
Denemarken	140	12	120	8	441
Duitsland	22.355	9.423	11.964	968	43.955
Estland	21	7	14	0	18
Finland	61	0	59	2	171
Frankrijk	8.257	99	7.497	661	28.071
Griekenland	1.243	48	1.097	98	844
Hongarije	1.706	37	1.417	252	931
Ierland	315	6	276	33	1.018
IJsland	1	0	1	0	19
Italië	1.679	78	1.515	86	2.534
Letland	18	2	12	4	7
Liechtenstein	2	0	1	1	4
Litouwen	36	2	31	3	36
Luxemburg	152	6	140	6	369
Malta	182	3	167	12	787
Noorwegen	128	0	122	4	518
Oostenrijk	748	18	681	49	2.086
Polen	3.098	1.886	1.049	163	600
Portugal	3.775	17	3.412	346	3.555
Roemenië	295	35	216	44	84
Slovenië	62	5	53	4	74
Slowakije	188	98	85	5	66
Spanje	14.435	98	12.938	1.399	19.732
Tsjechië	315	43	238	34	289
Verenigd Koninkrijk	1.141	3	977	161	2.639
Kroatië	528	16	472	40	423
Zweden	780	28	651	101	2.543
Zwitserland	433	18	403	12	1.652
Totaal EU/EER/Zwitserland/VK	86.046	21.230	59.111	5.703	151.418

²⁵ Bij de categorie "achtergebleven gezinsleden" woont de verzekerde zelf in Nederland. Zijn gezinsleden wonen in een ander land en hebben daar aanspraak op zorg ten laste van Nederland (verdragsrecht). Als de meeverzekerde gezinsleden 18 jaar of ouder zijn is de Zvw-plichtige voor hen de verdragsbijdrage verschuldigd.

Bilateraal	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2023 (x 1.000)
Bosnië Herzegovina (inclusief Rep. Srpska)	430	2	377	49	146
Kaapverdië	1231	71	985	175	51
Kroatië	170	0	145	25	24
Macedonië	18.010	341	12.230	5.439	787
Marokko	640	44	453	143	37
Tunesië	15.081	395	11.075	3.611	2.843
<i>Turkije</i>					
Voormalige Rep. Joegoslavië					
* <i>Kosovo</i>	0	0	0	0	0
* <i>Montenegro</i>	50	0	45	5	12
* <i>Republiek Servië</i>	725	19	668	38	156
* <i>Republika Srpska</i>	229	3	211	15	0
Totaal bilateraal	36.566	875	26.189	9.500	4.056
Totaal	122.890	22.227	85.362	15.301	155.474

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

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

	2022		2023	
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten
België	107,9		122,5	
Bosnië-Herzegovina				0,5
Bulgarije			0,1	
Cyprus		0,2		0,2
Duitsland	82		82,6	
Engeland		3,9		
Finland	0,1		0,2	
Frankrijk	27,6		29,3	
Griekenland	0,6		0,7	
Hongarije	1,1		1	
Ierland		1,1		3
Italië	1,5		1,8	
Kroatië	0,8		0,2	
Kaapverdië				
Luxemburg	2,5		2,2	
Malta	0,1		0,1	
Noord-Macedonië		0,1		0,1
Marokko				
Noorwegen		0,5		
Oostenrijk	3,8		4,2	
Polen	2,0		1,8	
Portugal		2,3		2,6
Roemenië	0,1			
Servië		0,7		0,4
Slovenië	0,2		0,2	
Slowakije	0,1		0,2	
Spanje		42,1	0,3	43,9
Tsjechië	0,3		0,8	
Tunesië				
Turkije				1,8
Zweden		1,5		1,6
Zwitserland	2,8		3,2	
Diverse landen ²⁶		0,6	0,1	
TOTAAL	233,5	53,0	251,5	54,1

In tabel 8.4 zijn de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten per land over de jaren 2022 en 2023 opgenomen.

8.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland

Sinds 1 mei 2010 regelt de Verordening in artikel 27, tweede lid, dat verdragsgerechtigden die gepensioneerd of uitkeringsgerechtigd zijn en/of 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.

²⁶ Republiek Srpska, Denemarken, IJsland, Estland, Letland, Litouwen, Liechtenstein

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

Jaar	2021	2022	2023
Aantal personen	11.289	11.876	12.891
Totaal²⁷ (x € 1 mln.)	37,1	40,42	47,0

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden zijn opnieuw gestegen. Dat valt te verklaren door de reisrestricties die in 2020 en 2021 grotendeels van toepassing waren door de uitbraak van SARS-COV-2 / COVID-19 en vanaf 2022 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 2023 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	3.470	10.659,4	316,5
Bulgarije	26	93,2	
Cyprus	25	54,0	
Denemarken	6	3,2	
Duitsland	5.059	20.312,0	123,6
Estland	1	1,0	
Finland	4	1,6	
Frankrijk	1.162	3.467,3	4,6
Griekenland	90	389,1	
Groot Brittannië	37	125,4	
Hongarije	268	970,8	2,0
Ierland	15	38,8	
IJsland	1	4,3	
Italië	199	788,3	
Kroatië	29	178,8	
Letland	1	65,1	
Litouwen	4	2,8	
Luxemburg	44	197,0	
Malta	58	324,3	
Noorwegen	6	1,0	
Oostenrijk	55	91,6	
Polen	70	316,5	
Portugal	401	2.029,1	5,2
Roemenië	25	189,6	
Slovenië	8	6,0	
Slowakije	6	4,6	
Spanje	1.587	5.308,7	27,7
Tsjechië	36	189,5	
Zweden	68	206,7	
Zwitserland	130	454,9	
Totaal	12.891	46.474,3	479,4

²⁷ 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).

Bijna 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 (1.587 personen) en Frankrijk (1.162 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 voor het indienen van de zorgkosten als zij zorg gebruiken in een ander EU-land of verdragsland. 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, maar de zorgkosten zelf moeten voorschieten. 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 en kunnen de zorgkosten voor het gebruik van het publieke zorgsysteem op vertoon van de EHIC 'achter de schermen' tussen de lidstaten worden verrekend

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. Let op: voor deze tabel geldt een trendbreuk vanaf 2022 ten opzichte van eerdere jaren veroorzaakt door een andere methode van het bijhouden van de cijfers. Zie hieronder meer uitleg hierover.

Tabel 8.7 Meerjarig overzicht kosten grensoverschrijdende zorg Zvw-verzekerden²⁸ (bronnen: Zorginstituut Nederland en het CAK)

	2021	2022	2023
Zvw-polis	194,9	257,5	284,8
Verordening of verdrag	90,5	549,9	224,2
Totaal (x € 1 mln.)	285,5	807,5	509,0

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:

- In 2023 is er sprake van een daling van € 298,5miljoen ten opzichte van 2022.
- 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.
- Per 2022 is echter afgesproken dat het jaar waarover gerapporteerd wordt ook een raming bevat van de kosten die over het betreffende jaar nog binnenkomen in de 2 jaar erna. Omdat 2022 het overgangsjaar was, is er afgesproken dat alle kosten die nog verantwoord moeten worden van de jaren 2021 en eerder, op 2022 verantwoord worden.
- Ook is dit het eerste jaar dat er een raming opgenomen moest worden, in dit geval voor het jaar 2022 zelf (kosten die in 2022, 2023 of 2024 binnen komen en nog behoren tot 2022) maar ook de raming voor de jaren 2021 en eerder die ook nog in 2022, 2023 of 2024 binnen zullen komen. Vandaar de grote stijging die te zien is in deze rubriek.

²⁸ De bedragen kunnen nog geactualiseerd worden in de volgende Verzekerdenmonitor. Daarmee zijn dit voorlopige cijfers.

- 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).

8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg door het NCP

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 2023 37.489 views (waarvan 2.793 views op de Engelstalige pagina's). Meer dan twee derde van de bezoekers kwam uit Nederland, daarna kwamen de meeste bezoekers uit Duitsland, België, Spanje of Frankrijk.

In Tabel 8.8 is te zien dat in het jaar 2023 in totaal 48 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. De tabel geeft ook inzicht in het onderwerp van de vragen. 16 verzoeken waren niet voor het NCP bestemd.

Tabel 8.8 Aantal verzoeken NCP (bron: CAK)

Aantal verzoeken aan het NCP			
	2021	2022	2023
Inkomende patiënten			
<i>Kosten behandeling</i>	6	6	5
<i>Zorglandschap</i>	5	9	1
<i>Gebruik EHIC</i>	59	22	6
<i>Kwaliteit van zorg</i>	0	0	0
<i>Patiënten rechten</i>	2	2	2
<i>Algemeen</i>	36	18	6
Uitgaande patiënten			
<i>Vergoeding van kosten</i>	3	6	5
<i>Toestemmingsvraag</i>	3	3	2
<i>Gebruik EHIC</i>	1	0	0
<i>Zorgvraag</i>	2	1	0
<i>Algemeen</i>	2	1	3
<i>Overig²⁹</i>	10	4	2
NCP - Niet voor NCP ³⁰	371	124	16
Totaal	500	196	48

²⁹ Vragen die onder 'overig' zijn geregistreerd betreffen voornamelijk vragen over wet- en regelgeving en vragen uit andere Europese lidstaten.

³⁰ 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.