



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

VWS-Verzekerdenmonitor 2025

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen

Den Haag, 2025

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	18
2.5 Uitvoeringskosten	18
HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz	19
3.3 Verloop van het aantal onverzekerden	20
3.4 Uitvoeringskosten onverzekerdenregeling	21
HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING DOOR SKGZ	22
4.1 Inleiding	22
4.2 Activiteiten 2024	23
4.3. Samenwerking met gemeenten	24
HOOFDSTUK 5. GEMOEDSBEZWAARDEN	26
5.1 Inleiding	26
5.2 Aantal gemoedsbezwaarden	26
5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden	27
5.4 Uitvoeringskosten	27
HOOFDSTUK 6. ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN (OVV REGELING)	28
6.1 Inleiding	28
6.2 De wettelijke bijdrageregeling	28
6.3 Uitvoering van de regeling	29
6.4 Actualiteiten OVV-regeling	29
6.5 De zorgkosten van de bijdrageregeling	29
6.6 Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen	30
HOOFDSTUK 7. DE SUBSIDIEREGELING MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG AAN ONVERZEKERDEN	31
7.1 Inleiding	31

7.2 Actualiteiten m.b.t. de subsidieregeling	32
7.3 De uitvoering en zorgkosten van de subsidieregeling	32
 HOOFDSTUK 8. INTERNATIONALE ASPECTEN	 35
8.1 Inleiding	35
8.2 Verdragsgerechtigden	35
8.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland	36
8.4 Aantal in het buitenland wonende verdragsgerechtigden	36
8.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden.....	36
8.6 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	40
8.7 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden	42
8.8 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg door het NCP	43

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

	2022	2023	2024
Totaal aantal Zvw-verzekerden	17.498.000	17.683.000	17.801.000
Zvw-verzekerden boven de 18 jaar	14.260.000	14.409.000	14.542.000
Betaalde nominale premie	21,6 mld	23,8 mld	25,4 mld
Betaald eigen risico	3,2 mld	3,3 mld	3,4 mld
Geïnde inkomensafhankelijke bijdrage	27,9 mld	30,1 mld	32,4 mld

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

1.2 Wlz-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen

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

organisaties en personen die op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening onder de wetgeving van een ander land vallen. Andersom zijn er personen die in het buitenland wonen en op grond van het BUB 1999 toch onder de Nederlandse wetgeving vallen, zoals Nederlandse ambtenaren in het buitenland en tijdelijk buiten Nederland studerende. Vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven zijn uitgesloten van de Wlz-verzekering en daardoor van de toegang tot de (Zvw) zorgverzekering. Indien zij in voorkomend geval behoefte hebben aan medische zorg, wordt deze zorg, indien medisch noodzakelijk, niet geweigerd. Uitgangspunt daarbij is dat de betrokkenen de kosten van de zorg die zij ontvangen zelf betalen. Indien zij daartoe niet in staat blijken, kunnen zorgaanbieders -onder voorwaarden- een beroep doen op de financieringsregeling voor onverzekerbare vreemdelingen (Art. 122a Zvw), een regeling die wordt uitgevoerd door het CAK. Op grond van deze regeling worden de kosten geheel of gedeeltelijk vergoed, voor zover zij die niet kunnen verhalen op de betreffende cliënt. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) heeft de exclusieve bevoegdheid om de Wlz-verzekeringsstatus vast te stellen. De SVB beheert een positieve, actuele Wlz-verzekerdenregistratie, die onderdeel vormt van de Basisadministratie Volksverzekeringen (BAV). Zorgverzekeraars kunnen, indien gerede twijfel bestaat over de verzekeringsplicht van een aspirant-verzekerde, de SVB verzoeken informatie te verstrekken over de verzekeringsstatus van betrokkene. Op die manier kunnen zij vaststellen of iemand Wlz-verzekerd is en dus moet worden geaccepteerd voor de zorgverzekering. 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	2022	2023	2024
Verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd	170.541	178.916	184.861
Onverzekerde verzekeringsplichtigen	25.024	28.584	25.821
Gemoedsbezwaarden	12.185	12.483	12.379
Verdragsgerechtigden	125.375	122.890	123.150

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 een 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. Het vooruitzicht van de regeling betalingsachterstand zorgpremie, en specifiek ook de opslag, zouden een motiverende werking kunnen hebben om werk te maken van

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

de betalingsachterstand. Dit geldt met name voor verzekerden met een beginnende betalingsachterstand.

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 huidige, 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 Zorgverzekeringswet" 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 aan wie

bestuursrechtelijke premie is opgelegd 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 schuldhelpverlener 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 schuldhelpverlener 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.: • Uitstroom bij betalingsregeling zonder tussenkomst schuldhelp • 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 verstuurde tweede- en vierdemaandsbrieven (bron: Ketenmonitor)

	2022	2023	2024
Tweedemaandsbrieven	401.520	451.220	472.330
Vierdemaandsbrieven	101.130	112.441	119.437
Zes maanden: aanmelding bestuursrechtelijk premieregime	136.877	150.533	160.207

⁷ Stcrt 2016, 36968

⁸ Stcrt 2019, 34671

In tabel 2.1 is het totaal aantal tweede- en vierdemaandsbrieven opgenomen die zorgverzekeraars hebben verstuurd. Ook is het aantal mensen opgenomen dat in 2024 is aangemeld bij het CAK voor het bestuursrechtelijke premie regime. Het kan hierbij gaan om dezelfde verzekerden die meerdere tweede- en vierdemaandsbrieven ontvangen. Het kan ook gaan om verzekerden die meerdere keren zijn aangemeld bij het CAK, omdat een betalingsregeling is mislukt of omdat er een nieuwe betalingsachterstand is ontstaan. Een toelichting bij het aantal aanmeldingen bij het CAK komt terug bij tabel 2.4.

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.

Opvallend is dat de aantallen verstuurd tweedemaandsbrieven en vierdemaandsbrieven in 2024 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:	2022	2023	2024
2-4 maandpremies	98.731	105.364	102.963
4-6 maandpremies	82.789	87.679	89.860
van 6 of meer maandpremies	223.218	226.896	231.627
Totaal aantal betalingsachterstanden	404.738	419.939	424.450

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
2022	190.266	83.242	5.573
2023	204.240	82.759	5.768
2024	200.216	76.938	6.849

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 buitengerechtelijke- als de gerechtelijke fase. Een stabilisatieovereenkomst is een schuldhulpinstrument dat ten doel heeft om evenwicht te brengen én te houden in de inkomsten en uitgaven van de schuldenaar en zo de mogelijkheid te creëren om de schuldsituatie op te lossen. Een stabilisatieovereenkomst is reden tot opschorting van de betalingsverplichting van de bestuursrechtelijke premie, zodat de 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 aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd 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
Aantal	312.037	277.023	249.044	223.714	202.702
Instroom	118.489	133.283	184.177	200.273	187.803
Uitstroom	130.656	166.437	206.792	225.603	208.815

Per ultimo	2020	2021	2022	2023	2024
Aantal	189.652	170.221	170.541	178.916	184.861
Instroom	174.963	138.242	136.877	150.533	160.207
Uitstroom	188.013	157.673	136.557	142.158	154.262

Het aantal verzekerden die de bestuursrechtelijke premie betalen is eind 2024 weer wat verder toegenomen tot circa 185.000. Eind 2023 werd bij circa 179.000 verzekeringnemers bestuursrechtelijke premie opgelegd. Eind 2024 waren dit er circa 185.000. Dit aantal fluctueert de laatste jaren tussen de 170.000 en 200.000, maar blijft fors lager dan het hoogste aantal (325.000) begin 2015. Er zijn verschillende variabelen die invloed zijn op het aantal verzekeringnemers met een betalingsachterstand zorgpremie. Bijvoorbeeld de stand van de economie. Ook valt op dat in de jaren waarin we te maken hadden met de Coronapandemie en veel mensen in verband hiermee overheidssteun kregen, relatief minder mensen een betalingsachterstand zorgpremie hadden.

Deze groep verzekerden van ca. 185.000 personen heeft vaak te maken met bredere schuldenproblematiek hetgeen vraagt om passende en vasthoudende schuldhelpverlening.

Tabel 2.5 Uitstroomredenen bestuursrechtelijk premieregime (bron: CAK)

	2022	2023	2024
Schuld voldaan	17.898	18.290	19.279
Niet meer verzekeringsplichtig	12.123	14.256	14.127
Stabilisatieovereenkomst	9.496	8.778	10.059
Minnelijke schuldhelpverlening	1.842	1.579	2.968
WSNP	567	529	720
Niet meer premieplichtig	1.130	1.090	1.137
Overleden	1.143	1.138	1.077
Overlijden verzekeringnemer	67	43	68
Betalingsregeling	92.291	96.455	104.825
Aanmelding ingetrokken	5.436	5.458	5.277

In tabel 2.5 zijn de redenen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime nader gespecificeerd. In 2024 is de belangrijkste oorzaak van uitstroom het doorlopen van een betalingsregeling; circa 105.000 mensen zijn met een betalingsregeling uitgestroomd. Dit aantal is iets toegenomen ten opzichte van 2023.

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

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premiereregime

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

Aantal maanden	2022	2023	2024
0 – 12	45.735	52.615	56.097
13 – 24	25.772	29.426	31.805
>24	99.034	96.875	96.959
Totaal	170.541	178.916	184.861

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. Het aantal verzekerden dat langer dan 24 maanden in de regeling zit is min of meer gelijk gebleven ten opzichte van 2023. Dit kan mede te maken hebben met de inspanningen van zorgverzekeraars en gemeenten die steeds vaker op basis van de lijst van het CAK, contact opnemen met deze verzekerden, waardoor het aantal verzekerden dat langdurig in de regeling zit niet oploopt.

Hernieuwde aanmeldingen

Tabel 2.7 Heraanmeldingen (recidive) (bron: CAK)

Heraanmeldingen op 31 december	2022	2023	2024
Voor een tweede keer aangemeld	192.882	202.529	211.690
Voor een derde keer aangemeld	49.310	54.212	57.985
Voor een vierde keer aangemeld	10.457	12.262	12.963
Voor een vijfde keer aangemeld	2.120	2.630	2.642

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 aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd sinds de zomer 2021 "relatief" stabiel is (tussen de 170.000 en 200.000), 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 premiereregime

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	2022	2023	2024
< € 250	13.235	12.722	15.975
€ 250 - € 750	20.301	19.294	18.197
> € 750	133.170	137.177	145.722

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 premiereregime, omdat de schuld nog maar relatief klein is. Het aantal personen met een schuld tot 250 euro is wat toegenomen, net als het aantal verzekerden met een schuld van meer dan 750 euro. Bij de interpretatie van deze tabel moet wel rekening worden gehouden met de stijgende zorgpremie, waardoor de schuldhoogte ook snel oploopt.

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

2.3.3 De bestuursrechtelijke premie

Ontwikkeling hoogte bestuursrechtelijke premie

Tabel 2.9 Hoogte bestuursrechtelijke premie maandelijks (afgerond)

In €	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22	'23	'24	'25
Gem. pr.	107	92	97	102	108	109	115	118	123	127	138	146	157
Best. pr.	160	144	153	159	134	137	139	142	148	152	166	161	172

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 2022	2023	2024	Totaal
Te incasseren premies	5.637.770	334.741	357.860	6.330.371
Netto betaald	3.598.476	349.515	362.800	4.310.791
Afgeboekt	1.010.016	86.030	95.428	1.191.474
Naar eindafrekening	514.093	0	229.732	743.825
In betalingsregeling	2.462	0	0	2.462
Openstaande premie	512.722	-14.773	-4.940	493.009

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 2024 opgelegde bestuursrechtelijke premie voor een groot deel pas in de daaropvolgende jaren wordt betaald.

De openstaande bestuursrechtelijke premie van € 493 miljoen betreft de totale openstaande premie bij het CAK per ultimo 2024.

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	2024
Aantal	31.358	21.340	20.848	22.458

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.

2.3.4 Achtergrondkenmerken van totale groep verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd

Om meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd door 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 2024 voor 173.230 van deze groep achtergrondkenmerken¹⁰ verzameld.

Totale groep verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd naar leeftijd

Tabel 2.12 Verzekerden naar leeftijd (bron: CBS)

leeftijd	2022	2023	2024	2024*
18 - 20	1.690	1.680	2.080	0,5%
20 - 25	18.000	19.400	20.460	1,7%
25 - 30	21.840	23.620	24.890	2,1%
30 - 35	22.980	23.990	24.930	2,0%
35 - 40	20.780	22.180	23.410	2,0%
40 - 45	17.570	18.670	19.830	1,8%
45 - 50	14.730	14.970	15.500	1,5%
50 - 55	14.650	14.530	14.220	1,2%
55 - 60	11.070	11.070	11.370	0,9%
60 - 65	7.570	7.630	7.890	0,6%
65 - 70	4.110	4.150	4.390	0,4%
70 - 75	2.250	2.300	2.300	0,2%
75 - 80	1.130	1.190	1.250	0,1%
> 80	630	680	710	0,1%
Totaal	158.980	166.070	173.230	1,2%

*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 aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd in de leeftijdscategorie 25-30 jaar vallen. Het aantal verzekerden is in vrijwel alle leeftijdscategorieën redelijk stabiel gebleven. Alleen het aantal verzekerden van 18 jaar en 19 jaar is relatief sterk toegenomen. Dit aantal is echter slechts 0,5% van de gehele groep.

Herkomst totale groep verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd

Tabel 2.13 Herkomst totale groep verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd (bron: CBS)

Herkomst	2022	2023	2024	Totaal in Nederland 2024
Geboren in Nederland	109.550	112.910	116.560	15.028.000
Geboren buiten Nederland	49.440	53.160	56.670	2.915.000
Totaal	158.980	166.070	173.230	17.943.000

Het aantal verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd met een migratie achtergrond is groter dan het aantal mensen zonder migratieachtergrond. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met de sociaal economische positie van mensen met een migratieachtergrond.

¹⁰ Zie voor alle overzichten: CBS Statline

Top 20 gemeenten

Tabel 2.14 Top 20 gemeenten met het hoogste aantal verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd op 31 december 2024

	Gemeente	2022	2023	2024	% Δ
1	Rotterdam	15.740	16.120	16.360	+1,5%
2	Amsterdam	12.660	13.480	14.800	+9,8%
3	's-Gravenhage	11.040	11.580	12.460	+7,6%
4	Almere	3.130	3.230	3.320	+2,8%
5	Utrecht	2.870	3.030	3.160	+4,3%
6	Tilburg	2.510	2.720	2.750	+1,1%
7	Arnhem	2.450	2.490	2.590	+4,0%
8	Eindhoven	2.380	2.480	2.500	+0,8%
9	Groningen	2.220	2.280	2.350	+3,1%
10	Zaanstad	1.960	2.110	2.280	+8,1%
11	Enschede	1.980	1.930	2.060	+6,7%
12	Breda	1.780	1.820	1.870	+2,8%
13	Dordrecht	1.700	1.830	1.850	+1,1%
14	Schiedam	1.580	1.740	1.830	+5,2%
15	Heerlen	1.730	1.790	1.750	-2,2%
16	Nijmegen	1.580	1.670	1.710	+2,4%
17	Haarlem	1.530	1.400	1.640	+17,1%
18	Zoetermeer	1.440	1.500	1.580	+5,3%
19	Leeuwarden	1.590	1.570	1.560	-0,6%
20	Apeldoorn	1.440	1.450	1.500	+3,4%

Tabel 2.14 geeft de top 20 gemeenten met het hoogste aantal verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd op 31 december 2024.

Tabel 2.15 Verzekerden met zorgtoeslag (bron: CBS)

	2022	2023	2024
Aantal Nederlanders met zorgtoeslag	4.440.560	4.650.650	4.480.353
Percentage dat zorgtoeslag ontvangt	30,6%	31,8%	30,4%
Aantal verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd met zorgtoeslag	98.870	105.640	107.480
Percentage van groep verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd	62,2%	63,6%	62,0%

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 aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd 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 aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd naar soort uitkering op 31 december (bron: CBS)*

	2021	2022	2023
Totaal aantal verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd	161.900	158.980	166.070
Persoon met een arbeidsongesch.uitk.	16.100	15.660	15.800
Persoon met een bijstandsuitkering	26.910	22.250	22.590
Persoon met een werkloosheidsuitkering	4.890	4.140	4.700
Persoon met een IOAW- of IOAZ-uitkering	500	380	300
Persoon met ANW-uitkering	350	370	360
Persoon met Ziektewet-uitkering	5.430	4.490	5.200
Persoon met WSW-dienstverband	550	520	450
Persoon met AOW-uitkering	6.610	6.260	6.210

* Personen met meerdere uitkeringen worden meerdere keren meegeteld

In tabel 2.16 is de groep verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd 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.

Naar inkomensgroep

Tabel 2.17 Verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd naar inkomensgroep op 31 december (bron: CBS)

Inkomensgroep	2020	2021	2022	Totaal NL 2022
Totaal	174.720	161.900	158.980	14.498.810
< € 10.000	15.080	12.690	10.450	348.310
€ 10.000 tot € 20.000	68.100	54.600	41.280	1.150.570
€ 20.000 tot € 30.000	51.490	49.420	50.690	3.293.550
€ 30.000 tot € 40.000	24.090	25.940	30.470	3.503.390
€ 40.000 tot € 50.000	7.640	9.270	13.090	2.869.510
> € 50.000	3.380	3.810	6.050	3.201.140
Onbekend	4.930	6.160	6.950	132.340

In tabel 2.17 is de groep verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd 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 2023 en 2024 zijn nog niet beschikbaar. Opvallend is dat het aantal verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd met een inkomen tot € 20.000,- afneemt, terwijl het aantal met een inkomen hoger dan € 20.000,- toeneemt. Hiervoor is geen verklaring te geven.

Uitvraag onder verzekeraars

Naar aanleiding van verschillende signalen in de media en de (lichte) stijging van het aantal verzekerden aan wie bestuursrechtelijke premie is opgelegd zoals hierboven weergegeven, heeft in het najaar van 2025 een korte uitvraag plaatsgevonden onder verzekeraars. Hieruit volgen een aantal bevindingen:

- 1. De cijfers** De meest opvallende bevinding is dat betalingsachterstanden zich sterk concentreren bij de leeftijdsgroep 26-40 jaar, die consequent 40-46% van alle achterstanden vertegenwoordigt. Deze groep is daarmee de grootste risicocategorie, veel groter dan hun demografische aandeel zou doen vermoeden. Dit wijst op specifieke financiële kwetsbaarheid in deze levensfase. Daarnaast blijkt dat betalingsachterstanden voornamelijk een structureel probleem zijn, waarbij gemiddeld 43-50% van alle gevallen langer dan zes maanden duurt. Dit percentage is opvallend consistent over vrijwel alle leeftijdsgroepen. Het wijst erop dat zij niet te maken hebben met tijdelijke liquiditeitsproblemen, maar met langdurige betalingsproblemen en mogelijk bredere schuldenproblematiek.
- 2. Geen eenduidig beeld van de problematiek** Verschillende zorgverzekeraars rapporteren tegenstrijdige trends: waar enkele zorgverzekeraars een duidelijke stijging zien in betalingsachterstanden en incasso-overdrachten, spreken andere van stabiliteit. Dit kan te maken hebben met verschillende meetmethoden of zorgverzekeraars werken vanuit een ander perspectief. Een gedeeld probleembeeld is daardoor lastig te geven.
- 3. Verschillen in effectiviteit van betalingsregelingen** De succespercentages van betalingsregelingen variëren van 45% tot 81. Deze grote spreiding wijst op verschillende aanpakken en/of definities van 'succes'. Een gedeeld probleem is eenzelfde groep die steeds opnieuw in betalingsproblemen raakt.
- 4. Jongeren vormen een risicogroep** Alle zorgverzekeraars constateren dat jongvolwassenen (18-25 jaar) en de groep 26-40 jaar oververtegenwoordigd lijken te zijn in betalingsachterstanden. Eén zorgverzekeraar meldt dat 20% van alle incasso-aanmeldingen de jongste leeftijdscategorie betreft, wat vraagt om gerichte preventie en begeleiding voor deze groep om financiële zelfredzaamheid te vergroten.
- 5. Betalingsachterstanden concentreren zich in de eerste maanden** Meerdere zorgverzekeraars benadrukken dat ruim 99% van de vorderingen binnen drie maanden wordt betaald. Dit betekent dat de groep met langdurige betalingsachterstanden relatief klein maar hardnekkig is, en dat vroege interventie binnen die eerste drie maanden cruciaal is voor succesvolle incasso.
- 6. Hulpaanbod wordt onvoldoende benut of sluit mogelijk onvoldoende aan** Hoewel zorgverzekeraars diverse hulpvormen aanbieden (doorverwijzing naar schuldhulp, uitstel, betalingsregelingen), wordt 30-55% van de betalingsregelingen voortijdig beëindigd. Dit kan erop wijzen dat het huidige hulpaanbod niet altijd goed aansluit bij de problematiek van verzekerden, of dat verzekerden te laat worden bereikt wanneer schulden al te hoog zijn opgelopen.
- 7. Premieachterstanden zijn een groter probleem dan eigen risico** Eén zorgverzekeraar constateert expliciet dat deurwaardersoverdrachten voor eigen risico stabiel blijven, terwijl premieachterstanden stijgen. Dit kan suggereren dat structurele maandelijkse betalingsverplichtingen moeilijker vol te houden zijn dan eenmalige of incidentele betalingen, mogelijk door budgetproblemen of cashflow-issues bij verzekerden.
- 8. Zorgverzekeraars werken veel samen op dit gebied** Er wordt actief door verzekeraars meegewerkt aan (lokale en regionale) initiatieven om schuldenproblematiek op te lossen en te voorkomen. Er wordt veel ingezet op vroegsignalering en er vindt met regelmatig in de communicatie met verzekerden verwijzing plaats naar partijen die kunnen helpen. Daarbij valt te denken aan:
 - Geldfit
 - SKGZ (voorheen zorgverzekeringslijn)
 - De Nederlandse schuldhulprouwe
 - De gemeenten

2.4 Bijdrage voor zorgverzekeraars

Tabel 2.18 Betaalde bijdrage aan zorgverzekeraars (bron: CAK)

	2022	2023	2024
x € 1000	298.228	329.530	366.187

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 2024 circa € 366 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	2022	2023	2024
CAK	13.883	14.578	13.314
CJIB	6.271	6.987	7.606
Totale uitvoeringskosten	20.154	21.565	20.920

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

3.2 Werking maatregelen van de Wet Ovoz

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

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

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

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

¹¹ Stb. 2011, 111.

De hoogte van de boete bedroeg in € 497 in 2024 en € 528 in 2025. 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 2025: € 172,33 per maand). Deze premie wordt zo veel mogelijk door middel van bronheffing geïnd. Een ambtshalve verzekerde kan zich op deze manier niet onmiddellijk aan premiebetaling onttrekken. Het CAK kan de bestuursrechtelijke premie in de vorm van broninhouding inhouden op het loon of de uitkering van betrokkene. Blijkt broninhouding van de bestuursrechtelijke premie door het CAK onmogelijk, bijvoorbeeld omdat er geen regelmatige inkomsten zijn, dan draagt het CAK de inning over aan het CJIB. Het CJIB controleert bij de Belastingdienst of er sprake is van zorgtoeslag. Is dit het geval, dan betaalt de Belastingdienst in opdracht van het CAK de zorgtoeslag aan het CJIB. Voor het restant van de premie verstuurt het CJIB aan betrokkene een acceptgiro. Is er geen sprake van zorgtoeslag, dan verstuurt het CJIB maandelijks een acceptgiro aan betrokkene.

4. Terugkeer naar het normale premieregime: Nadat mensen twaalf maanden ambtshalve verzekerd zijn geweest, 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)

	2022	2023	2024
Aangeschreven	69.471	77.365	75.658
Einde onverzekerd	68.323	73.805	78.421
Stand actief onverzekerden	25.024	28.584	25.821

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 ten opzichte van 2023 weer is afgenomen.

Redenen uitschrijving verzekering maart 2011 tot en met 2024

Tabel 3.2 De totalen van maart 2011 tot en met 2024 (bron: CAK)

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	531.224
Ambtshalve verzekerd	56.660
Niet (meer) Wlz-verzekerd	412.657
Overig (bijv. overlijden)	7.253
Totaal	1.007.794

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 2024 zijn ca. 1 miljoen personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste

gedeelte hiervan heeft vervolgens actie ondernomen door zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (531.224) of door succesvol te betwisten dat zij Wlz-verzekeringsplichtig zijn (412.657).

Boetes en premies

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

Baten en lasten onverzekerden x € 1 mln	2022	2023	2024
Baten			
Boetes opgelegd aan onverzekerden	10,5	13,6	14,1
Premie opgelegd aan ambtshalve verzekerden	6,0	7,0	8,3
Totale baten	16,5	20,6	22,4
Lasten			
Te betalen premie (compensatie) aan zorgverzekeraars	6,0	6,9	8,3
Dotatie aan voorziening oninbaar onverzekerden	12,0	12,8	16,5
Totale lasten	18,0	19,7	24,8
Saldo baten en lasten	-1,5	0,9	-2,4

In 2024 heeft het CAK via het CJIB voor € 14,1 miljoen aan boetes en € 8,3 miljoen aan bestuursrechtelijke premie opgelegd.

3.4 Uitvoeringskosten onverzekerdenregeling

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

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

Bedragen x € 1.000	2022	2023	2024
CAK	4.469	4.632	7.352
CJIB	882	1.088	1.141
SVB	5.858	7.067	8.197
Totale uitvoeringskosten	11.209	12.787	16.690

HOOFDSTUK 4. VOORLICHTING DOOR SKGZ

4.1 Inleiding

Met ingang van 2024 zijn de voorlichtingsactiviteiten van Zorgverzekeringslijn geïntegreerd onder de naam SKGZ. Daarmee is er nu één website met één gratis telefoonnummer voor iedereen met vragen of klachten over de (werking van de) zorgverzekering.

Door voorlichting en klachtbehandeling samen te brengen in één loket wordt het eenvoudiger én effectiever: mensen hoeven niet meer te zoeken en SKGZ krijgt sneller inzicht in wat er speelt. Deze stap past bij de ontwikkeling die SKGZ doormaakt als onafhankelijk klachten- en expertisecentrum.

De voorlichting vanuit het expertisecentrum Zorgverzekeringen – een initiatief van het ministerie van VWS – is onderdeel van SKGZ. Vanuit deze rol biedt SKGZ voorlichting in de vorm van een uitgebreid en gratis scholingsaanbod. Zo zorgt SKGZ voor duidelijkheid, toegankelijkheid en betere ondersteuning voor iedereen met vragen of klachten over de zorgverzekering.

Het 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 SKGZ via haar website en vraagbaakfunctie laagdrempelig onafhankelijk advies en praktische tips aan hulpverleners en burgers.

De voorlichting van SKGZ 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. 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 SKGZ 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 SKGZ bij aan een betere toegang tot zorg voor iedereen.

Het belang van voorlichting neemt steeds meer toe. SKGZ ziet dat het helpt om zo problemen te voorkomen. SKGZ 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. De meest recente effectmeting, uitgevoerd door Purpose (2024), concludeert bovendien dat de aanpak en dienstverlening - inclusief de geïntegreerde voorlichting - positieve uitkomsten oplevert.

4.2 Activiteiten 2024

Versterken van interventie- en preventiekracht via voorlichting

Ten aanzien van het versterken van de interventie- en preventiekracht van hulp- en dienstverleners, ziet SKGZ een blijvende voorkeur richting de online aangeboden activiteiten. Het digitale scholingsaanbod is een waardevolle aanvulling op het permanente trainingsaanbod en wordt nog steeds veelvuldig aangevraagd. In 2024 zijn 3.571 hulpverleners en consumenten bereikt via voorlichting, een lichte stijging ten opzichte van 2023.

Versterken interventie- en preventiekracht	2023	2024
Voorlichting	3.394	3.571
Nieuwsbrief-abonnees	7.170	7.739
Advies op casusniveau	173	64
Aanwezigen congres	150	-
	10.887	11.374

Het bereik kende in 2022 een tijdelijke piek door de extra voorlichting rondom de zorg voor ontheemden uit Oekraïne. Dat jaar was daarmee uitzonderlijk. In 2023 en 2024 is dat beeld gestabiliseerd, met een gestage groei ten opzichte van 2021.

Eind 2024 is SKGZ gestart met het ontwikkelen van thematrainingen die beter aansluiten bij een bredere doelgroep. Daarnaast is een begin gemaakt met het uitbreiden van de voorlichtingsactiviteiten rondom zorg voor onverzekerden. Hierbij wordt enerzijds nadrukkelijker aandacht besteed aan de vergoeding van zorg voor onverzekerden, waaronder arbeidsmigranten en ongedocumenteerden, en anderzijds aan de mogelijkheden voor onverzekerde verzekeringsplichtigen om alsnog een zorgverzekering af te sluiten. Voor deze activiteiten is een intensieve samenwerking gestart met Pharos, het ministerie van VWS en andere ketenpartners.

Met een gemiddeld rapportcijfer van 8,6 werd de voorlichting van SKGZ in 2024 ook door afnemers goed gewaardeerd. Ten opzichte van voorgaande jaren is sprake van een lichte stijging, in 2022 en in 2023 was het gemiddelde rapportcijfer een 8,5.

Vooral de live (online) voorlichting scoort hoog met een 8,7. Deelnemers geven aan dat ze de interactieve en persoonlijke benadering in de live sessies zeer waarderen.

Versterken van zelfregie

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

In 2024 is het directe bereik van de voorlichting dat ziet op het versterken van de zelfregie gegroeid tot 12.172 personen (2023: 10.548). Deze stijging wordt mede verklaard door de gerichte voorlichting aan internationale studenten, met nadruk op het voorkomen van onverzekerdheid. Daarmee is niet alleen het bereik toegenomen, maar is ook concrete impact gerealiseerd in het terugdringen van onverzekerdheid bij een kwetsbare doelgroep.

Versterken zelfregie: financiële educatie	2023	2024
Voorlichting	597	947
Gastlessen	3.032	4.105
	3.629	5.052

Versterken zelfregie: vraagbaak	2023	2024
Chat	3.061	3.184
E-mail	660	813
Telefoon	3.101	3.123
	6.919	7.120

In het kader van het versterken van de zelfregie blijft de vraagbaakfunctie belangrijk en vormt het een laagdrempelige toegangspoort voor consumenten en professionals die een deskundig en betrouwbaar antwoord zoeken op hun vragen.

In 2024 werd 7.120 keer gebruik van gemaakt van de vraagbaakfunctie, een lichte stijging ten opzichte van 2023 (6.919). Het gebruik via chat nam toe tot 3.184 contacten (2023: 3.061) en ook het aantal e-mailvragen steeg naar 813 (2023: 660). Het aantal telefonische vragen bleef met 3.123 contacten stabiel (2023: 3.101).

Vraagbaak: registratie per onderwerp	2024
Verzekeringsplicht	2.848
Premieschulden	783
Zorgtoeslag	498
Vergoeding van zorg	479
Het afsluiten van een zorgverzekering	468
Overige	2.044
<i>Totaal</i>	<i>7.120</i>

In 2023 is een begin gemaakt 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 geschetst van de onderwerpen die tot knelpunten (kunnen) leiden, nu of in de nabije toekomst. Daarbij is 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 draagt bij aan verbetering van de voorlichting.

Net als voorgaande jaren ontving SKGZ de meeste vragen over de toegang tot de Nederlandse zorgverzekering en de verzekeringsplicht (40%). De top 5 wordt verder aangevoerd door vragen rondom premie (incl. de Regeling BAZ) (11%), zorgtoeslag (7%), vergoeding van zorg (7%) en de wijze waarop een zorgverzekering kan worden afgesloten (7%).

De vragen komen uit veel verschillende doelgroepen, waarbij -naast verzekerden zelf- met name (netwerken rondom) onverzekerden (29%), internationale studenten (23%), arbeidsmigranten (10%), (re-) migranten (8%) en hulpverleners (6%) de SKGZ goed weten te vinden.

4.3. Samenwerking met gemeenten

In 2024 maakten 114 gemeenten gebruik van de CAK-lijst¹², een toename ten opzichte van 2023 (100 gemeenten) en 2022 (88 gemeenten). Het aantal gemeenten dat de lijst opvraagt en inzet om inwoners met schulden in beeld te krijgen groeit ieder jaar.

SKGZ organiseerde in het najaar van 2023 meerdere (online) kennissessies samen met gemeenten (zoals Haarlem, Den Haag, Amsterdam, Midden-Groningen) en het CAK, om te laten zien hoe gemeenten de CAK-lijst effectief kunnen inzetten bij vroeg- en laatsignalering. O.a. naar aanleiding van deze kennissessies, weten gemeenten SKGZ goed te vinden met vragen over het gebruik en de toepassing van deze lijst. Bovendien wordt momenteel de laatste hand gelegd aan de oplevering van de handreiking 'Werken met de CAK-lijst' die (potentiële) gebruikers informeert over achtergronden, toepassingen en het juridisch kader ten aanzien van het gebruik van de CAK-lijsten. Ook voorbeelden en best-practices worden hierin opgenomen.

¹² De CAK-lijst is een overzicht met gegevens van burgers, per gemeente, die bij het CAK bekend zijn in de regeling betalingsachterstand zorgpremie

4.4. Effecten en effectmeting

De voorlichting van SKGZ wordt hoog gewaardeerd: gemiddeld met een 8,6. Minstens zo belangrijk is de vraag of de voorlichting ook daadwerkelijk helpt.

Na een eerdere evaluatie naar relevantie en opportuniteit (2021) liet SKGZ in 2023 een effectmeting uitvoeren naar de effectiviteit van haar voorlichtingsactiviteiten door KWINK en in 2024 onderzocht Purpose de effectiviteit van de complete SKGZ dienstverlening. Beide onderzoeken bevestigen dat de voorlichting van SKGZ effectief bijdraagt aan het versterken van de positie van consumenten in het zorgverzekeringsstelsel.

De effectmetingen tonen aan dat SKGZ met haar voorlichting helpt om financiële zorgverzekeringsproblemen te voorkomen en op te lossen en zo de toegang tot zorg te verbeteren. Medewerkers van SKGZ beschikken over veel kennis en weten die persoonlijk, begrijpelijk en praktisch over te brengen. Deelnemers waarderen de persoonlijke aandacht, de concrete oplossingen en de adequate doorverwijzingen naar ketenpartners.

Uit de meest recente effectmeting ([Purpose, 2024](#)) blijkt dat voorlichting van SKGZ leidt tot meer kennis en kunde in het stelsel, waardoor consumenten beter hun weg vinden, betere keuzes maken en minder vaak onverzekerd zijn of betaalproblemen ervaren. Ook hulpverleners en medewerkers van zorgverzekeraars profiteren: zij kunnen consumenten beter ondersteunen bij het voorkomen en oplossen van problemen en weten waarnaar door te verwijzen. Daarmee draagt SKGZ bij aan meer rechtvaardige en mensgerichte processen binnen het stelsel.

De vraagbaakfunctie versterkt bovendien de zelfregie van burgers en de interventie- en preventiekracht van professionals. Consumenten voelen zich na contact beter toegerust en gemotiveerd om – indien nodig – opnieuw hulp te vragen. Stakeholders zoals de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland en het CAK verwijzen burgers met vertrouwen naar SKGZ, die zij zien als onafhankelijk expertisecentrum op het snijvlak van zorgverzekering en toegang tot zorg.

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 ingeleigde bijdragevervangende belasting overgemaakt naar het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). Een eventueel restant-saldo werd overgeheveld naar het volgende jaar.

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

5.2 Aantal gemoedsbezwaarden

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

	2022	2023	2024
Personen	12.093	12.483	12.379
Huishoudens	3.779	3.912	3.896

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

5.3 Rekeningen gemoedsbezwaarden

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

Baten en lasten gemoedsbezwaarden	2022	2023	2024
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1-1	41,3	46,3	51,9
Resultatenrekening			
Bijdragevervangende belasting	12,1	12,7	14,6
Verleende vergoedingen voor zorgkosten	-7,1	-7,1	-8,3
Saldo rekeningen voor toevoeging ZVW	46,3	51,9	58,2
Toevoeging ten gunste van het ZVW	0,3	0,2	0,6
Toevoeging aan rekening gemoedsbezwaarden	4,7	5,4	5,7
Totaal resultaatbestemming	5,0	5,6	6,3
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31-12	46,3	51,9	58,2

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	2022	2023	2024
CAK	1.338	1.471	2.590

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 verblijft¹³ 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

¹³ 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.

zover de kosten niet op de patiënt kunnen worden verhaald. Dit vloeit voort uit verdragsverplichtingen.

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 opgenomen¹⁴. 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 Actualiteiten OVV-regeling

Eind 2024 het ministerie van VWS door de Nederlandse arbeidsinspectie (NLA) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gewezen op de door hen gesignaleerde mogelijke fraude met deze regeling en de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV). Op basis van een verkenning en de beschikbare gegevens schatten de inspecties dat ongeveer 15% van de gedeclareerde zorg onder de OVV-regeling en 4% onder de SOV-regeling mogelijk onrechtmatig is. De inspecties wijzen op verschillende kwetsbaarheden van beide regelingen, zoals de laagdrempeligheid van declareren, het gebrek aan controlebevoegdheden voor het CAK en de anonimiteit van zorgaanbieders die fraude zoals spookzorg (declareren van niet geleverde zorg) mogelijk maakt.

Daarnaast is er een taakstelling aangekondigd op de SOV, zie hoofdstuk 7.2. In aanvulling daarop heeft de minister van VWS aangekondigd te willen werken aan één nieuwe regeling voor zorgkosten aan onverzekerden, hetgeen betekent dat de OVV-regeling in huidige vorm ook zal komen te veranderen. Daarbij zal ook worden onderzocht hoe fraude met deze regeling(en) in de toekomst kan worden tegengegaan en voorkomen.

6.5 De zorgkosten van de bijdrageregeling

Tabel 6.1: zorgkosten bijdrageregeling CAK (bron: CAK)

Zorgvorm x €1000	2022	2023	2024	% Δ 2023- 2024
Ziekenhuizen	23.992	27.952	30.761	+ 10%
Farmacie	5.494	6.626	5.978	- 10%
GGZ	7.562	9.550	11.306	+ 18%
Langdurige zorg	4.693	8.499	4.923	- 42%
Hulpmiddelen	202	201	321	+ 60%
Ambulancevervoer	1.189	1.625	2.110	+ 30%
Eerstelijnsbepaling				
Huisartsen	1.577	1.680	1.989	+ 18%
Tandartsen	176	266	323	+ 21%
Verloskunde	781	839	977	+ 16%
Kraamzorg	1.695	2.305	2.777	+ 20%
Paramedici	138	80	77	- 4%
GGD'en	3.941	1.718	2.113	+ 23%
Totaal	8.308	6.888	8.257	+ 20%
Totaal	51.440	61.341	63.658	+ 4%

Tabel 6.1 laat een stijging van de zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen in 2024 zien van circa € 2 mln. ten opzichte van 2023. Een belangrijke oorzaak voor de stijging is algehele stijging

¹⁴ <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

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 andere mogelijke oorzaak voor stijging van de kosten zou de recent, door de NLA en IGJ, gesignaleerde mogelijke fraude met deze regeling kunnen zijn.

Opvallend is wel dat desondanks in 2024 minder kosten zijn gemaakt voor langdurige zorg. Een mogelijke verklaring daarvoor betreft de inspanningen die het CAK al heeft gepleegd naar aanleiding van vermoedens van frauduleus gebruik van de regeling.

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 worden de vervoerders steeds bekender 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 al enige tijd geen restricties meer zijn stijgen de kosten weer. Dit is ook te zien bij kraamzorg.

6.6 Uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

Tabel 6.2 uitvoeringskosten onverzekerbare vreemdelingen

Bedragen x € 1.000	2022	2023	2024
CAK	1.535	1.692	3.369

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.¹⁵ 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 gelijkenis met die regeling, zij het dat het een andere groep van onverzekerde personen betreft. Deze subsidieregeling is bedoeld als een noodmaatregel (overgangsmaatregel). De huidige wetgeving voorziet niet in financiering van onverzekerde zorg met terugwerkende kracht en een wetswijziging zou geruime tijd vergen. Gelet op de problematiek werd in 2016 een oplossing op korte termijn wenselijk geacht. Bezien wordt op welke wijze een dergelijke financiering in de toekomst wettelijk verankerd kan worden.

De Subsidieregeling in grote lijnen.

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

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

¹⁵ 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 Actualiteiten m.b.t. de subsidieregeling

In de Kamerbrief¹⁶ van 21 oktober 2024 over de gevolgen van de Rijksbrede taakstelling subsidies voor het ministerie van VWS, heeft demissionair kabinet Schoof een taakstelling aangekondigd waarmee per 2027 € 40 miljoen structureel wordt gekort op de SOV.

Daarbij is eind 2024 het ministerie van VWS door de NLA en IGJ gewezen op de door hen gesignaleerde mogelijke fraude met deze regeling en de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV). Op basis van een verkenning en de beschikbare gegevens schatten de inspecties dat ongeveer 15% van de gedeclareerde zorg onder de OVV-regeling en 4% onder de SOV-regeling mogelijk onrechtmatig is. De inspecties wijzen op verschillende kwetsbaarheden van beide regelingen, zoals de laagdrempeligheid van declareren, het gebrek aan controlebevoegdheden voor het CAK en de anonimiteit van zorgaanbieders die fraude zoals spookzorg (declareren van niet geleverde zorg) mogelijk maakt.

Op dit moment wordt, op advies van het CAK, nagedacht over een nieuwe, doelmatigere en geharmoniseerde regeling voor de kosten van zorg aan onverzekerden (inclusief onverzekerbare vreemdelingen zie H6). Aandachtspunten hierbij zijn onder andere de hoogte van de vergoeding, de dekking van zorgkosten en de aanpak van fraude.

Daarnaast wordt momenteel gewerkt aan een wijziging van de huidige subsidieregeling om fraude tegen te gaan. Hierbij wordt gekeken naar korte termijn maatregelen zoals: het verplicht aanleveren van meer informatie zoals het KvK-nummer, bewijsstukken van andere financiers (dan het CAK), AGB en BIG codes, een M&O-register check en verbeterde samenwerking en informatie-uitwisseling met ketenpartijen.

7.3 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.

¹⁶ 36 600 XVI, nr. 32

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

	2022	2023	2024 (regulier)	2024 (Oekraïne)	2024 (regulier + OEK)
Farmacie	€ 1.301.479	€ 1.959.516	€ 2.660.394	€ 1.072.521	€ 3.732.915
GGZ	€ 12.437.552	€ 27.374.952	€ 35.299.673	€ 548.396	€ 35.848.069
Huisartsenzorg	€ 175.242	€ 383.837	€ 718.641	€ 160.505	€ 879.146
Overige zorg	€ 22.652	€ 25.492	€ 66.918	€ 20.211	€ 87.129
Hulpmiddelen	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Eerstelijnsverblijf	€ 393.629	€ 615.884	€ 931.140	€ 29.066	€ 960.206
Verloskundige zorg	€ 40.694	€ 143.573	€ 128.902	€ 19.244	€ 148.146
Wijkverpleging	€ 76.270	€ 301.099	€ 4.576.138	€ 183.796	€ 4.759.934
Ziekenhuizen	€ 34.107.430	€ 43.315.823	€ 58.136.274	€ 6.587.105	€ 64.723.379
Kraamzorg	€ 14.700	€ 49.590	€ 54.966	€ 13.546	€ 68.512
Paramedische zorg	€ 3.853	€ 5.780	€ 7.374	€ 7.422	€ 14.796
Tandheelk. zorg	€ 10.993	€ 15.631	€ 22.318	€ 1.818	€ 24.136
Totaal	€ 48.584.493	€ 74.191.177	€ 102.602.738	€ 8.643.631	€ 111.246.369

Op basis van de gegevens in tabel 7.1 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 2023 en 2024 door problemen met de declaratie software die vernieuwd moest worden door invoering van het zorgprestatiemodel. Opvallend is de aanzienlijke stijging van de kosten voor wijkverpleging in 2024.

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	2024
Nederland	117	1.076	3.592	5.789	6.620	8.671	14.936	17.624
EU/EER	26	662	3.294	6.595	8.929	11.875	19.177	21.284
Oekraïne						56.640	10.783	4.112
Andere landen	21	312	1.330	2.141	2.850	4.750	9.720	10.233
Onbekend			419	1.515	1.610	4.515	4.396	3.623
Totaal	164	2.050	8.635	16.040	20.009	86.451	59.012	56.876

Tabel 7.2 laat zien dat het aantal declaraties bij de meeste doelgroepen is toegenomen. Daarnaast valt op dat er vanaf 2019 er een groep is bijgekomen waarvan de nationaliteit onbekend is. Dit wordt veroorzaakt doordat zorgaanbieders dit bij de melding niet voldoende registreren. 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 sinds 2022 is afgenomen.

7.4 Uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden

Tabel 7.3 uitvoeringskosten subsidieregeling onverzekerden

Bedragen x € 1.000	2022	2023	2024
CAK	2.196	2.385	3.218

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/EER¹⁷, het Verenigd Koninkrijk¹⁸ 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 Terugtrekkingsakkoord¹⁹ en de Handels- en samenwerkingsovereenkomst²⁰.

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 uitkering²¹ 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).

¹⁷ De landen van de Europese Economische Ruimte (EER) zijn: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein.

¹⁸ 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.

¹⁹ Het terugtrekkingsakkoord liep van 1 februari 2020 tot en met 31 december 2020.

²⁰ Looptijd vanaf 1 januari 2021.

²¹ 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 geïnd²² (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.²³

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 van verblijf*. In deze rol organiseert Zilveren Kruis het vergoeden van gemaakte zorgkosten voor 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	2022	2023	2024
Gezinsleden van verzekerden	21.512	20.532	20.018
Achtergebleven gezinsleden van verzekerden	1.835	1.695	1.561
Gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden	84.477	85.362	86.868
Gezinsleden van gepensioneerden/ uitkeringsgerechtigden	16.056	15.301	14.703
Totaal	123.880	122.890	123.150

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.

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

²² 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.
²³ Arrest Van Delft C-345/09.

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.²⁴

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 2024 in totaal € 158 mln. aan verdragsbijdrage betaalden (2023 € 151 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.)	2022	2023	2024	Verschil
werkelijke kosten ²⁵	233,5	251,5	185,7	-65,8
gemiddelde kosten ²⁶	53,0	54,1	69,8	15,7
Totaal	286,5	305,6	255,5	-50,1

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.

In 2024 betaalde het CAK in totaal € 255,5 mln. aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen. Dit is een daling van €50,1 mln. ten opzichte van 2023. Het is niet mogelijk één directe oorzaak te geven voor deze daling. 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. 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.

²⁴ Rb. Den Haag 31 maart 2006, ECLI:NL:RBSGR:2006:AV7778 en Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 52.

²⁵ 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.

²⁶ Afwikkeling op basis van gemiddelde kosten geschiedt met een beperkt aantal landen, zie ook tabel 8.4. Dit houdt in dat voor iedere verdragsgerechtigde een vast bedrag aan het betreffende land wordt toegekend. Dit bedrag wordt vastgesteld op basis van de gemiddelde zorguitgaven per verzekerde van dat land.

Tabel 8.3 Aantallen verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage (bron: CAK)²⁷

Land	Totaal	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	Ontvangen bijdragen 2024 (x 1.000)
EU/EER/Zwitserland/VK					
België	14.525	58	13.285	1.182	38.402
Bulgarije	284	1	248	35	91
Cyprus	166	0	150	16	180
Denemarken	116	12	101	3	517
Duitsland	22.847	10.142	11.927	778	46.429
Estland	22	6	16	0	22
Finland	51	0	50	1	204
Frankrijk	8.264	129	7.429	706	28.005
Griekenland	1.188	45	1.045	98	853
Hongarije	1.616	25	1.347	244	1.044
Ierland	318	6	278	34	1.039
IJsland	3	0	3	0	4
Italië	1.615	77	1.459	79	2.608
Kroatië	524	17	469	38	574
Letland	16	2	11	3	9
Liechtenstein	2	0	1	1	5
Litouwen	37	2	31	4	38
Luxemburg	163	5	152	6	369
Malta	174	3	165	6	295
Noorwegen	133	4	117	12	501
Oostenrijk	764	27	683	54	2.337
Polen	3.318	2.265	903	150	598
Portugal	3.612	20	3.255	337	4.058
Roemenië	263	34	191	38	110
Slovenië	68	7	56	5	77
Slowakije	189	102	81	6	71
Spanje	13.881	119	12.459	1.303	22.139
Tsjechië	330	45	245	40	348
Verenigd Koninkrijk	1.175	3	997	175	2.730
Zweden	711	5	599	107	2.867
Zwitserland	453	9	430	14	1.580
Totaal EU/EER/Zwitserland/VK	76.828	13.170	58.183	5.475	158.104

²⁷ 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 2024 (x 1.000)
Bosnië Herzegovina	416	2	368	46	145
Kaapverdië	1.284	86	1.010	188	66
Marokko	18.685	368	12.340	5.977	761
Noord-Macedonië	174	0	147	27	23
Tunesië	649	47	446	156	38
Turkije	15.333	474	11.209	3.924	2.302
Voormalige Rep. Joegoslavië					
* Kosovo	0	0	0	0	0
* Montenegro	53	3	45	5	14
* Republiek Servië	731	20	672	39	185
* Republika Srpska	231	4	214	14	0
Totaal bilateraal	37.556	1.004	26.451	10.376	3.534
Totaal	114.384	14.174	84.634	15.851	161.638

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)

(x € 1 mln.)	2023		2024	
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten
België	122,5		89,3	
Bosnië-Herzegovina		0,5		
Bulgarije	0,1		0,1	
Cyprus		0,2		0,3
Duitsland	82,6		65,9	
Engeland				10,6
Finland	0,2		0,2	
Frankrijk	29,3		18	0,1
Griekenland	0,7		0,3	
Hongarije	1		0,6	
Ierland		3		1,8
Italië	1,8		0,9	
Kroatië	0,2		0,6	
Kaapverdië				0,6
Luxemburg	2,2		0,7	
Malta	0,1			
Noord-Macedonië		0,1		
Marokko		6,1		5,9
Noorwegen				1
Oostenrijk	4,2		5,1	
Polen	1,8		1,2	
Portugal		2,6		3,1
Roemenië				
Servië		0,4		0,7
Slovenië	0,2		0,1	
Slowakije	0,2		0,2	
Spanje	0,3	43,9	0,4	44,5
Tsjechië	0,8		0,7	
Tunesië ²⁸				
Turkije		1,8		4,8
Zweden		1,6		1,7
Zwitserland	3,2		1,3	
Diverse landen ²⁹	0,1		0,1	0,6
TOTAAL	251,5	54,1	185,7	69,8

In tabel 8.4 zijn de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten per land over de jaren 2023 en 2024 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 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.

²⁸ De betaling van de kosten wordt uitgevoerd zodra de benodigde gegevens uit Tunesië zijn ontvangen.

²⁹ Republiek Srpska, Denemarken, IJsland, Estland, Letland, Litouwen, Liechtenstein

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

Jaar	2022	2023	2024
Aantal personen	11.876	12.891	12.094
Totaal (x € 1 mln.)	40,42	47,0	54,58

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden zijn opnieuw gestegen. Er is niet onderzocht waar de toename door veroorzaakt wordt. De toename is mogelijk te verklaren door het vertrouwen in de kwaliteit van zorg, het gemak van de Nederlandse taal, wachttijden in het woonland en de mogelijkheid dit te combineren met familiebezoek.

In tabel 8.6 wordt een overzicht gegeven van het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland in 2024 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	3331	11826,1	340,7
Bulgarije	33	168,5	
Cyprus	21	91,4	
Denemarken	6	5,8	
Duitsland	4797	24603,0	213,4
Estland	2	3,1	
Finland	2	0,4	
Frankrijk	961	4203,2	0,49
Griekenland	99	539,7	
Groot Brittannië	26	61,8	
Hongarije	257	1196,0	
Ierland	22	73,8	
IJsland	0	0	0
Italië	194	678,8	
Kroatië	20	46,7	
Letland	1	19,6	
Litouwen	3	0,7	
Luxemburg	40	284,1	
Malta	53	246,5	
Noorwegen	10	27,1	
Oostenrijk	56	200,3	
Polen	59	530,1	
Portugal	433	1982,7	
Roemenië	37	179,8	
Slovenië	8	24,2	
Slowakije	7	36,7	
Spanje	1549	6169,4	8,5
Tsjechië	31	173,6	
Zweden	53	145,0	
Zwitserland	108	501,8	
Totaal	12219	54019,8	563,1

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. Daarnaast komen, na Duitsland en België, relatief veel verdragsgerechtigden uit Spanje

(1.549 personen) en Frankrijk (961 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 kunnen op meerdere manieren de zorgkosten declareren 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-verzekerden³⁰ (bronnen: Zorginstituut Nederland)

	2022	2023	2024
Zvw-polis	256,4	285,9	322,8
Verordening of verdrag	507,6	233,2	229,4
Totaal (x € 1 mln.)	763,9	519,1	552,2

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:

- In 2024 is er sprake van een toename van 33,1 miljoen ten opzichte van 2023.
- 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.
- 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).

³⁰ De lasten voor het jaar 2022 komen uit de jaarstaat 2024 en zijn definitief. De lasten voor de jaren 2023 en 2024 komen uit de tweede kwartaalstaat van 2025: het zijn voorlopige cijfers, die bij toekomstige aanleveringen kunnen veranderen. Zie ook: [Zorgcijfersdatabank.nl](https://zorgcijfersdatabank.nl)

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 2024 28.785 views (waarvan 8.524 views op de Engelstalige pagina's). Het merendeel 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 2024 in totaal 33 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. De tabel geeft ook inzicht in het onderwerp van de vragen. 18 verzoeken waren niet voor het NCP bestemd.

Tabel 8.8 Aantal verzoeken NCP (bron: CAK)

Aantal verzoeken aan het NCP			
	2022	2023	2024
Inkomende patiënten			
Kosten behandeling	6	5	2
Zorglandschap	9	1	0
Gebruik EHIC	22	6	0
Kwaliteit van zorg	0	0	0
Patiënten rechten	2	2	0
Algemeen	18	6	12
Uitgaande patiënten			
Vergoeding van kosten	6	5	0
Toestemmingsvraag	3	2	0
Gebruik EHIC	0	0	0
Zorgvraag	1	0	0
Algemeen	1	3	0
Overig ³¹	4	2	0
NCP - Niet voor NCP ³²	124	16	18
Totaal	196	48	33

³¹ Vragen die onder 'overig' zijn geregistreerd betreffen voornamelijk vragen over wet- en regelgeving en vragen uit andere Europese lidstaten.

³² 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.