

Verzekerdenmonitor 2014

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen

Den Haag, september 2014

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN.....	5
1.1 Inleiding	5
1.2 AWBZ-verzekerden en Zvw-verzekeringsplichtigen.....	5
HOOFDSTUK 2. WANBETALERS	8
2.1 Inleiding	8
2.2 De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering	8
2.3 Uitvoering van de wanbetalersregeling	9
2.3.1 Uitvoering door zorgverzekeraars	9
2.3.2 Uitvoering door het Zorginstituut.....	9
2.4 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling	10
2.4.1 Gegevens over wanbetalers in het voortraject (< zes maanden).....	10
2.4.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime	12
2.4.3 Achtergrondkenmerken van wanbetalers	13
2.5 Financiële aspecten van de wanbetalersregeling.....	18
2.5.1 Bestuursrechtelijke premie en zorgtoeslag	18
2.5.2 Wanbetalersbijdrage	19
2.5.3 Uitvoeringskosten	19
2.6 Voorlichting.....	20
HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN	22
3.1 Inleiding	22
3.2 Werking van de maatregelen van de Wet Ovoz	22
3.3 Uitvoering van de Wet Ovoz	23
3.4 Voorlichting.....	24
HOOFDSTUK 4. GEMOEDSBEZWAARDEN	26
4.1 Inleiding	26
4.2 Aantal gemoedsbezwaarden	26
4.3 Omvang zorgkosten gemoedsbezwaarden	27
4.4 Uitvoering van de gemoedsbezwaardenregeling	27

HOOFDSTUK 5. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN .. 28

5.1 Inleiding	28
5.2 De wettelijke bijdrageregeling	28
5.3 Uitvoering van de regeling	29
5.4 De kosten van de bijdrageregeling	29
5.4.1 Ziekenhuiszorg	29
5.4.2 Farmacie	30
5.4.3 Geestelijke gezondheidszorg	30
5.4.4 AWBZ.....	30
5.4.5 Hulpmiddelen en ambulancevervoer.....	30
5.4.6 Eerstelijnszorg	30
5.5 De eigen bijdrage voor medicijnen (vijfeuromaatregel)	31
5.6 Contractering	32

HOOFDSTUK 6. INTERNATIONALE ASPECTEN 33

6.1 Inleiding	33
6.2 Verdragsgerechtigden.....	33
6.3 Uitvoering van de internationale sociale ziektekostenregelingen voor verdragsgerechtigden in het buitenland.....	34
6.4 Aantal in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden	34
6.5 Opbrengsten en kosten van in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden.....	35
6.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage	35
6.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland.....	36
6.5 Zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland	38
6.6 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden	40
6.7 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg.....	41

HOOFDSTUK 7. CARIBISCH NEDERLAND..... 43

7.1 De zorgverzekering in Caribisch Nederland.....	43
7.2 Verbetering van de zorg.....	43

HOOFDSTUK 1. HET STELSEL VAN SOCIALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN

1.1 Inleiding

Het Nederlandse stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen is opgebouwd uit twee onderdelen. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ) vergoedt de kosten van langdurige zorg voor mensen met een ernstige beperking door een handicap, chronische ziekte of ouderdom.

De Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) is de verzekering tegen de kosten van op herstel gerichte zorg. Met de AWBZ en de Zvw zorgen we er in Nederland voor dat iedereen die daar recht op heeft, de noodzakelijke zorg op een betaalbare manier 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 zorgverzekeringen.

Deze monitor gaat niet in op deze gehele groep Zvw-verzekerden, maar concentreert zich op enkele relatief kleine groepen die bijzondere aandacht verdienen. Groepen waarvoor aparte regelingen zijn gecreëerd en die worden uitgevoerd door Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut). Kennis van de omvang van de totale groep verzekerden is echter van belang om de bijzondere groepen in perspectief te kunnen plaatsen.

1.2 AWBZ-verzekerden en Zvw-verzekeringplichtigen

Voor de volksverzekeringen, waarvan de AWBZ er één is, zijn personen die in Nederland ingezetene zijn (en hier dus wonen) van rechtswege verzekerd. Ook personen die hier niet wonen, maar die in Nederland in dienstbetrekking werken en aan de loonbelasting zijn onderworpen, zijn van rechtswege verzekerd. Hierop gelden uitzonderingen. Deze zijn opgenomen in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (BUB 1999). Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan buitenlandse diplomaten, 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 genoemd besluit toch onder de Nederlandse wetgeving vallen, zoals Nederlandse ambtenaren in het buitenland en tijdelijk buiten Nederland studerende.

Daarnaast zijn er Nederlanders die in het buitenland wonen maar uit Nederland een uitkering of pensioen ontvangen. Deze personen worden ook wel Nederlandse verdragsgerechtigden genoemd. Hoofdstuk 6 gaat onder andere in op de kosten die worden gemaakt door Nederlandse verdragsgerechtigden. Verder zijn vreemdelingen die illegaal in Nederland verblijven en vreemdelingen zonder verblijfsvergunning uitgesloten van de AWBZ-verzekering en daardoor van de toegang tot de zorgverzekeringen. Zij hebben in voorkomend geval natuurlijk wel medische zorg nodig. Indien er behoefte is aan medisch noodzakelijke zorg, dan zal deze zorg niet worden geweigerd. Uitgangspunt daarbij is, dat betrokkenen de kosten van de zorg zelf betalen. Indien zij daartoe niet in staat blijken, kunnen zorgaanbieders onder voorwaarden een beroep doen op een wettelijke bijdrageregeling die wordt uitgevoerd door het Zorginstituut. Op grond van deze regeling worden aan hen de kosten, voor zover zij die niet kunnen verhalen op de betreffende persoon, geheel of gedeeltelijk vergoed. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de uitvoering van deze wettelijke bijdrageregeling.

Voor de Zvw zijn mensen niet automatisch verzekerd. Zij zijn wel verplicht die verzekering te sluiten bij een zorgverzekeraar die zij zelf kiezen. Vrijwel alle mensen die AWBZ-verzekerd zijn, zijn verzekeringsplichtig voor de Zvw. Hierop zijn twee uitzonderingen, namelijk voor militairen in werkelijke dienst en voor gemoedsbezwaarden.

Gemoedsbezwaarden zijn mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering. Onder strikte voorwaarden kunnen zij bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) een ontheffing van de premieplicht aanvragen. Eind 2012 waren er 12,5 duizend gemoedsbezwaarden. In hoofdstuk 4 wordt nader op deze groep ingegaan.

Veruit het grootste deel van de Nederlandse bevolking sluit een zorgverzekering en betaalt (maandelijks) nominale premie aan een zorgverzekeraar.

In totaal waren er op 1 juli 2014 16,8 miljoen Zvw-verzekerden. In 2013 hebben zij € 19,1 miljard aan nominale premie en eigen risico aan hun verzekeraars betaald.

Daarnaast is € 22,9 miljard aan inkomensafhankelijke bijdrage geïnd. In totaal is er in 2013 dus ruim € 42 miljard aan Zvw-premie betaald.

De regering acht het wenselijk dat er één instantie is die vaststelt of iemand AWBZ-verzekerd is. Aangezien de SVB ook voor de andere volksverzekeringen de verzekeringsstatus vaststelt is er in 2011 voor gekozen om de SVB de exclusieve bevoegdheid te geven om de AWBZ-verzekeringsstatus vast te stellen. Dit is geregeld in de 'Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' (hierna: Wet Ovoz)¹. Een bestand met alle AWBZ-verzekerden bestond tot 2011 niet. In het kader van de opsporing van onverzekerde verzekeringsplichtigen heeft de SVB een positieve, actuele AWBZ-verzekerdenregistratie gemaakt, die aansluit bij een reeds in uitvoering zijnde opzet voor een volksverzekerdenadministratie. Zorgverzekeraars kunnen de SVB verzoeken informatie te verstrekken over de verzekeringsstatus van een aspirant-verzekerde wanneer twijfel bestaat over zijn verzekeringsplicht van. Op die manier kunnen zij vaststellen dat iemand AWBZ-verzekerd is en dus moet worden geaccepteerd voor de zorgverzekering. Ook burgers kunnen hier terecht met een vraag over hun verzekeringsstatus. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de Wet Ovoz.

Niet iedereen die verzekeringsplichtig is voor de Zvw sluit daadwerkelijk een zorgverzekering. Eind 2013 waren nog ruim 28 duizend mensen actief onverzekerd. Daarnaast waren er eind 2013 nog ruim 316 duizend personen die wel een verzekering hebben, maar die de nominale premie niet betalen.

De regering vindt het ongewenst dat mensen zich onttrekken aan de verzekeringsplicht of de premieplicht omdat dit de solidariteit van het zorgverzekeringsstelsel aantast. Daarom bestaan er diverse maatregelen om het aantal onverzekerden en wanbetalers terug te dringen. In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op de uitvoering van maatregelen om wanbetalers zorgverzekering tegen te gaan.

Een bijzonder aspect van het stelsel van Nederlandse ziektekostenverzekeringen vormt de zorgverzekering in Caribisch Nederland (Bonaire, Saba, Sint Eustatius). Sinds 1 januari 2011 is voorzien in een zorgverzekering die op de specifieke situatie van de eilanden is toegespitst. Deze geldt voor iedereen die rechtmatig woont of werkt op het grondgebied van Caribisch Nederland. Het gaat om circa 23 duizend verzekerden. In hoofdstuk 7 wordt de zorgverzekering in Caribisch Nederland nader beschouwd.

¹ Stb. 2011, 111.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal Zvw-verzekerden en de omvang van de diverse bijzondere groepen per 31 december 2013 die in deze monitor aan de orde komen. Deze monitor geeft echter daar waar mogelijk de laatste stand van zaken weer.

Tabel 1.1: Totaal aantal Zvw-verzekerden en bijzondere groepen in deze monitor (eind 2013)

Groepen personen per 31 december 2013	Omvang
Zvw-verzekerden	16.800.000
Wanbetalers	316.000
Onverzekerden	28.000
Gemoedsbezwaarden	12.600
Illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen*	€ 29.800.000
Verdragsgerechtigden	180.000
Verzekerden Caribisch Nederland	23.000

* de omvang van de groep is niet bekend

HOOFDSTUK 2. WANBETALERS

2.1 Inleiding

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

Vanaf de invoering van de Zvw zijn maatregelen genomen om het aantal mensen met premieachterstand terug te dringen. Om te voorkomen dat wanbetalers door zorgverzekeraars geroyeerd zouden worden (en onverzekerd zouden raken), heeft VWS vrij snel na de invoering van de Zvw afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over de volledige uitvoering van de basisverzekering bij verzekerden met een premieachterstand langer dan zes maanden. Zorgverzekeraars royeren niet langer verzekerden met een premieachterstand. Voor het verzekerd houden van de wanbetalers compenseert VWS de zorgverzekeraars zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt.

Daarnaast is met de Wet versterken incassoregime² een wettelijk verbod ingevoerd voor het opzeggen van de verzekering door de verzekerde als er sprake is van een betalingsachterstand van minimaal een maandpremie. Al in 2007 werd voorzien dat deze maatregelen niet voldoende zouden zijn om het aantal wanbetalers terug te dringen. Om die reden is de Zvw aangevuld met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, die in 2009 in werking is getreden³. In 2011 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de uitvoering van deze wanbetalersregeling. De aanbevelingen uit deze evaluatie hebben onder meer geleid tot indiening van het wetsvoorstel 'Wet verbetering wanbetalersmaatregelen', dat thans in de Tweede Kamer voor behandeling voorligt.⁴

2.2 De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering

Met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering is in 2009 Afdeling 3.3.2 (artikelen 18a tot en met 18g) aan de Zvw toegevoegd. De wet voorziet er in dat zorgverzekeraars in een vroeg stadium van schuldachterstand wanbetalers een betalingsregeling bieden, overgaan tot automatische incasso en wanbetalers wijzen op de mogelijkheden van schuldhulpverlening. Zij benaderen hiertoe in de tweede en vierde maand de verzekerden en wijzen hen daarbij op de consequenties van wanbetaling. Wanbetalers die langer dan zes maanden hun premie niet hebben betaald, worden door de zorgverzekeraar aangemeld bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut heft dan een bestuursrechtelijke premie (in 2014 is dit een bedrag van ruim € 140 per maand). Deze bestuursrechtelijke premie wordt vervolgens zoveel mogelijk via het principe van bronheffing ingehouden op het inkomen van de wanbetaler. Indien bronheffing niet mogelijk is, vinden er incassoactiviteiten plaats. Incassoactiviteiten worden in opdracht van het Zorginstituut uitgevoerd door het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB).

² Wet van 13 december 2007 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering)(Stb. 2007, 540).

³ Wet van 18 juli 2009 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)(Stb. 2009, 356).

⁴ Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met verbetering van de maatregelen bij niet-betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie en enkele andere wijzigingen (Kamerstukken II, 2012/13, 33 683).

Het Zorginstituut heft en int de bestuursrechtelijke premie totdat de wanbetaler al zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, er door tussenkomst van een schuldhulpverlener een afbetalingsregeling is getroffen, een stabilisatieovereenkomst is overeengekomen of indien er een wettelijk of minnelijk schuldtraject loopt en de nominale premie aan de zorgverzekeraar wordt betaald.

2.3 Uitvoering van de wanbetalersregeling

De wanbetalersregeling kent twee fases. De voorfase in het private traject wanneer er sprake is van betalingsachterstand van de nominale zorgpremie van ten hoogste zes maandpremies, en de (publieke) bestuursrechtelijke fase die start wanneer een verzekerde door de zorgverzekeraar is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.

2.3.1 Uitvoering door zorgverzekeraars

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 dient de zorgverzekeraar een betalingsregeling aan te bieden om de openstaande schuld, eventuele incassokosten en rente alsnog te betalen. Dat aanbod gaat gepaard met automatische incasso van de lopende maandpremie. Ook moet de zorgverzekeraar de mogelijkheid bieden de polis te splitsen als er sprake is van meerdere verzekerden en moet hij wijzen op de mogelijkheid van schuldhulpverlening en de gevolgen als de premieachterstand verder oploopt. In de praktijk wordt deze brief de tweedemaandsbrief genoemd.

Zodra een betalingsachterstand van vier maanden zorgpremie is geconstateerd, moet de zorgverzekeraar de wanbetaler informeren dat bij zes maanden premieachterstand de melding aan het Zorginstituut 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 Zorginstituut worden aangemeld. In de praktijk wordt deze brief de vierdemaandsbrief genoemd. Bij een premieachterstand ter grootte van zes maanden nominale premie wordt de verzekerde aangemeld bij het Zorginstituut. Na aanmelding als wanbetaler betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. De zorgverzekeraar ontvangt voor het verzekerd houden van de wanbetaler een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

Hoewel de praktijk bij zorgverzekeraars op onderdelen verschilt, volgen alle zorgverzekeraars in grote lijnen het "Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringwet" van 16 maart 2011. Voor het innen van achterstallige premie en kosten wordt eerst een minnelijk traject gevolgd, waaraan geen of lage kosten zijn verbonden. Pas als dit minnelijk traject niets oplevert, wordt in voorkomende gevallen een deurwaarder ingeschakeld, die eerst ook een buitengerechtelijk traject volgt. De zorgverzekeraar zal proberen de premieschuld, inclusief rente en incasso, te innen. Afbetaling van alle schuld die voortvloeit uit de Zvw (dus ook achterstand van het eigen risico) is een van de mogelijkheden om een wanbetaler af te melden bij het Zorginstituut.

2.3.2 Uitvoering door het Zorginstituut

Na de aanmelding als wanbetaler betaalt de verzekerde in plaats van de nominale premie een (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heft en int de bestuursrechtelijke premie. Indien mogelijk wordt de inning gedaan door bronheffing, waarbij het Zorginstituut 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 Zorginstituut zorg voor de overdracht van de inning aan het CJIB, dat in eerste instantie

door middel van een acceptgiro, en anders door het nemen van incassomaatregelen, de premie probeert te innen. Een belangrijke verbetering in het incassotraject, die in de loop van 2013 werd ingevoerd, is de rechtstreekse afdracht door de Belastingdienst aan het Zorginstituut van de zorgtoeslag voor wanbetalers in het bestuursrechtelijk premie-regime. Daarnaast wordt door het Zorginstituut jaarlijks bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) gecontroleerd of een wanbetaler wederom een bron van inkomen heeft, zodat bronheffing in plaats van incasso kan plaatsvinden. De aan de uitvoering door het Zorginstituut, het CJIB en de deurwaarders verbonden kosten worden betaald uit de bestuursrechtelijke premie.

2.4 Cijfermatige aspecten van de wanbetalersregeling

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

De wanbetalersregeling kent verschillende actoren (zorgverzekeraars, broninhouders, CJIB, Belastingdienst) in verschillende fasen. De uitvoering door het Zorginstituut heeft daarin een prominente rol. Om die reden is naar aanleiding van de evaluatie besloten dat het Zorginstituut een regierol voert bij de uitvoering van de regeling waar alle bij de uitvoering van belang zijnde aspecten aan de orde kunnen komen. In het verlengde van dit Ketenoverleg⁵ verstrekken zorgverzekeraars sinds eind 2013 aan het Zorginstituut gegevens. In de ketenmonitor wordt een aantal gegevens uit het traject bij zorgverzekeraars gecombineerd met de gegevens in het bestuursrechtelijk premieregime. In april 2014 is de eerste ketenmonitor ter beschikking gekomen ten behoeve van de bij het Ketenoverleg betrokken partijen. Deze is gebaseerd op gegevens van het vierde kwartaal 2013 en het eerste kwartaal 2014. De ketenmonitor wordt periodiek geactualiseerd en uitgebreid. Aan de hand van deze ketenmonitor kunnen gegevens in de gehele keten worden geanalyseerd op trends en ontwikkelingen. De onderstaande tabellen⁶ zijn aan deze ketenmonitor ontleend.

Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven

De tweede- en vierdemaandsbrieven die de zorgverzekeraars versturen 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. Uit Tabel 2.1 is op te maken dat op elk van de peilmomenten sprake is van een forse reductie van het aantal vierdemaandsbrieven ten opzichte van het aantal tweedemaandsbrieven. Hoewel uit de instroomgegevens van het Zorginstituut blijkt dat het aantal meldingen na zes maanden eveneens terugloopt (in maart/april 2014 ca. 11.000 per maand), wordt de grootste reductie in betalingsachterstanden gerealiseerd tussen de tweede en de vierde maand.

Tabel 2.1: Aantallen tweede- en vierdemaandsbrieven (bron: Zorginstituut)

Verstuurde 2e- en 4e-maandsbrieven (einde maand)	sep 2013	dec 2013	mrt 2014
Verstuurde tweedemaandsbrieven	39.081	39.446	48.595
Verstuurde vierdemaandsbrieven	14.601	19.365	17.778

Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraars

Tabel 2.2 geeft informatie over de betalingsachterstand van zorgpremie, waarbij de genoemde aantallen de opbouw van de premieachterstand over een langere termijn weergeven. De tabel geeft daardoor ook een indicatie over de omvang van de schuldenproblematiek. In maart 2014 hadden ruim 650.000 verzekerden een betalingsachterstand.

Uit de tabel blijkt verder dat een deel van de mensen met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden niet bij het Zorginstituut is aangemeld (het aantal mensen met

⁵ Deelnemers aan het Ketenoverleg zijn: Zorginstituut, zorgverzekeraars, ZN, Belastingdienst/Toeslagen, UWV, SVB, CJIB, deurwaardersbranche, NVVK en VWS.

⁶ Bron: Zorginstituut - Dashboard wanbetalers Q4 2013 v3 en Q1 2014 v1 (juli 2014)

een betalingsachterstand van meer dan zes maanden is immers groter dan het aantal wanbetalers dat is aangemeld bij het Zorginstituut.⁷ Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat een betalingsregeling is getroffen waarbij de lopende maandpremies worden voldaan. In die gevallen vindt geen aanmelding plaats.

Tabel 2.2: *Betalingsachterstand nominale premie zorgverzekeraars (bron: Zorginstituut)*

Betalingsachterstand maandpremie (einde maand)		sep 2013	dec 2013	mrt 2014
Verzekerden met betalingsachterstand van 2-4 maandpremies	2 tot 4 maanden	188.133	181.136	165.555
Verzekerden met betalingsachterstand van 4-6 maandpremies	4 tot 6 maanden	113.013	119.304	120.039
Verzekerden met betalingsachterstand van 6 of meer maandpremies	6 of meer maanden	338.499	368.145	368.108

Aantal betalingsregelingen en stabilisatieovereenkomsten

In Tabel 2.3 is het aantal betalingsregelingen vermeld die zorgverzekeraars hebben gesloten met hun verzekerden. Steeds meer verzekerden verzoeken hun zorgverzekeraar om deze mogelijkheid

Zorgverzekeraars hebben aangegeven bij een betalingsregeling altijd de totale achterstand (premie én eigen risico) in de betalingsregeling te betrekken.

Betalingsregelingen bij de deurwaarder hebben zowel betrekking op de buitengerechtigde- als de gerechtelijke fase. De economische crisis, al dan niet in samenloop met persoonlijke omstandigheden, uit zich ook in deze cijfers. Uit gesprekken met een aantal zorgverzekeraars blijkt dat werkloosheid en echtscheiding (soms gepaard met gedwongen verkoop van het huis) het vaakst reden zijn voor het verzoek tot een betalingsregeling. Overigens is bij de kortste achterstand van twee tot vier maanden het laatste halfjaar een daling zichtbaar. Het is nog te vroeg om te kunnen bepalen of deze trend zal doorzetten.

In Tabel 2.3 is ook het aantal stabilisatieovereenkomsten opgenomen. 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. Het is een schriftelijke overeenkomst tussen de schuldhulpverlener en de schuldenaar. Bij een stabilisatieovereenkomst worden incassomaatregelen gedurende maximaal acht maanden opgeschort. Binnen die periode dient de schuldhulpverlener te pogen om een minnelijke regeling tot stand te brengen met alle schuldeisers. Een stabilisatieovereenkomst is reden tot afmelding uit het bestuursrechtelijk premieregime, zodat de wanbetaler meer financiële ruimte krijgt voor afbetaling van de schulden. Uit gegevens van het Zorginstituut blijkt dat circa de helft van de stabilisatieovereenkomsten echter niet definitief tot stand komt dan wel mislukt.

Tabel 2.3: *Aantal betalingsregelingen en stabilisatieovereenkomsten (bron: Zorginstituut)*

Aantal betalingsregelingen (einde maand)		sep 2013	dec 2013	mrt 2014
Aantal betalingsregelingen (premie en eigen risico)	intern	107.291	124.644	157.757
Aantal betalingsregelingen (premie en eigen risico)	deurwaarder	116.044	120.241	125.109
Aantal stabilisatieovereenkomsten		7.517	7.085	7.221

⁷ Zie tabel 1.1

Openstaande schuld bij wanbetalers in bestuursrechtelijk premiereregime

In Tabel 2.4 is opgenomen het aantal aanmeldingen gerelateerd aan de nog openstaande schuld bij zorgverzekeraars. Hieruit blijkt dat het aantal aangemelde wanbetalers bij wie nog een schuld tot €250 open staat aanmerkelijk is toegenomen. De cijfers vormen een indicatie van de mate waarin inspanningen worden verricht om de schuld terug te brengen én geven een beeld van het aantal wanbetalers voor wie zicht bestaat op afmelding uit het bestuursrechtelijk premiereregime omdat de schuld nog maar relatief klein is.

Tabel 2.4: Openstaande schuld van <€250, €250-€750 en >€750 (bron: Zorginstituut)

Aantal aanmeldingen bij het CVZ (einde maand)		sep 2013	dec 2013	mrt 2014
Aantal verzekerden die zijn aangemeld bij het CVZ met openstaande schuld van <€250	< €250	14.992	15.093	17.207
Aantal verzekerden die zijn aangemeld bij het CVZ met openstaande schuld van €250-€750	€250-€750	62.398	68.657	69.863
Aantal verzekerden die zijn aangemeld bij het CVZ met openstaande schuld van >€750	> €750	235.591	235.887	231.333

2.4.2 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premiereregime

Ontwikkeling van het aantal wanbetalers

Het Zorginstituut verzorgt sinds de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling maandelijks overzichten met betrekking tot het aantal wanbetalers. Deze overzichten geven op maandbasis feitelijk inzicht in de ontwikkeling van het aantal wanbetalers en de redenen van afmelding uit het bestuursrechtelijk premiereregime. Een aantal van de belangrijkste data is opgenomen in Tabel 2.5.

Op 1 juli 2014 waren er bij het Zorginstituut ruim 328.500 wanbetalers aangemeld aan wie het Zorginstituut een bestuursrechtelijke premie oplegt.

Het aantal wanbetalers is geen statisch getal: maandelijks stromen er gemiddeld zo'n 10.000 nieuwe wanbetalers in, maar er stromen ook maandelijks vele duizenden mensen uit. Uit de maandelijkse groei kan worden opgemaakt dat er nog steeds sprake is van een absolute stijging (dus minder uitstroom) van het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premiereregime.

Bemoedigend is nog steeds dat mensen ondanks de aanhoudende financiële en economische crisis, nog meer dan in voorgaande twee jaren het geval was, in staat blijken afspraken over een schuldregeling na te komen of hun schulden af te betalen, zodat afmelding uit het bestuursrechtelijk premiereregime kan volgen.

De belangrijkste uitstroomredenen⁸ zijn afbetaling van schulden en totstandkoming van de minnelijke schuldhulpverlening. Dit laatste vertoont ten opzichte van 2012 een stijging van 42% in 2013 en lijkt ook in 2014 absoluut enigszins toe te nemen.

Hoewel de succesratio van het toepassen van de stabilisatieovereenkomst maar circa 50% is, is het aantal geslaagde overeenkomsten wederom toegenomen.

Voorts blijkt uit de tabel dat ook in 2013 het aantal wanbetalers dat als "niet meer verzekerd" is afgemeld, relatief hoog is. Dit is mede een gevolg van de betere controle op het verzekeringsrecht, waardoor wanbetalers waarvan bleek dat ze niet meer verzekeringsplichtig waren, uitstroomden. Voor meer informatie over het verzekeringsrecht wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

⁸ Niet vermeld zijn 'overlijden' en 'overige'.

Tabel 2.5: Aantal wanbetalers in bestuursrechtelijk premiereregime en uitstroomredenen (bron: Zorginstituut- OHI1080 Wanbetalers - Aantallen - 1 juli 2014)

Aantal wanbetalers met bestuursrechtelijke premie	2010	2011	2012	2013	2014 (1-7)
Aantal wanbetalers met bestuursrechtelijke premie	266.502	303.797	298.716	316.006	328.576
Instroom	301.852	122.835	118.913	127.327	73.913
Uitstroom	37.578	85.552	124.075	110.087	61.343
Belangrijkste uitstroomredenen:					
Niet meer verzekerd	6.227	12.130	45.011	27.065	15.434
Niet meer premieplichtig	6.283	3.705	3.688	3.965	1.453
Intrekking (ten onrechte aangemeld)	21.605	7.882	10.085	9.255	4.260
Schuld voldaan	12.477	44.408	48.755	46.466	25.429
Minnelijke schuldhulpverlening	2.737	4.084	6.557	9.344	5.054
Wet schuldsanering	1.525	3.858	4.640	4.664	2.314
Stabilisatieovereenkomst	7.552	15.781	14.125	17.086	9.043

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premiereregime

Het aantal maanden dat iemand verblijft in het bestuursrechtelijk premiereregime geeft een indicatie van de mate waarin mensen er in slagen uit te stromen. Hoe langer de verblijfsduur, hoe kleiner de kans dat uitstroom op eigen kracht tot de mogelijkheden behoort. Ongeveer 46% van de wanbetalers tot de leeftijd van 35 jaar (zie hierna Tabel 2.8) verblijft al meer dan 24 maanden in het bestuursrechtelijk premiereregime.

Tabel 2.6: Aantal maanden in bestuursrechtelijk premiereregime (bron: CBS)

Aantal maanden wanbetaler	0-12	13-24	>24
18 tot 20 jaar	3.100	180	0
20 tot 25 jaar	13.190	8.630	12.300
25 tot 35 jaar	24.850	13.790	42.620
35 tot 50 jaar	29.130	17.070	52.630
50 tot 65 jaar	14.440	8.850	31.270
65 jaar of ouder	2.610	1.500	6.300
Totaal	87.320	50.010	145.110

Recidive

In Tabel 2.7 is opgenomen hoeveel wanbetalers, na te zijn afgemeld door een zorgverzekeraar, weer opnieuw worden aangemeld. Het betreft het aantal wanbetalers gedurende de gehele periode 2009 tot 1 oktober 2013 dat voor een tweede keer of vaker is aangemeld. Uit de cijfers blijkt dat in ongeveer 7,5% van het totaal aantal aangemelde wanbetalers, op enig moment een herhaalde aanmelding bij het Zorginstituut volgt.

Tabel 2.7: Aantal wanbetalers dat na uitstroom weer is ingestroomd (bron: Zorginstituut, oktober 2013)

Recidive 2011-2013	aantal
Voor een tweede keer aangemeld:	47.000
Voor een derde keer aangemeld:	2.500
Voor een vierde keer aangemeld:	100

2.4.3 Achtergrondkenmerken van wanbetalers

Teneinde meer zicht te krijgen op de samenstelling van de groep wanbetalers bij het Zorginstituut doet het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) op verzoek van VWS jaarlijks onderzoek naar hun achtergrondkenmerken.

Alleen van personen die zijn opgenomen in het bestuursrechtelijk premiereregime, die op 31 december van het desbetreffende jaar ingeschreven staan in de Basisregistratie

persoonsgegevens (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. Voor het bepalen van deze achtergrondkenmerken maakt het CBS gebruik van de BRP en aanvullende bestanden over uitkeringen, inkomen, studenten en ontvangen zorgtoeslag.

Het CBS heeft met peildatum 31 december 2013 voor 282.240 van deze wanbetalers achtergrondkenmerken⁹ verzameld. De belangrijkste achtergrondkenmerken betreft onderverdeling naar leeftijd, herkomst, regionale spreiding en recht op zorgtoeslag. Voorts is voor het jaar 2013 ook specifiek geselecteerd op de 'harde kern' van wanbetalers. Dat zijn de wanbetalers die zijn aangemeld tussen 1 september 2009 en 1 oktober 2010 (het zogenoemde "stuwmeer").¹⁰ Het betreft 97.740 personen. Naast herkomst en leeftijd is voor deze groep een verdere selectie gemaakt naar de omvang van de schuld, de duur van de betalingsachterstand, bron van inkomen en het ontvangen van zorgtoeslag of huurtoeslag.

Wanbetalers naar leeftijd

Uit Tabel 2.8 blijkt dat er nog steeds sprake is van een relatief hoog aantal wanbetalers in de leeftijdscategorie van jongeren (18-25 jaar) en jongvolwassenen (25-30 jaar). In deze leeftijdscategorieën gaat het om ruim 37.000 respectievelijk bijna 43.000 personen. Deze aantallen zijn percentueel bijna twee keer zo veel als het gemiddelde ten opzichte van de gehele bevolking. Het is om deze reden dat de voorlichting aan jongeren wordt voortgezet en in 2013 is geïntensiveerd (zie §2.6).

Stuwmeerwanbetalers naar leeftijd

In de laatste kolom van deze tabel is de selectie gemaakt voor de stuwmeerwanbetalers.

Tabel 2.8: Wanbetalers naar leeftijd en stuwmeerwanbetalers (bron: CBS)

Wanbetalers naar leeftijd	2010	2011	2012	2013	2013	2013	2013	2013
	aantal	aantal	aantal	aantal	% (wanb)	% (bev)	aantal	% (wanb)
18 tot 20 jaar	4.910	5.370	4.790	3.270	1,16	0,80		
20 tot 25 jaar	34.660	38.020	36.630	34.120	12,08	3,20	5.760	16,9
25 tot 30 jaar	37.460	41.420	41.020	42.760	15,14	4,10	15.200	35,6
30 tot 35 jaar	31.490	35.550	36.640	38.500	13,63	3,80	14.060	36,5
35 tot 40 jaar	29.950	31.840	31.350	32.120	11,37	3,20	11.580	36,1
40 tot 45 jaar	30.130	34.210	34.840	34.810	12,32	2,80	12.660	36,4
45 tot 50 jaar	27.490	30.900	31.540	31.900	11,29	2,50	12.110	38,0
50 tot 55 jaar	20.460	24.220	25.680	26.580	9,41	2,10	10.450	39,3
55 tot 60 jaar	12.850	15.400	16.600	17.480	6,19	1,50	7.120	40,7
60 tot 65 jaar	8.290	9.480	10.030	10.500	3,72	1,00	4.340	41,4
65 tot 70 jaar	3.620	4.860	5.700	6.200	2,20	0,60	2.700	43,5
70 tot 75 jaar	1.650	2.010	2.280	2.470	0,87	0,40	1.080	43,8
75 tot 80 jaar	700	860	930	1.040	0,37	0,20	430	41,3
80 jaar en ouder	530	620	640	710	0,25	0,10	240	34,1
Totaal	244.210	274.750	278.670	282.440	100	2,10	97.740	34,6

Wanbetalers naar herkomst

Tabel 2.9 geeft het aantal autochtonen en allochtonen en de verdeling naar land van herkomst weer. Van de ruim 282.000 wanbetalers eind 2013 was 52% autochtoon en had 47% een allochtone afkomst. Het aantal allochtonen is relatief iets afgenomen ten opzichte van vorig jaar.

Uit Tabel 2.10 blijkt weer een sterke oververtegenwoordiging in de leeftijdscategorie

⁹ Zie voor alle overzichten: CBS Statline, <http://statline.cbs.nl/StatWeb/search/?Q=zorgverzekering&LA=NL>.

In de tabellen kunnen kleine afrondingsverschillen voorkomen.

¹⁰ Stuwmeerwanbetalers zijn de wanbetalers die zijn aangemeld tussen 1 september 2009 en 1 oktober 2010 en dus al vanaf het begin in het bestuursrechtelijk premieregime zitten.

18-35: van de allochtone bevolking fluctueert het percentage tussen de 48 en 66% ten opzichte van de andere leeftijdsgroepen, van de autochtone bevolking zit 34% in deze leeftijdsklasse. De voorlichting aan allochtonen en allochtone jongeren is in 2013 geïntensiveerd (zie §2.6).

Tabel 2.9: Wanbetalers naar herkomst (bron: CBS)

Wanbetalers naar herkomst	2010		2011		2012		2013	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Autochtonen	137.370	1,3	150.470	1,4	151.340	1,4	149.140	1,4
Allochtonen	106.840	4,1	124.270	4,6	127.330	4,7	133.300	4,8
Marokko	12.810	5,6	15.350	6,6	15.740	6,6	17.310	7,1
Turkije	13.030	4,8	15.310	5,5	15.670	5,5	16.330	5,7
Suriname	20.570	7,8	24.260	9,0	24.540	9,0	25.800	9,4
(voormalige) Nederlandse Antillen, Aruba	12.810	12,7	14.920	14,4	15.360	14,6	15.920	14,9
Overige niet-westerse allochtonen	18.880	4,1	22.070	4,6	22.440	4,6	23.230	4,6
Overige westerse allochtonen	28.740	2,2	32.370	2,5	33.600	2,5	34.720	2,6
Totaal herkomstgroepering	244.210	1,9	274.750	2,1	278.670	2,1	282.440	2,1

Tabel 2.10: Wanbetalers naar herkomst en leeftijd (bron: CBS)

Wanbetalers naar herkomst en leeftijd	2013		18-35		35-50		50-65		>65	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Autochtonen	149.140	1,4	51.680	2,0	55.280	2,0	35.160	1,2	7.030	0,3
Allochtonen	133.300	4,8	66.960	6,9	43.560	5,3	19.400	3,3	3.390	0,9
Marokko	17.310	7,1	11.470	10,9	4.660	5,6	950	2,6	220	1,1
Turkije	16.330	5,7	8.280	6,9	6.320	6,1	1.510	3,5	230	1,1
Suriname	25.800	9,4	12.440	12,9	8.400	9,9	4.340	6,4	620	2,4
(voormalige) Nederlandse Antillen, Aruba	15.920	14,9	8.740	17,5	4.530	15,4	2.300	11,2	350	5,0
Overige niet-westerse allochtonen	23.230	4,6	13.080	5,6	6.800	4,2	3.040	3,4	310	1,3
Overige westerse allochtonen	34.720	2,6	12.950	3,6	12.840	3,6	7.280	2,3	1.650	0,6
Totaal herkomstgroepering	282.440	2,1	118.640	3,4	98.830	2,8	54.560	1,6	10.410	0,4

Stuwmeerwanbetalers naar herkomst

Tabel 2.11 toont de stuwmeerwanbetalers, naar leeftijd en herkomst. Het percentage in de kolommen geeft het percentage weer van stuwmeerwanbetalers ten opzichte van alle wanbetalers in die leeftijdscategorie.

Tabel 2.11: Stuwmeerwanbetalers naar herkomst en leeftijd (bron: CBS)

Stuwmeer-wanbetalers naar herkomst en leeftijd	2013		18-35		35-50		50-65		>65	
	aantal	% (wanb)	aantal	% (wanb)	aantal	% (wanb)	aantal	% (wanb)	aantal	% (wanb)
Autochtonen	53.890	36,1	15.530	30,0	20.900	37,8	14.370	40,9	3.100	44,1
Allochtonen	43.840	32,9	19.490	29,1	15.460	35,5	7.550	38,9	1.340	39,7
Marokko	5.650	32,7	3.420	29,8	1.800	38,6	350	36,9	90	39,3
Turkije	5.480	33,6	2.380	28,8	2.400	38,0	610	40,3	90	38,7
Suriname	9.070	35,1	4.030	32,4	3.100	36,9	1.690	38,9	240	38,8
(voormalige) Nederlandse Antillen, Aruba	5.500	34,5	2.690	30,8	1.720	38,0	960	41,7	130	35,6
Overige niet-westerse allochtonen	7.160	30,8	3.750	28,7	2.240	32,9	1.070	35,4	100	32,9
Overige westerse allochtonen	10.990	31,7	3.220	24,9	4.200	32,7	2.870	39,4	700	42,4
Totaal herkomstgroepering	97.740	34,6	35.020	29,5	36.360	36,8	21.910	40,2	4.450	42,7

Sociaaleconomische achtergrond en inkomen

In Tabel 2.12 is de sociaaleconomische achtergrond van wanbetalers en stuwmeerwanbetalers ('harde kern') weergegeven. Voor de duidelijkheid is onderscheid gemaakt tussen mensen die werk hebben, uitkeringsgerechtigden en overigen. Uit de tabel blijkt dat ruim 41% van de harde kern een uitkering heeft en ruim 43% een inkomen. Circa 15% had geen inkomen. In totaal heeft ruim tweederde van deze mensen geen baan.

Voorts blijkt uit de door het CBS verstrekte gegevens (niet opgenomen in de tabel) dat ruim 83% een huurwoning heeft, waarvan ongeveer de helft ook huurtoeslag ontvangt.

Tabel 2.12: Stuwmeerwanbetalers naar sociaaleconomische categorie (bron: CBS)

Wanbetalers naar sociaaleconomische categorie	totaal*		stuwmeer
	aantal	aantal	%
Werknemer	90.936	31.180	34,3
Directeur-grootaandeelhouder	636	150	23,6
Zelfstandige	16.921	4.750	28,1
Overig actief	4.499	1.770	39,3
Niet schoolgaand/scholier/student met inkomen	13.670	2.740	20,0
Totaal actieven	126.662	40.590	
Ontvanger werkloosheidsuitkering	14.701	5.230	35,6
Ontvanger bijstandsuitkering	47.606	19.010	39,9
Ontvanger uitkering sociale voorzieningen (overig)	11.097	4.070	36,7
Ontvanger uitkering ziekte/AO	21.590	9.450	43,8
Ontvanger pensioenuitkering	10.990	4.620	42,0
Totaal uitkering	105.984	42.380	
Niet schoolgaand/scholier/student geen inkomen	1.974	250	12,7
Overig zonder inkomen	41.643	13.050	31,3
Onbekend	6.146	1.460	23,8
Totaal overig	49.763	14.760	
Totaal	282.409	97.740	34,6

*Aantal wanbetalers (met achtergrondgegevens) op 31 december 2013.
De categorie heeft betrekking op de situatie op 31 december 2012.

Wanbetalers met zorgtoeslag

Van het totaal aantal wanbetalers waren er in 2013 ruim 191.000 die zorgtoeslag ontvingen. In Tabel 2.13 is een overzicht gegeven van het aantal wanbetalers met zorgtoeslag naar leeftijd over de afgelopen jaren. Vanaf 2013 wordt de zorgtoeslag voor wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime door de Belastingdienst rechtstreeks betaald aan het CJIB (zie §2.5.1). Deze groep betaalt dus een deel van hun bestuursrechtelijke premie via de zorgtoeslag.

Tabel 2.13: Wanbetalers met zorgtoeslag (bron: CBS)

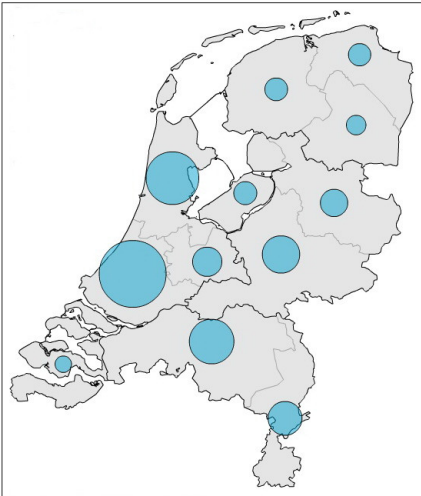
Wanbetalers en zorgtoeslag	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013
	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal	%
18 tot 35 jaar	45.790	60.190	77.370	94.610	74.180	81.740	89.100	91.780	77,4
35 tot 50 jaar	26.040	37.440	50.490	62.230	45.620	50.600	55.770	59.150	59,9
50 tot 65 jaar	11.140	16.160	22.010	28.190	22.260	26.340	29.910	32.790	60,1
65 jaar of ouder	2.430	4.380	4.610	5.640	4.550	5.680	6.620	7.440	71,5
Totaal	85.400	118.170	154.480	190.670	146.610	164.360	181.400	191.160	67,7

Regionale spreiding

In Tabel 2.14 is de landelijke spreiding van wanbetalers opgenomen. Het CBS selecteert deze gegevens op basis van postcodegebied. Zuid-Holland en Flevoland hebben een hoger dan gemiddeld aantal wanbetalers. In Zuid-Holland blijkt met name Rotterdam een hoog aantal wanbetalers te hebben, in Flevoland kent Almere een relatief hoger percentage. De voorlichting is daarom mede gericht op regionale aanpak (zie §2.6).

In de laatste kolom van Tabel 2.14 is de selectie gemaakt voor de stuwmeerwanbetalers naar regio. Opvallend is het relatief hoge aantal stuwmeerwanbetalers in Groningen, Friesland, Noord-Brabant en Limburg ten opzichte van de normale regionale spreiding.

Tabel 2.14: Regionale spreiding en spreiding van stuwmeerwanbetalers (bron: CBS)



Wanbetalers naar regio	2013		stuwmeer	
	aantal	%	aantal	% (wanb)
Groningen	9.020	1,9	3.140	34,8
Friesland	9.260	1,8	3.380	36,5
Drenthe	6.840	1,8	2.270	33,2
Overijssel	13.410	1,5	4.470	33,3
Flevoland	9.510	3,2	2.900	30,5
Gelderland	25.290	1,6	8.950	35,4
Utrecht	15.390	1,6	4.790	31,1
Noord-Holland	50.220	2,3	14.900	29,7
Zuid-Holland	81.560	2,9	28.700	35,2
Zeeland	4.880	1,6	1.730	35,4
Noord-Brabant	36.340	1,8	13.540	37,3
Limburg	20.710	2,2	8.990	43,4
Nederland	282.440	2,1	97.740	34,6

De omvang van de schuldenlast

Op verzoek van VWS heeft het CBS de wanbetalerspopulatie nader uitgesplitst naar de omvang van de schuldenlast. In Tabel 2.15 is die last onderscheiden naar leeftijdsgroepen. De omvang van de schuldenlast bij het Zorginstituut geeft een indicatie van de omvang van de opgebouwde bestuursrechtelijke premie bij de verschillende leeftijdsgroepen. Dit geeft ook een indicatie van de mate waarin wanbetalers via bronheffing of incasso (nog) in staat zullen zijn de bestuursrechtelijke premie te voldoen.

Tabel 2.15: Wanbetalers naar omvang schuldenlast en leeftijd (bron: CBS)

Wanbetalers met schuldenlast	0-1000	1000-3000	3000-5000	>5000
18 tot 20 jaar	2.000	1.280	0	0
20 tot 25 jaar	10.340	11.370	7.120	5.280
25 tot 35 jaar	26.290	20.770	15.690	18.490
35 tot 50 jaar	36.120	25.250	17.240	20.200
50 tot 65 jaar	22.280	13.350	8.820	10.100
65 jaar en ouder	5.480	2.410	1.390	1.140
Totaal	102.490	74.410	50.260	55.190

Aantal wanbetalers dat geen bestuursrechtelijke premie heeft betaald

In het bestuursrechtelijke premieregime zit een groep wanbetalers waarvan het nog niet is gelukt bestuursrechtelijke premie te innen, noch via bronheffing, noch via incasso-activiteiten. Dit betekent dat deze wanbetalers geen kenbare bron van inkomen hebben (loon of uitkering), onvoldoende middelen hebben om te betalen of niet vindbaar zijn voor deurwaarders. Het gaat om ruim 68.000 wanbetalers. Het betreft uitsluitend de betaling van de bestuursrechtelijke premie; als er recht bestaat op zorgtoeslag is deze omgeleid.

Tabel 2.16: Aantal wanbetalers dat nog nooit bestuursrechtelijke premie heeft betaald (bron: CBS)

Geen premie ontvangen	Totaal	18-35	35 - 50	50 -65	>65
	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal
Autochtonen	31.370	13.750	11.260	5.880	480
Allochtonen	36.710	22.940	10.110	3.360	290
Marokko	5.020	3.910	940	150	20
Turkije	4.730	2.870	1.560	290	20
Suriname	6.330	3.900	1.720	660	60
(voormalige) Nederlandse Antillen, Aruba	4.140	2.950	830	330	30
Overige niet-westerse allochtonen	6.540	4.370	1.560	580	20
Overige westerse allochtonen	9.950	4.950	3.500	1.350	150
Totaal wanbetalers	68.070	36.690	21.370	9.240	780

2.5 Financiële aspecten van de wanbetalersregeling

2.5.1 Bestuursrechtelijke premie en zorgtoeslag

In Tabel 2.17 is vermeld hoeveel premie is opgelegd en hoeveel premie is geïnd. Over de periode 1 september 2009 tot en met 1 juli 2014 is €932 miljoen (exclusief reeds omgeleide zorgtoeslag) aan bestuursrechtelijke premie geïncasseerd. Aan opgelegde maar nog niet geïnde premie stond op de peildatum een bedrag open van €1.277 miljoen.

In 2013 is de splitsing van broninhouding voor uitkeringsgerechtigden, waarbij 30% via incasso werd geïnd, beëindigd. Sindsdien wordt het volledige bedrag voor deze groep hetzij door broninhouding, hetzij door incasso, geïnd. Dit verklaart de "lege" velden. De laatste regel van de tabel betreft de omvang van kwijtscheldingen. Wanneer een wanbetaler wordt afgemeld omdat de schuld aan de zorgverzekeraar is afbetaald of een minnelijke of wettelijke betalingsregeling is getroffen, wordt de nog openstaande schuld bij het Zorginstituut kwijtgescholden.

Tabel 2.17: Ontvangen en betaalde bestuursrechtelijke premie 2009-2014 (bron: Zorginstituut - OHI1081 Wanbetalers - Jaartotalen premie - 1 juli 2014)

Opgelegde premie	2009/10	2011	2012	2013	2014	Totaal
Broninhouding 100%	33.272.090	58.601.933	57.232.886	-	-	149.106.910
Broninhouding 130%	74.527.501	126.302.714	103.561.054	203.868.632	100.252.842	608.512.743
CJIB 30%	9.980.524	17.577.655	17.170.301	-	-	44.728.477
CJIB 130%	136.111.114	307.435.962	359.719.553	380.678.901	223.034.235	1.406.979.764
Totaal	253.891.229	509.918.265	537.683.794	584.547.533	322.287.077	2.209.327.894
Betaalde premie	2009/10	2011	2012	2013	2014	Totaal
Broninhouding 100%	30.510.608	51.230.215	49.313.278			131.054.102
Broninhouding 130%	62.505.653	94.751.863	80.560.808	179.476.038	70.609.890	487.904.254
CJIB 30%	5.105.222	8.240.863	6.239.032	-	-	19.585.117
CJIB 130%	44.434.600	79.900.640	77.537.513	77.188.381	15.744.978	294.806.112
Terugbetaald crediteur	-295.416	-386.149	-247.783	-339.505	-59.389	-1.328.241
Totaal	142.260.667	233.738.475	213.406.476	256.324.869	86.295.479	932.025.966
Kwijtscholden	2009/10	2011	2012	2013	2014	Totaal
Totaal	42.788.188	72.456.828	38.405.482	13.578.291	799.016	168.027.804

In Tabel 2.18 zijn de bedragen vermeld van door de Belastingdienst/Toelagen rechtstreeks aan het CJIB betaalde zorgtoeslag. Van wanbetalers is over de gehele periode derhalve ruim een miljard euro aan premie (ruim €932 miljoen) en zorgtoeslag (ruim €80 miljoen) ontvangen.

Tabel 2.18: Ontvangen zorgtoeslag (bron: Zorginstituut - Dashboard wanbetalers (juli 2014))

Inning van de zorgtoeslag	mrt 2013	jun 2013	sep 2013	dec 2013	mrt 2014
Cumulatief	38.559	2.306.634	3.163.259	56.796.825	80.635.556

De hoogte van de bestuursrechtelijke premie

In Tabel 2.19 is de ontwikkeling van de hoogte van de bestuursrechtelijke premie in relatie tot de nominale premie in beeld gebracht.

Tabel 2.19: De hoogte van de bestuursrechtelijke premie 2009-2014 (bron: Staatscourant)

Premiebedragen per maand	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gemiddelde nominale premie bij verzekeraars	89	93	102	104	107	92
Bestuursrechtelijke premie	131	137	149	154	160	144
Verschil nominale premie <-> best.recht. premie	42	44	47	50	53	51

2.5.2 Wanbetalersbijdrage

Verzekeraars mogen op grond van het verzekeringsrecht een verzekerde royeren als deze zijn premie niet betaalt. Om te voorkomen dat wanbetalers door zorgverzekeraars geroeyeerd zouden worden, heeft VWS vrij snel na de invoering van de Zvw afspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de volledige uitvoering van de basisverzekering bij verzekerden met een premieachterstand langer dan zes maanden. De afspraken houden in dat zorgverzekeraars niet royeren. Dit voorkomt dat deze mensen onverzekerd raken. Het risico voor de eerste zes maanden premieachterstand draagt de zorgverzekeraar. Door het plegen van incassoactiviteiten proberen zorgverzekeraars de niet betaalde premie over deze periode alsnog te innen. Voor het verzekerd houden van een wanbetaler compenseert VWS de zorgverzekeraar zodra de betalingsachterstand meer dan zes maandpremies bedraagt. Deze zogeheten wanbetalersbijdrage wordt verstrekt voor elke verzekerde die door een zorgverzekeraar bij het Zorginstituut is aangemeld als wanbetaler, voor zolang deze aanmelding in stand blijft. De wanbetalersbijdrage wordt verstrekt indien zorgverzekeraars zich hebben gehouden aan de wettelijke voorwaarden, voldoende inspanningen hebben verricht in het incassotraject en voldoende hebben meegewerkt aan het tot stand komen van betalingsregelingen. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hier op toe. De wanbetalersbijdrage wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds.

Tabel 2.20: Betaalde wanbetalersbijdrage (bron: Zorginstituut - 1 juli 2014)

Betaalde wanbetalersbijdrage	2009/10	2011	2012	2013	2014	Totaal
	197.008.625	395.806.649	417.923.407	455.131.149	213.801.669	1.536.580.050

2.5.3 Uitvoeringskosten

Voor de uitvoering van de regeling worden kosten gemaakt door het CVZ en het CJIB. Deze uitvoeringskosten worden betaald uit de geïnde bestuursrechtelijke premie. Naast de feitelijke stijging van de aantallen wanbetalers wordt de kostenstijging verklaard door extra inspanningen die in het traject van bronheffing en incasso worden verricht.

Tabel 2.21: Uitvoeringskosten Zorginstituut en CJIB (bron: VWS verantwoordingen 2011-2013 en begrotingen 2014 van CVZ/CJIB)

Uitvoeringskosten wanbetalersregeling	2011	2012	2013	2014*
Zorginstituut	4.472.000	5.938.000	6.911.040	9.138.000
CJIB	5.436.156	13.895.240	13.755.240	16.104.087
waarvan deurwaarderskosten	1.570.771	7.326.953	6.848.148	7.950.000
Totaal	9.908.156	19.833.240	20.666.280	25.242.087
*begroting				

2.6 Voorlichting

Algemeen

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) verzorgt sinds medio 2013 voorlichtingsactiviteiten gericht op wanbetalers. Algemene voorlichting over het belang zich te verzekeren, de wanbetalersregeling en over het voorkomen van wanbetaling verdienen blijvende aandacht, met name voor kwetsbare groepen in de samenleving, zoals allochtonen en jongeren.

Algemene neutrale onpartijdige en onafhankelijke informatie over de wanbetalersregeling en de gevolgen van wanbetaling is in eenvoudig Nederlands, Engels, Duits en Spaans beschikbaar op de website www.zorgverzekeringlijn.nl.

Iedereen die rechtstreeks telefonische informatie en advies behoeft over wanbetaling, kan ook bij Zorgverzekeringlijn.nl terecht. Indien er behoefte bestaat aan bijzondere informatie en advies, dan kan telefonisch contact met een van de medewerkers van Zorgverzekeringlijn.nl. worden gezocht.

Doelgroepgerichte voorlichting

Naast algemene voorlichting wordt doelgroepgerichte voorlichting gegeven aan jongeren, studenten en sociale minima. Om deze doelgroepen op passende wijze te bereiken, zoekt Zorgverzekeringlijn.nl contact met alle relevante organisaties in Nederland die hulp en ondersteuning bieden aan deze doelgroepen. De organisaties worden aangeschreven en telefonisch benaderd met het verzoek om mee te werken aan de voorlichtingsactiviteiten van Zorgverzekeringlijn.nl. Daarbij wordt onderzocht of er bij hun klantenkring behoefte is aan algemene voorlichting in de vorm van drukwerk of een voorlichtingsbijeenkomst op locatie. Het drukwerk is via de bestelformulieren op de website aan te vragen en wordt voor de desbetreffende instantie of organisatie kosteloos door Zorgverzekeringlijn.nl verstrekt en verstuurd. Ook vindt verspreiding van drukwerk plaats onder de doelgroepen via maatschappelijk werkers, buurtwerkers, medewerkers reclassering en sociaal raadslieden.

De inhoud van de voorlichting wordt per bijeenkomst apart bepaald en afgestemd op het kennisniveau van de deelnemers aan de bijeenkomst. De gevolgen van het niet betalen van de zorgpremie, de mogelijkheid van het ontvangen van zorgtoeslag die bedoeld is als tegemoetkoming in de premie en de mogelijke financiële voordelen van een zorgverzekering via een collectief contract vormen een vast onderdeel van de voorlichting.

Het bereiken van de doelgroepen via het netwerk van de hulpverlening werkt. De aanpak heeft geresulteerd in contacten met vele verschillende ketenpartners en wordt door de professionals in het sociale domein zichtbaar gewaardeerd. Uitbreiding van het netwerk van ketenpartners en intensivering van de bestaande contacten is dan ook een van de doelen voor de komende periode.

Regionale voorlichting

Ook regionaal is Zorgverzekeringlijn.nl een informatie- en adviespunt voor de professionals in het sociale domein. Het jaarlijkse onderzoek door het CBS over wanbetalers schetst het beeld dat wanbetaling een landelijk probleem is met enkele kerngebieden in de verschillende provincies. Zorgverzekeringlijn.nl heeft op basis van dit onderzoek een top twintig van gemeenten geselecteerd met absoluut de meeste wanbetalers en een top twintig met relatief de meeste wanbetalers. Per gemeente worden de (schuld)hulpverlening, maatschappelijke instellingen, de gemeentelijke kredietbank en overige relevante instanties in de regio benaderd.

Deze integrale aanpak sluit aan bij de regiobijeenkomsten tussen gemeenten, zorgverzekeraars en schuldhulpverlening en biedt voldoende aanknopingspunten voor aansluiting bij bestaande campagnes voor de doelgroepen.

Preventieve aanpak samen met de zorgverzekeraars

In de uitvoering van het project is medewerking van zorgverzekeraars essentieel. De SKGZ onderhoudt ten behoeve van de klachtenafhandelingsprocedure goede contacten met alle zorgverzekeraars. Op basis van deze relaties zijn alle zorgverzekeraars benaderd voor medewerking aan dit project. Daarnaast is ZN bij het project betrokken. Inmiddels zijn met de meeste zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de vermelding van de dienstverlening van Zorgverzekeringslijn.nl in de tweede- en vierdemaandsbrief en de websites van de verzekeraars. Voorts is de flyer 'Schuldhelpverlening' die bij de vierdemaandsbrief door de zorgverzekeraars wordt verstrekt, in samenwerking met VWS, ZN en NVVK verbeterd en voorzien van praktische uitleg over de gevolgen van het niet betalen van de zorgpremie en de inzet van schuldhelpverlening. Gelet op de nadere wetwijziging zal de SKGZ ook andere vormen van samenwerking met zorgverzekeraars bij de preventieve aanpak van wanbetaling verkennen.

Persoonsgerichte informatievoorziening en advies

Als een verzekerde met premieschulden telefonisch contact opneemt wordt aan de hand van de verstrekte persoonlijke en financiële feiten en omstandigheden, een onafhankelijk en praktisch advies gegeven. Daar waar mogelijk en gewenst, wordt de verzekerde doorverwezen naar de (reguliere) hulpverlening, de gemeentelijke schuldhelpverlening of terugverwezen naar de zorgverzekeraar. De terugverwijzing naar de zorgverzekeraar behelst een deskundig op maat gesneden advies over de persoonlijke financiële situatie en één of meer opties voor een betalingsregeling met de zorgverzekeraar. Door deze vorm van dienstverlening biedt Zorgverzekeringslijn.nl verzekerden met premieschulden juridische en praktische ondersteuning bij het tijdig treffen van een betalingsregeling om aanmelding bij het Zorginstituut te voorkomen. Zorgverzekeringslijn.nl voorziet ook de professionals in het sociale domein en de vrijwilligers die verzekerden met premieschulden bijstaan van praktische en begrijpelijke informatie over de verzekeringsplicht, de wanbetalersregeling, het incassoprotocol en de werkwijze van zorgverzekeraars.

Door deze aanpak is een stijging van het aantal telefonische vragen waar te nemen. De verwachting is dat de groeiende bekendheid van het project tot een grotere toename van het aantal informatie- en adviesverzoeken zal leiden. Daarmee kan een bijdrage geleverd worden aan het voorkomen van wanbetaling.

HOOFDSTUK 3. OPSPORING VAN ONVERZEKERDEN

3.1 Inleiding

Op 15 maart 2011 is de 'Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' (Wet Ovoz)¹¹ in werking getreden. De Wet Ovoz heeft tot doel om het aantal onverzekerde verzekeringsplichtigen terug te dringen.

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 iemand het niet nodig hebt, de leidende gedachte. Ten slotte geldt dat onverzekerd zijn mogelijk gevolgen heeft voor de volksgezondheid, omdat onverzekerden daardoor zorg zouden kunnen mijden en daarmee in sommige gevallen anderen in gevaar brengen. De gezondheidszorg zou dan met onnodige kosten kunnen worden opgezaald.

3.2 Werking van de maatregelen van de Wet Ovoz

Sinds de invoering van de Wet Ovoz op 15 maart 2011 worden verzekeringsplichtigen die geen zorgverzekering hebben gesloten, via bestandskoppeling opgespoord. Voor de opsporing is allereerst van belang te weten wie er verzekeringsplichtig is voor de Zvw. Om dat vast te stellen is het nodig te weten of iemand verzekerd is ingevolge de AWBZ. De AWBZ is een verzekering van rechtswege. Dat betekent dat mensen automatisch verzekerd zijn wanneer zij ofwel ingezetene zijn (in Nederland wonen) ofwel op grond van dienstbetrekking aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen.

Tot eind 2010 bestond er geen AWBZ-verzekerdenbestand. Op verzoek van VWS heeft de SVB een positieve, actuele AWBZ-verzekerdenregistratie opgebouwd van (vermeend) verzekerden. Dat bestand sluit aan bij de ontwikkeling van een algemene volksverzekerdenadministratie.. Daarvoor is een koppeling gemaakt van het bestand van AWBZ-verzekerden met het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ). Het RBVZ is het bestand van degenen die daadwerkelijk een zorgverzekering hebben gesloten. Uit vergelijking van deze twee bestanden komt naar voren welke personen (vermeend¹²) niet hebben voldaan aan hun verzekeringsplicht ingevolge de Zvw. Deze bestandsvergelijking wordt door de SVB verricht in opdracht van het Zorginstituut. Bij constatering dat iemand zich beroept op een afwijkende verzekeringsstatus (bijvoorbeeld na bezwaar van betrokkene bij het Zorginstituut) doet de SVB hiernaar een onderzoek.

De Wet Ovoz regelt het volgende 'proces opsporing onverzekerden':

1. Aanschrijving door het Zorginstituut

Een onverzekerde die door middel van bestandsvergelijking is opgespoord, krijgt eerst een brief van het Zorginstituut. Daarin wordt hij gewezen op het feit dat hij is signaleerd als iemand die (vermeend) verzekeringsplichtig is, maar zich niet heeft

¹¹ Stb. 2011, 111.

¹² De AWBZ-verzekerdenstatus berust op een vermoeden van verzekeringsplicht op grond van inschrijving in de BRP (wonen) en bestandsvergelijking met aan de SVB bekende uitzonderingssituaties. Het kan voorkomen dat van een persoon geen uitzonderingssituatie bekend is. Daarom is er sprake van vermeende verzekeringsplicht.

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 aanwezig zijn die niet leiden tot verzekeringsplicht.

2. Boete(s)

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

De hoogte van de boete bedraagt in 2014 €332,25 en 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 Zorginstituut hem ambtshalve bij een zorgverzekeraar. Om te voorkomen dat deze verzekerde onmiddellijk na ambtshalve verzekering zijn premie niet betaalt, is hij gedurende een periode van twaalf maanden een bestuursrechtelijke premie verschuldigd van 100% van de standaardpremie (2014: € 110,75 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.

3.3 Uitvoering van de Wet Ovoz

Sinds de inwerkingtreding van de Wet Ovoz in maart 2011 zijn in totaal 343.973 personen (peildatum 30 juni 2014) door het Zorginstituut aangeschreven als vermeend onverzekerde personen. De aanschrijving door het Zorginstituut heeft een enorme impact gehad op het destijds veronderstelde aantal onverzekerden in Nederland.

Sinds de inwerkingtreding van de Wet Ovoz is het aantal onverzekerden drastisch afgenomen. Deze forse afname is te verklaren doordat:

- het merendeel van de personen alsnog een zorgverzekering sloot (174.029 personen). Dit betreft voor een groot deel mensen die vergeten zijn zichzelf (personen die recent 18 jaar zijn geworden) of hun pasgeboren kind aan te melden bij de verzekeraar;
- een groot aantal mensen met succes de verzekeringsplicht heeft betwist (117.392 personen). Dit betreft voor een groot deel mensen die behoren tot een van de uitzonderingscategorieën. Een voorbeeld hiervan is de buitenlandse student die hier woont en zich heeft ingeschreven in de BRP, maar hier uitsluitend studeert.
- mensen behoren tot een restcategorie 'terecht onverzekerd', zoals gemoeds-bezwaarden, geëmigreerden of overledenen (2.259 personen).

Na het aanschrijven van het stuwmeer¹³ aan onverzekerden in 2011 is het aantal aanschrijvingen verminderd en wordt het aantal aanschrijvingen per jaar steeds stabiel. Dit blijkt uit de stand van onverzekerden in Tabel 3.1 en Tabel 3.2.

Gemiddeld stromen er 5000 personen per maand in en uit de regeling van de Wet Ovoz. Tussen het in- en uitstromen kan een persoon geregistreerd staan als actief onverzekerd of als ambtshalve verzekerd:

- Op 30 juni 2014 stonden er 30.003 personen geregistreerd als actief onverzekerd. Deze personen bevinden zich in de fase van aanschrijving en boeteoplegging. Dit is circa 0,2% van de Nederlandse populatie.
- Het aantal ambtshalve verzekerde personen op 30 juni 2014 is 4.677.

Als onderdeel van de evaluatie van de Zvw wordt de doeltreffendheid van de Wet Ovoz onderzocht. Deze evaluatie richt zich op de praktijk en effectiviteit van de

¹³ Dit betreft de grote groep vermeend onverzekerden die bij de invoering van de Wet Ovoz op 15 maart 2011 voor de eerste keer is opgespoord en massaal werd aangeschreven.

opsporingsmaatregelen. Het evaluatieonderzoek wordt zo snel mogelijk na afronding naar de Kamer gestuurd.

Tabel 3.1: Aantal onverzekerden stand 30 juni 2014 (bron: Zorginstituut)

Tabel aantal onverzekerden	Stand 30 juni 2014
Totaal instroom sinds invoering Wet Opsporing	343.973
Totaal uitstroom	313.970
Aantal actief onverzekerden	30.003
Reden uitschrijving	
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	174.029
Niet meer AWBZ verzekerd	117.392
Overig	2.259
Totaal	313.970

Tabel 3.2: aantal onverzekerden per jaar (bron: Zorginstituut)

Cijfers per jaar	2011	2012	2013	30 juni 2014
Aangeschreven	164.388	69.744	69.382	40.459
Einde onverzekerde	106.423	96.028	72.323	39.196
Stand actief onverzekerden	57.965	31.681	28.740	30.003

3.4 Voorlichting

Algemeen

De SKGZ verzorgt sinds medio 2013 voorlichtingsactiviteiten gericht op onverzekerden. Algemene voorlichting over het belang zich te verzekeren is belangrijk, voor zowel nieuwkomers (immigranten) als met name voor kwetsbare groepen in de samenleving. Zorgverzekeringslijn.nl is als project zowel landelijk als regionaal actief tot 1 januari 2017.

Algemene informatie over de verzekeringsplicht

De website www.zorgverzekeringslijn.nl is in eenvoudig Nederlands, Engels, Duits en Spaans beschikbaar. Indien er behoefte bestaat aan bijzondere informatie en advies, dan kan telefonisch contact worden gezocht met een van de medewerkers van Zorgverzekeringslijn.nl.

Iedereen die informatie en advies wil krijgen over het belang zich te verzekeren, kan bij Zorgverzekeringslijn.nl terecht. Vanuit het belang van een laagdrempelige en vrijblijvende toegang tot informatie en advies is het telefoonnummer gratis. Teneinde kwetsbare burgers op een passende wijze van informatie te voorzien, worden ook anonieme informatie- en adviesverzoeken in behandeling genomen.

Doelgroepgerichte voorlichting

Naast algemene voorlichting wordt doelgroepgerichte voorlichting gegeven aan jongeren en studenten, nieuw ingezetenen, ouders van pasgeborenen en dak- en thuislozen. Om deze doelgroepen op passende wijze te bereiken, legt Zorgverzekeringslijn.nl contact met jongerenorganisaties, onderwijsinstellingen, belangenorganisaties voor expats en nieuw ingezetenen, maatschappelijke opvang en diverse gemeentelijke diensten.

De organisaties worden aangeschreven en telefonisch benaderd met het verzoek om mee te werken aan de voorlichtingsactiviteiten van Zorgverzekeringslijn.nl. Daarbij wordt onderzocht of er behoefte bestaat aan algemene voorlichting in de vorm van drukwerk of een voorlichtingsbijeenkomst op locatie.

Drukwerk

Voor ieder van de genoemde doelgroepen is apart drukwerk beschikbaar. Een voorbeeld is de zogenoemde pasgeborenenflyer. Bij de aangifte van een kind bij de gemeente, wordt bij alle gemeenten schriftelijke informatie verstrekt over de rechten en plichten van het kind. De pasgeborenenflyer wordt vrijblijvend aangeboden aan iedere Nederlandse gemeente. Bij vijftig gemeenten is al sprake van een vaste jaarlijkse afname en het aantal deelnemende gemeenten neemt gestaag toe. Iedere instantie of organisatie die haar klantenkring wil informeren, kan voorlichtingsmateriaal aanvragen via de bestelformulieren op de website. Het materiaal wordt kosteloos verstrekt en verstuurd.

Voorlichtingsbijeenkomsten

Er vinden voorlichtingsbijeenkomsten plaats voor professionals in het sociale domein en vrijwilligers die onverzekerden bijstaan. De inhoud van de voorlichting wordt per bijeenkomst apart bepaald en afgestemd op het kennisniveau van de deelnemende professionals en vrijwilligers. De verplichte basisverzekering, voorwaarden voor inschrijving bij een zorgverzekeraar en de zorgtoeslag zijn onderwerpen die standaard aan bod komen. Uitbreiding van het netwerk van ketenpartners en intensivering van de bestaande contacten is een van de doelstellingen voor de komende periode.

Persoonsgerichte informatievoorziening en advies

Als een onverzekerde telefonisch contact opneemt wordt aan de hand van de verstrekte persoonlijke feiten en omstandigheden bepaald of er sprake is een verzekeringsplicht. Daar waar mogelijk en gewenst, wordt de verzekerde doorverwezen naar de Sociale Verzekeringsbank voor een definitieve vaststelling van de verzekeringsplicht. Indien duidelijk wordt dat een zorgverzekering dient te worden aangevraagd wordt een onafhankelijk advies gegeven over de werkwijze van zorgverzekeraars met betrekking tot aanmelden. Ook wordt gewezen op de inzet van zorgtoeslag als tegemoetkoming in de kosten van de zorgpremie. De gevolgen die kleven aan onverzekerde worden altijd benadrukt en de opsporing van onverzekerden door het Zorginstituut wordt uitgelegd.

Zorgverzekeringslijn.nl voorziet ook de professionals in het sociale domein van praktische en begrijpelijke informatie over de verzekeringsplicht, de opsporing van onverzekerden door het Zorginstituut en de werkwijze van zorgverleners bij gevallen van onverzekerde.

Door deze nieuwe aanpak is een stijging van het aantal telefonische vragen waar te nemen. De verwachting is dat de groeiende bekendheid van het project tot een grotere toename van het aantal informatie- en adviesverzoeken zal leiden.

HOOFDSTUK 4. GEMOEDSBEZWAARDEN

4.1 Inleiding

Gemoedsbezwaarden zijn personen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering. 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 AWBZ 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 Zorginstituut. Bij gemoedsbezwaren blijft in het geval van de AWBZ de verzekering van rechtswege bestaan, maar wordt de betrokkene vrijgesteld van de verplichting tot premiebetaling. De gemoedsbezwaarde heeft wel de verplichting om bijdragevervangende belasting te betalen die de premie (AWBZ) 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 Zorginstituut op huishoudniveau 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 spaarrekening en voor zover het gaat om in de Zvw geregelde aanspraken. Jaarlijks wordt na afloop van het kalenderjaar de helft van de in dat jaar betaalde bijdragevervangende belasting in het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) gestort, of zoveel minder als het saldo bedraagt na aftrek van de tot uitkering gebrachte vergoedingen voor ziektekosten. Het eventuele restant blijft ter beschikking staan van het huishouden van de gemoedsbezwaarde voor een volgend jaar. De uitvoering van de regeling door het Zorginstituut is juridisch geborgd in artikel 70 Zvw.

4.2 Aantal gemoedsbezwaarden

De afgelopen jaren is het aantal geregistreerde gemoedsbezwaarden beperkt gestegen. De lichte toename in het jaar 2012 heeft wellicht te maken met de opsporing van onverzekerden vanaf maart 2011. Een klein deel van de onverzekerden heeft zich na de aanschrijving als onverzekerde door het Zorginstituut (alsnog) als gemoedsbezwaarde laten registreren.

Tabel 4.1 Aantal gemoedsbezwaarden per jaar sinds 2010 (bron: Zorginstituut)

Aantal gemoedsbezwaarden	2010	2011	2012	2013
Personen	11.819	12.186	12.500	12.566
Huishoudens	3.489	3.614	3.549	3.702

4.3 Omvang zorgkosten gemoedsbezwaarden

Tabel 4.2 geeft weer de baten en lasten voor de jaren 2008 tot en met 2013¹⁴. In Tabel 4.2 zijn alle baten en lasten samengenomen zonder uitsplitsing naar het betreffende jaar. Als het Zorginstituut bijvoorbeeld een declaratie van een bezoek aan een ziekenhuis in het jaar 2013 ontvangt, dan wordt deze declaratie aan het jaar 2013 toegerekend, ook wanneer het bezoek aan het ziekenhuis in het jaar 2012 heeft plaatsgevonden.

Tabel 4.2 Baten en lasten gemoedsbezwaarden (in miljoenen euro's) (bron: Zorginstituut)

Baten en lasten gemoedsbezwaarden	2010	2011	2012	2013
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 1 januari (A)	4,3	4,9	6,9	7,4
Resultatenrekening				
Bijdragevervangende belasting	7,5	9,1	7,7	9,4
Verleende vergoedingen voor zorgkosten	3,5	3,1	4,6	4,4
Saldo rekeningen voor toevoeging Zorgverzekeringsfonds	4	6	3,1	5
Toevoeging ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds	3,4	4	2,6	3,4
Toevoeging aan rekening gemoedsbezwaarden (B)	0,6	2	0,5	1,6
Totaal resultaatbestemming	4	6	3,1	5
Saldo rekeningen gemoedsbezwaarden per 31 december	4,9	6,9	7,4	9

In Tabel 4.2 is te lezen dat zowel het saldo van de rekeningen van gemoedsbezwaarden als de afdracht aan het Zvf is toegenomen. Dit komt met name door de stijging van de bijdragevervangende belasting in het jaar 2013 ten opzichte van het jaar 2012. Het totale bedrag van de declaraties voor verleende zorg neemt toe. De sterke stijging van de hoogte van de verleende vergoedingen in het jaar 2012 heeft vooral te maken met een versnelling in de vergoeding van ingediende declaraties. Dit werkt gedeeltelijk door in het jaar 2013.

4.4 Uitvoering van de gemoedsbezwaardenregeling

In het jaar 2013 heeft het Zorginstituut het proces rond de verwerking van de gedeclareerde zorgnota's en het vaststellen van het spaartegoed van gemoedsbezwaarden verbeterd. Zo worden beschikkingen, financiële overzichten en de betaalbrieven binnen vooraf aangegeven tijdvlakken verstuurd. Ook is de aansluiting op de processen van de Belastingdienst verder verbeterd, doordat een vast moment is afgesproken voor het aanleveren van de gegevens over de bijdragevervangende belasting. Het Zorginstituut is in gesprek met de SVB over het digitaal aanleveren en verwerken van mutatiebestanden. Dit is gewenst om het bestand gemoedsbezwaarden zo actueel mogelijk te houden.

¹⁴ Vanwege de leesbaarheid kent deze tabel een andere opbouw dan de versie in de vorige verzekerdenmonitor. In de vorige versie stonden de gedeclareerde zorgkosten uitgesplitst naar de zorgjaren waarop de zorgkosten betrekking hadden.

HOOFDSTUK 5. ILLEGALEN EN ANDERE ONVERZEKERBARE VREEMDELINGEN

5.1 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 aspecten is zeker gesteld dat voor iedereen in Nederland medische zorg beschikbaar is.

Iedere vreemdeling die niet rechtmatig in Nederland verblijft¹⁵ is er in beginsel zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald. Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning zijn uitgesloten van toegang tot de sociale zorgverzekeringen. Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen (hierna: onverzekerbare vreemdelingen) geen (particuliere) verzekering hebben gesloten ten laste waarvan de kosten kunnen worden gebracht, zullen zij de kosten van verleende medische zorg dus zelf moeten betalen.

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

5.2 De wettelijke bijdrageregeling

Op 1 januari 2009 is de wettelijke bijdrageregeling in werking getreden op grond waarvan zorgaanbieders een bijdrage kunnen vragen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen aan onverzekerbare vreemdelingen die de kosten van de verleende zorg zelf niet kunnen betalen. Dit is geregeld in artikel 122a Zvw. Slechts in die gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder geen kostenverhaal mogelijk blijkt op de patiënt, zijn eventuele particuliere verzekeraar of op een andere voorziening, kan de zorgaanbieder een beroep doen op de bijdragemogelijkheid die de wet biedt. De bijdrage wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden gebruikelijk is.

Daarbij geldt dat niet direct toegankelijke zorg (zorg die slechts verkregen kan worden op verwijzing, indicatie of recept) moet worden verleend door daartoe door het Zorginstituut gecontracteerde zorgaanbieders. In de betreffende contracten zijn afspraken vastgelegd op basis waarvan de werkwijze bij zorgvragen van onverzekerbare vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Tevens zijn afspraken gemaakt over de hoogte van de vergoeding van de zorgaanbieder.

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

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

¹⁵ 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.

5.3 Uitvoering van de regeling

Het Zorginstituut voert de wettelijke bijdrageregeling uit. In dat kader geeft het Zorginstituut informatie aan zorgaanbieders over de regeling en voert daarover overleg met (te contracteren) zorgaanbieders. Het Zorginstituut onderhoudt een website waarop informatie over de financiering van de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen is opgenomen¹⁶. Verder zijn daar de gegevens te vinden van de gecontracteerde zorgaanbieders. Het Zorginstituut beantwoordt dagelijks per mail en telefoon vragen over de regeling die gesteld worden door zorgverleners, hulpverleningsorganisaties en onverzekerbare vreemdelingen.

5.4 De kosten van de bijdrageregeling

Het Zorginstituut brengt jaarlijks op verzoek van de minister van VWS een monitor over de gefinancierde zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen uit. Het Zorginstituut plaatst deze rapporten op haar website. Op 18 augustus jl. is de 8^e monitor door het Zorginstituut aan VWS verstuurd. De belangrijkste bevindingen zijn hierin opgenomen.

Tabel 5.1: zorgkosten bijdrageregeling Zorginstituut (bron: Zorginstituut, 8e monitor)

Zorgvorm	2009	2010	2011	2012	2013	% Δ 2013 tov 2012
Ziekenhuizen	2.620.000	8.626.000	11.870.000	9.982.000	17.843.000	79%
Farmacie*	2.760.000	3.279.000	3.510.000	3.753.000	4.358.000	16%
GGZ	0	1.098.000	3.689.000	4.313.000	3.131.000	-27%
AWBZ	0	159.000	889.000	1.211.000	2.147.000	77%
Hulpmiddelen	20.000	30.000	77.000	79.000	73.000	-8%
Ambulancevervoer	10.000	124.000	237.000	249.000	271.000	9%
Eerstelijns hulp						
Huisartsen		226.000	534.000	915.000	939.000	3%
Tandartsen		52.000	65.000	99.000	90.000	-9%
Verloskunde		228.000	412.000	444.000	515.000	16%
Kraamzorg		118.000	200.000	303.000	356.000	17%
Paramedici		24.000	27.000	25.000	56.000	124%
GGD'en	1.380.000	450.000	711.000	0	0	0%
	1.380.000	1.098.000	1.949.000	1.786.000	1.956.000	10%
Totaal	6.790.000	14.414.000	22.221.000	21.373.000	29.779.000	39%

* De declaratie over december wordt in januari betaald. De kosten in aanloopjaar 2009 hebben daardoor betrekking op 11 maanddeclaraties.

Hieronder wordt een nadere toelichting gegeven op de kosten die zijn gemaakt in het kader van de bijdrageregeling per zorgvorm.

5.4.1 Ziekenhuiszorg

De zorglasten voor onverzekerbare vreemdelingen bedragen in 2013 een kleine €29,8 miljoen. Dit is een stijging van 39%. De stijging van de totale zorglasten wordt voornamelijk veroorzaakt door een sterke stijging in de kosten medisch specialistische zorg (ziekenhuizen) met 79% naar ruim €17,8 miljoen. Deze sterke stijging wordt grotendeels veroorzaakt door een inhaaleffect in de verwerking van declaraties. Als gevolg van de DBC-systematiek is er sprake van een grote tijdsspanne tussen het openen van een DBC en het indienen van een declaratie bij het Zorginstituut. Het heeft daardoor tot 2011 geduurd voordat het declaratieverkeer met ziekenhuizen volledig op gang is gekomen. Vervolgens is in 2012 overgestapt op de DOT-systematiek. Nog niet alle ziekenhuizen waren in 2012 in staat om op basis van DOT's te factureren.

¹⁶ <http://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/onverzekerbare+vreemdelingen>

Dit heeft ertoe geleid dat er in 2012 sprake was van een daling in de ziekenhuiskosten, dat inmiddels is ingehaald. In de VWS-Verzekerdenmonitor 2013 werd reeds gemeld dat de daling van de kosten bij ziekenhuiszorg in 2012 mogelijk teniet wordt gedaan door een inhaaleffect in de kosten ziekenhuiszorg 2013.

5.4.2 Farmacie

De kosten aan geneesmiddelen zijn in 2013 met 16% gestegen naar €4,4 miljoen en vormen daarmee de tweede grote kostenpost. Dit is een aanzienlijk grotere stijging dan het landelijk gemiddelde van 6%. Het Zorginstituut heeft aangegeven geen verklaring te kunnen geven voor de sterkere groei in de kosten farmacie ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

Er zijn in 2013 door de gecontracteerde apotheken 96.981 geneesmiddelen (recept-regels) gedeclareerd. Dit is een stijging van 16% (83.850) ten opzichte van het vorige jaar. Als door een apotheek meerdere geneesmiddelen zijn geleverd aan een patiënt met dezelfde initialen, geslacht, geboortjaar en nationaliteit, dan is de kans groot dat het dezelfde patiënt is geweest. Uitgaande van die veronderstelling zijn er in 2012 voor (naar schatting) 7366 onverzekerbare vreemdelingen geneesmiddelen gedeclareerd, wat een kleine daling is ten opzichte van 2012 (7430). Dit houdt in dat een onverzekerbare vreemdeling gemiddeld dertien geneesmiddelen heeft gedeclareerd. In 2012 werden er gemiddeld elf geneesmiddelen gedeclareerd.

5.4.3 Geestelijke gezondheidszorg

In 2009 was er nog geen sprake van gedeclareerde kosten, omdat met de GGZ-instellingen was afgesproken dat zij pas na afloop van het kalenderjaar een einddeclaratie konden indienen. Van deze systematiek is onderhand afgestapt en overgegaan op een declaratiewijze gelijk aan ziekenhuizen, namelijk na het afsluiten van een DBC.

In 2013 zijn de kosten GGZ gedaald met 27 procent naar €3,1 miljoen. Deze daling is vooral te wijten aan vertraging in het declaratieverkeer als gevolg van de DBC-systematiek.

5.4.4 AWBZ

AWBZ-instellingen dienen uiterlijk 1 april een declaratie in voor alle in het voorgaande jaar gemaakt kosten. De kosten voor de AWBZ hebben dus betrekking op de in het voorgaande kalenderjaar geleverde zorg. Ongeveer 80% van de kosten wordt veroorzaakt door een kleine groep mensen (55 personen) die is opgenomen in een verpleeghuis.

5.4.5 Hulpmiddelen en ambulancevervoer

De kosten voor hulpmiddelen zijn in 2013 voor het eerst licht gedaald.

De kosten voor ambulancevervoer zijn in 2013 met een kleine 9% gestegen naar €271.000. De reden voor de gestage stijging in de kosten ambulancevervoer is dat er de afgelopen jaren meer bekendheid is met de regeling.

5.4.6 Eerstelijnszorg

De totale kosten voor de eerstelijnszorg zijn in 2013 gestegen met 9,5% ten opzichte van 2012 naar €1,9 miljoen. Opvallend is dat de kosten voor paramedische zorg meer dan verdubbeld zijn naar €56.000. Deze verdubbeling wordt grotendeels veroorzaakt door het feit dat diëtetiek sinds 2013 weer in het basispakket is opgenomen. De kosten voor diëtetiek bedroegen in 2013 €13.600.

De kosten eerstelijnszorg worden voor bijna de helft veroorzaakt door huisartsenzorg en bedroegen in 2013 €939.000. Ten opzichte van 2012 is dit een kleine stijging van 3%. In totaal werden er in 2013 44.468 consulten gedeclareerd. In Tabel 5.2 wordt een overzicht gegeven van de gedeclareerde huisartsendiensten.

Tabel 5.2: overzicht gedeclareerde huisartsendiensten (bron: Zorginstituut)

Soort huisartsenzorg	Totaal
Consult	28.145
Dubbel consult	15.591
Telefonisch	592
Visite	129
Visite lang	11
Totaal	44.468

5.5 De eigen bijdrage voor medicijnen (vijfeuromaatregel)

In het najaar van 2013 is door het Zorginstituut een aanbesteding uitgeschreven voor het contracteren van apotheken per 1 januari 2014. Het Zorginstituut is er bij de nieuwe aanbesteding van uitgegaan dat de ingediende declaraties standaard met € 5 per receptregel worden gecorrigeerd. Dit wordt gedaan vanuit de veronderstelling dat deze € 5 door onverzekerbare vreemdelling zal worden betaald. Het is vervolgens aan de apotheker om deze € 5 per receptregel te innen bij onverzekerbare vreemdelling.

De bijdrage van € 5 per receptregel kan een drempel opwerpen voor onverzekerbare vreemdelingen met meervoudige en chronisch medicijngebruik. De maatregel is daarom op twee onderdelen verzacht:

- 1) Apothekers mogen sinds 1 januari 2014 medicijnen meegeven voor een maximale termijn van drie maanden. Voorheen was dit slechts één maand.
- 2) Bij meervoudig medicijngebruik waarbij ook therapietrouw van belang is, wordt in de farmaceutische zorg vaak gewerkt met weekverpakkingen (baxterverpakking). De patiënt krijgt dan per week zijn geneesmiddelen mee die dan door de apotheek al voor de hele week naar innamemoment zijn voorverpakt. Deze patiënten zouden dan iedere week voor meerdere medicijnen € 5 verschuldigd zijn. Dat zou een forse drempel opwerpen voor patiënten met meervoudig medicijngebruik waarbij therapietrouw van belang zijn. Het Zorginstituut heeft daarom besloten om de 'vervolg weekuitgifte' uit te sluiten van de vijfeuromaatregel.

Bij de introductie van de vijfeuromaatregel heeft het Zorginstituut in december 2013 alle huisartsen hierover geïnformeerd. Daarnaast heeft de Minister van VWS de Eerste en Tweede Kamer geïnformeerd over de vijfeuromaatregel in de Verzekerdenmonitor 2013.

Het Zorginstituut heeft na de invoering van de vijfeuromaatregel tweemaal een inventarisatie gedaan naar de praktijkervaringen van apothekers. Uit deze inventarisaties is het volgende gebleken:

- 1^e inventarisatie (februari 2014): de apotheken met de hoogste declaraties zijn gebeld. Uit de inventarisatie is gebleken dat de maatregel tot opmerkelijk weinig problemen had geleid. Patiënten waren bekend met de maatregel of waren in ieder geval bereid tot betaling.
- 2^e inventarisatie (maart 2014): gebleken is dat regelmatig de € 5 per receptregel wordt betaald door derden zoals bijvoorbeeld kerken, hulpverleningsorganisaties, mantelzorgers of de gemeente. Deze betaling door derden onttrekt zich vaak aan de waarneming van de apotheek die slechts constateert dat de € 5 probleemloos wordt betaald.

De VNG, maar ook diverse andere organisaties, hebben de Tweede Kamer om aandacht gevraagd voor de onverzekerbare vreemdelingen die niet in staat zijn om de eigen bijdrage van € 5 per receptregel te betalen. De VNG schat dat 1.500 van de 7.500 medicijngebruikende onverzekerbare vreemdelingen moeite hebben met het betalen van de € 5 per receptregel.

Deze verhouding van 80% waarbij het geen probleem is en 20% waarbij het wel een drempel vormt, wordt ook door het Zorginstituut herkend. Bij deze 20% wordt de drempel in de meeste gevallen afgezwakt doordat de bijdrage vaak door derden wordt betaald.

5.6 Contractering

Het Zorginstituut voert de wettelijke bijdrageregeling uit sinds 1 januari 2009. In 2008 is een aanbestedingsprocedure uitgeschreven voor de contractering van ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen zijn gecontracteerd voor twee jaar met de mogelijkheid om de overeenkomst drie keer met een jaar te verlengen. Al deze overeenkomsten eindigden op 31 december 2013.

Sinds 1 januari 2014 heeft het Zorginstituut 31 ziekenhuizen gecontracteerd voor de levering van niet direct toegankelijke ziekenhuiszorg aan onverzekerbare vreemdelingen. Hiervan waren zestien ziekenhuizen ook in 2013 gecontracteerd. Voor elf ziekenhuizen is na vijf jaar sprake geweest van een wisseling van contractpartner. Verder heeft een andere regio-indeling geleid tot het contracteren van vier extra ziekenhuizen in Apeldoorn, Winterswijk, Dirksland en Tilburg. Alle huisartsen zijn in december 2013 over deze wijziging geïnformeerd.

Per 1 januari 2014 was nog niet in elke gemeente een apotheek gecontracteerd. Een aantal van die gemeenten gaf aan daar wel behoefte aan te hebben. Daarop heeft het Zorginstituut alsnog apotheken gecontracteerd.

Per peildatum 1 juli 2014 heeft het Zorginstituut voor 132 gemeenten nog geen apotheek gecontracteerd. De afwezigheid van een gecontracteerde apotheek blijkt in die gemeenten in de praktijk niet tot problemen te leiden. Mogelijk is de onverzekerbare vreemdeling bereid om naar een apotheek in een andere gemeente te reizen, maar het kan ook zijn dat er in een gemeente geen zorgvragende onverzekerbare vreemdeling aanwezig is.

HOOFDSTUK 6. INTERNATIONALE ASPECTEN

6.1 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 in hun woonland op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening (EG) Nr. 883/2004 of een bilateraal sociale zekerheidsverdrag zorg ontvangen ten laste van Nederland ("verdragsgerechtigden"). In §6.2 tot en met §6.5 wordt hier nader op ingegaan. Daarnaast geeft dit hoofdstuk informatie over *Zvw-verzekerden* die in het buitenland zorg ontvangen (§6.6 tot en met §6.7). Deze paragrafen zijn opgenomen naar aanleiding van de in de brief van het kabinet aan de Tweede Kamer van 27 juni 2014¹⁷ aangekondigde maatregel om de informatievoorziening over grensoverschrijdende zorg te verbeteren.

6.2 Verdragsgerechtigden

De Europese sociale zekerheidsverordening nr. 883/2004 (hierna: Verordening) en de tussen Nederland en andere staten bestaande bilaterale sociale zekerheidsverdragen (hierna: verdragen) hebben onder meer tot doel te voorkomen dat mensen die zich binnen de EU/EER en Zwitserland (hierna EU)¹⁸ of tussen Nederland en de verdragslanden verplaatsen, hun ziektekostendekking verliezen of dubbel sociaalverzekerd zijn.

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

- a) personen die werken in Nederland en in een andere EU-lidstaat of in een verdragsland wonen (hierna: verzekerden);
- b) de gezinsleden van de onder a) genoemde personen die in Nederland werken;
- c) gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden met een Nederlands wettelijk pensioen die in een andere EU-lidstaat of in een verdragsland wonen;
- d) de gezinsleden van gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden met een Nederlands wettelijk pensioen die in een andere EU-lidstaat of in een verdragsland wonen.

Ad a) Verzekerden

Volgens de Verordening en de verdragen is op mensen die werken de sociale zekerheidswetgeving van het werkland van toepassing. Grensarbeiders die wonen in het buitenland (bijvoorbeeld België) en werken in Nederland vallen dus onder de Nederlandse wetgeving. Dat betekent dat zij AWBZ-verzekerd zijn en daardoor Zvw-verzekeringplichtig. Zij kunnen in Nederland en in het buitenland zorg inroepen op grond van de *polisvoorwaarden* van hun (Nederlandse) zorgverzekering.

Op grond van de Verordening en de verdragen bestaat voor deze verzekerden daarnaast een *verdragsrecht* op zorg in het woonland ten laste van Nederland. Zvw-verzekerden die in het buitenland wonen hebben hierdoor een keuzerecht tussen de Zvw-polis (het Nederlandse pakket, tarieven en voorwaarden) of het verdragsrecht (pakket, tarieven en voorwaarden van het woonland). In het buitenland wonende verzekerden betalen, net als de in Nederland wonende verzekerden, de inkomensafhankelijke AWBZ- en Zvw-premie en de nominale Zvw-premie.

¹⁷ Kamerstukken II, 2013/14, 29 689, nr. 530.

¹⁸ De landen van de Europese Economische Ruimte (EER) zijn: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein.

Ad b) Gezinsleden van personen die in Nederland werken

De AWBZ en de Zvw kennen geen medeverzekering van gezinsleden. In het buitenland wonende gezinsleden van verzekerden kunnen dus geen rechten ontlenen aan de AWBZ en de Zvw. Deze gezinsleden hebben wel een verdragsrecht op zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van het woonland (woonlandpakket), ten laste van Nederland. Gezinsleden die in een andere EU-lidstaat wonen kunnen tijdens een verblijf in Nederland ook in Nederland zorg inroepen, indien deze zorg tijdens het verblijf medisch noodzakelijk wordt. De gezinsleden van 18 jaar en ouder betalen een verdragsbijdrage aan Nederland die door het Zorginstituut wordt geïnd (zie §6.5).

Ad c & d) Gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden

Buiten Nederland wonende rechthebbenden op een Nederlands wettelijk pensioen en hun gezinsleden zijn niet verzekerd voor de AWBZ en de Zvw. Zij hebben op grond van de Verordening of verdragen recht op het woonlandpakket (verdragsrecht) ten laste van Nederland. Ook kunnen gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden die in een ander EU-land wonen, zonder voorafgaande toestemming zorg ontvangen in Nederland.

Ook zij betalen een verdragsbijdrage aan Nederland die door het Zorginstituut wordt geïnd¹⁹ (zie §6.5.). De toepasselijkheid van de Verordening en, daarmee samenhangend, de verplichting tot het betalen van een verdragsbijdrage, hebben een verplicht karakter. Het Europese Hof van Justitie²⁰ en in het vervolg hierop, de Centrale Raad van Beroep²¹, hebben naar aanleiding van verschillende rechtsgedingen hierover een definitieve uitspraak gedaan.

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

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

- 1) Zorginstituut Nederland. Als *bevoegd orgaan* voert het Zorginstituut de administratie van verdragsgerechtigden en de heffing en inning van de verdragsbijdragen. Ten behoeve van de zorg in Nederland of een ander land dan het woonland, verstrekt het Zorginstituut aan verdragsgerechtigden de Europese zorgverzekeringskaart (European Health Insurance Card, EHIC).²² In de hoedanigheid van *verbindingsorgaan* is het Zorginstituut daarnaast verantwoordelijk voor de afrekening van zorgkosten met het buitenland.
- 2) Zorgverzekeraar Agis vervult in het kader van de Verordening en verdragen de functie van het orgaan van de verblijfplaats. In deze rol organiseert Agis de toegang tot de zorg en het vergoeden van gemaakte zorgkosten voor in een ander EU-land wonende verdragsgerechtigden die tijdelijk in Nederland verblijven.

6.4 Aantal in het buitenland wonende verzekerden en verdragsgerechtigden

Het aantal personen dat in het woonland een verdragsrecht op zorg heeft ten laste van Nederland neemt sinds het jaar 2009 af. In 2013 waren dit 179.811 personen. Ten opzichte van het jaar 2009 zijn er in 2013 29.126 minder personen met een verdragsrecht.

¹⁹ Wanneer men tevens een wettelijk pensioen van het woonland heeft is men onderworpen aan de wetgeving van het woonland en treedt het verdragsrecht ten laste van Nederland terug. Het gaat dan bijvoorbeeld om personen die zowel in Nederland als in het huidige woonland gewerkt hebben en op grond daarvan van beide landen een wettelijk pensioen ontvangen.

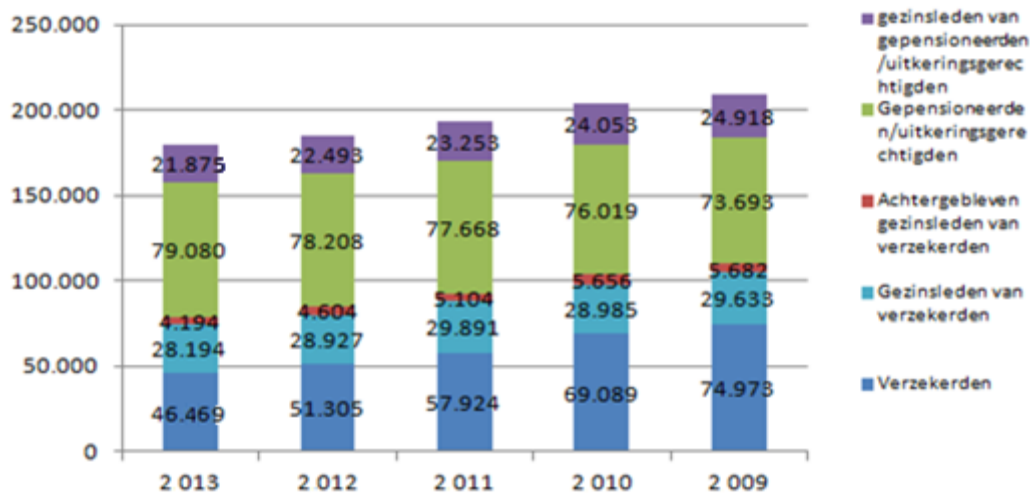
²⁰ Arrest Van Delft C-345/09

²¹ Arrest Van Delft LJN BR1934

²² Met deze EHIC-kaart kunnen verdragsgerechtigden zorg inroepen die tijdens een verblijf in een andere Europese lidstaat medisch noodzakelijk wordt (bijvoorbeeld tijdens vakantie in een ander land). Het Zorginstituut stuurt op verzoek de EHIC-kaart toe.

De ontwikkeling in aantallen van de verschillende groepen is divers. De groep verzekerden (personen die werken in Nederland, maar wonen in het buitenland) laat ten opzichte van het jaar 2009 een daling zien van 28.504 personen. Ten opzichte van 2012 is deze groep gedaald met 4.836 personen. De economische crisis is mogelijk een oorzaak van deze sterke daling. Het aantal gezinsleden van gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden is gedaald met 614 personen. Daarentegen laat de groep gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden in 2013 een stijging zien met 872 personen ten opzichte van 2012. Sinds 2009 is deze laatstgenoemde groep met 5.387 personen gestegen. Daarmee lijkt deze stijging een structureel karakter te hebben.

Figuur 6.1: Uitsplitsing verdragsgerechtigden naar categorie (bron: Zorginstituut)



6.5 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 verzekerden en verdragsgerechtigden en de geïnde verdragsbijdragen.

6.5.1 Heffing en inning van de verdragsbijdrage

Gezinsleden ouder dan 18 jaar, van verzekerde werknemers, alsmede gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden van 18 jaar en ouder, betalen voor hun verdragsrecht op zorg in het woonland een verdragsbijdrage aan het Zorginstituut. De verdragsbijdrage bestaat uit drie componenten en is vastgesteld overeenkomstig de wijze waarop de premie is samengesteld voor mensen die in Nederland verzekerd zijn. Dat betekent dat gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden zowel de inkomensafhankelijke AWBZ en Zvw-component, als de nominale Zvw-component betalen en de gezinsleden van 18 jaar en ouder alleen de inkomensafhankelijke (nominale) premiecomponent. Het totaal van deze componenten wordt vermenigvuldigd met de zogeheten woonlandfactor. Met de woonlandfactor wordt tot uitdrukking gebracht in welke mate de in het woonlandpakket opgenomen zorg zich verhoudt tot de in het Nederlandse pakket (Zvw en AWBZ) opgenomen zorg. Deze woonlandfactor is dus het verhoudingsgetal tussen de gemiddelde kosten van zorg in het woonland en de gemiddelde kosten van zorg in Nederland. Voor het merendeel van de EU- en verdragslanden is dit verhoudingsgetal minder dan 1. Over 2013 betaalden de verdragsgerechtigden in totaal €97,4 miljoen (2012 €103,4 miljoen) aan verdragsbijdrage.

6.5.2 Vergoeding van zorgkosten aan het buitenland

Voor de door het woonland verleende zorg aan verdragsgerechtigden betaalt Nederland (in casu het Zorginstituut) 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*.²³ In 2013 betaalde het Zorginstituut in totaal €283,5 miljoen aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen. In 2012 bedroeg dit €280,9 miljoen. Hierbij werd € 186,8 miljoen aan werkelijke kosten betaald en €96,7 miljoen aan gemiddelde kosten.

Nederland betaalt verhoudingsgewijs meer aan zorgkosten aan het buitenland dan aan verdragsbijdrage wordt opgebracht. Een deel van dit verschil kan worden verklaard door het karakter van de populatie. De groep verdragsgerechtigden telt relatief veel gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden.

In Tabel 6.1. wordt het aantal verdragsgerechtigden naar groep en land gepresenteerd met daarbij de ontvangen verdragsbijdrage.

Tabel 6.1: Aantallen verzekerden en verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage (bron: Zorginstituut)²⁴

Land	Aantallen en bijdragen verdragsgerechtigden					Ontvangen bijdragen 2013 (x € 1000)
	Totaal	Verzekerden ¹	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden ²	Verdragsgerechtigden (hoofd-verzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	
<i>EU/EER/Zwitserland</i>						
België	49.280	23.564	10.940	13.330	1.446	26.484
Bulgarije	91	0	0	81	10	11
Cyprus	120	1	0	110	9	62
Denemarken	65	2	0	63	0	150
Duitsland	43.438	18.475	12.918	10.713	1.332	24.529
Estland	10	2	1	7	0	4
Finland	43	3	0	37	3	75
Frankrijk	8.894	440	445	6.979	1.030	19.349
Griekenland	1.016	26	81	795	114	838
Hongarije	755	31	46	570	108	227
Ierland	319	5	13	274	27	836
IJsland	2	0	0	2	0	7
Italië	1.527	49	43	1.336	99	1.755
Letland	22	8	4	10	0	3
Liechtenstein	1	0	0	1	0	5
Litouwen	31	8	7	13	3	5
Luxemburg	179	11	6	153	9	314
Malta	164	3	4	139	18	107
Noorwegen	121	11	7	97	6	367
Oostenrijk	681	41	24	551	65	1.075
Polen	7.031	2.847	3.636	456	92	139
Portugal	2.756	46	71	2.325	314	2.149
Roemenië	161	26	20	93	22	12
Slovenië	60	2	7	43	8	32
Slowakije	489	282	162	39	6	20
Spanje	11.975	133	164	10.594	1.084	11.814
Tsjechië	510	273	53	162	22	115
Verenigd Koninkrijk	1.225	74	36	909	206	1.671
Zweden	492	17	6	405	64	927
Zwitserland	691	64	44	542	41	1.032
Totaal EU/EER/Zwitserland	132.149	46.444	28.738	50.829	6.138	94.114

²³ Sinds 1 mei 2010 dient afrekening van zorgkosten plaats te vinden op basis van werkelijk gemaakte kosten. Alleen als dit voor lidstaten niet mogelijk is, kan worden gedeclareerd op basis van gemiddelde kosten. In voorgaande jaren werden in de Verzekerenmonitor alleen de gemiddelde kosten opgenomen.

²⁴ Voetnoten bij tabel:

Vervolg Tabel 6.1: Aantallen verzekerden en verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage (bron: Zorginstituut)

Land	Aantallen verdragsgerechtigden					Ontvangen bijdragen 2013 (x € 1.000)
	Totaal	Verzekerden	Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden	Verdragsgerechtigden (hoofdverzekerden)	Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen	
<i>Bilateraal</i>						0
Bosnië Herzegovina	457	0	0	409	48	65
* Republika Srpska	154	0	2	140	12	0
Kaapverdië	1.587	8	156	1.058	365	62
Kroatië	449	0	6	409	34	163
Macedonië	213	1	9	179	24	15
Marokko	22.438	1	684	12.662	9.091	399
Tunesië	806	0	138	395	273	25
Turkije	20.785	15	2.628	12.318	5.824	2.498
<i>Voormalige Rep. Joegoslavië</i>						
* Kosovo	0	0	0	0	0	0
* Montenegro	36	0	1	30	5	5
* Republiek Servië	573	0	25	514	34	93
* Vojvodine	164	0	1	136	27	0
Totaal bilateraal	47.662	25	3.650	28.250	15.737	3.324
Totaal	179.811	46.469	32.388	79.079	21.875	97.438

In Tabel 6.2 worden de betaalde gemiddelde en werkelijke kosten over de jaren 2012 tot en met 2013 gepresenteerd. Voor de jaren 2010 en 2011 zijn alleen gemiddelde kosten gepresenteerd.

Tabel 6.2: Betaalde gemiddelde en werkelijke kosten (bron: Zorginstituut)

Land	Aan het buitenland betaalde kosten (afgerond x € 1 miljoen)					
	2013		2012		2011	2010
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Uitsluitend gemiddelde kosten	
België	76,4		74,4	-	-	20,1
Bosnië-Herzegovina		0,3	-	0,3	0,3	0,2
Bulgarije			-	-	-	-
Cyprus	0,1		0,1	-	-	-
Duitsland	63,4		58,8	-	-	12,2
Engeland	2	4	1,4	4	2,8	2,6
Finland		0,1		0,2		
Frankrijk	35,4		33,8	-	-	10,6
Griekenland	3,8		3,2	-	-	0,5
Hongarije	0,4		0,4	-	-	0,1
Ierland		1,8	-	2,2	1,7	-
Italië			-	2,6	2,5	2,5

1) Dit betreft verzekerden met en verzekerden zonder gezinsleden. Het Zorginstituut is in 2010 overgegaan op een andere wijze van het registreren van de gegevens van de verzekerden. Verzekerden zonder meeverzekerde gezinsleden worden niet in alle gevallen meer geregistreerd.

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

Vervolg Tabel 6.2: Betaalde gemiddelde en werkelijke kosten (bron: Zorginstituut)

Land	Aan het buitenland betaalde kosten (afgerond x € 1 miljoen)					
	2013		2012		2011	2010
	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Werkelijke kosten	Gemiddelde kosten	Uitsluitend gemiddelde kosten	
Kroatië		0,3	-	0,3	0,3	0,3
Kaapverdië		0,3	-	-	0,3	0,3
Luxemburg	1,4		1,3	-		
Malta			-	0,2	0,2	0,1
Marokko		9,1	-	8,5	9,6	3,2
Oostenrijk	2,4		2,4	-	-	0,6
Polen	1		1,1	-	-	0,1
Portugal		4,7	-	3,8	3,4	3,3
Roemenie			-	-	-	-
Servië		0,2	-	0,1	0,2	0,2
Slovenië	0,1		0,1	-	-	-
Slowakije	0,1		0,3	-	-	-
Spanje		36,6	-	34,9	37,8	29,3
Tsjechië	0,3		0,3	-	-	-
Tunesië		0,1	-	0,1	0,1	0,1
Turkije		34,8	-	31,5	22,2	23,9
Zweden		1,6	-	1,4	1,2	1
Zwitserland			2,1	2,1	2,3	1,8
Diverse landen		2,8	-	8,8	9,9	24,3
TOTAAL	187	97	180	101	95	137

Sinds 1 mei 2010 regelt de Verordening dat gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden zonder voorafgaande toestemming zorg kunnen ontvangen in Nederland. Tot die datum konden alleen buiten Nederland wonende gezinsleden van verzekerden in Nederland zorg ontvangen. Het aantal rechthebbenden is medio 2010 dus uitgebreid. Dit verklaart de sterke stijging van zorggebruik en zorgkosten in 2011 ten opzichte van de daaraan voorafgaande jaren. In Tabel 6.3 is dit effect duidelijk zichtbaar.

Tabel 6.3: Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland (bron: Agis²⁵)

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal personen	3.039	3.340	8.750	9.166	9.601
Totaal (x € 1 mln.)	3,31	4,98	14,79	15,65	20,16

De in Nederland gemaakte zorgkosten door in het buitenland wonende verdragsgerechtigden laten een sterke stijging zien in 2013 ten opzichte van 2012. Het aantal verdragsgerechtigden dat zorg in Nederland ontvangt is gestegen met 4,7%. De kosten zijn ten opzichte van 2012 gestegen met 28,8% (in 2012 bedroeg de stijging 5,8%).

De gemaakte zorgkosten komen ten laste van Nederland. Voor de zorg in Nederland worden thans in verband met administratieve lasten geen eigen risico of eigen bijdragen in rekening gebracht. Zoals vermeld in de brief van het kabinet aan de Tweede Kamer van 27 juni 2014²⁶ geeft het interdepartementaal onderzoek naar grensoverschrijdende zorg aanleiding om te onderzoeken of eigen risico en eigen bijdragen kunnen worden geïnd bij verdragsgerechtigden voor de in Nederland ontvangen zorg.

²⁵ Agis is "orgaan van de verblijfplaats" in de zin van de Verordening. Het orgaan van de verblijfplaats organiseert de zorg voor verdragsgerechtigden en buitenlands verzekerden die tijdens hun verblijf in Nederland medische zorg nodig hebben.

²⁶ Kabinetsreactie op het IBO-rapport grensoverschrijdende zorg. Kamerstukken II, 2013/14, 29 689, nr. 530.

In Tabel 6.4 wordt een overzicht gegeven van het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland in 2012 nader gespecificeerd naar woonland en type zorg (Zvw en AWBZ).

Tabel 6.4: Zorggebruik verdragsgerechtigden (bron: Agis)

Zorggebruik verdragsgerechtigden in Nederland			
Woonland	Aantal verdragsgerechtigden	Zvw €	AWBZ €
België	3.180	4.963.761	420.959
Bulgarije	9	60.318	0
Cyprus	30	62.455	0
Denemarken	1	231	0
Duitsland	3.521	7.111.371	278
Finland	1	14	0
Frankrijk	988	2.193.677	98.181
Griekenland	60	179.972	191
Groot Britannië	29	52.740	0
Hongarije	78	216.491	4.834
Ierland	15	81.543	0
Italië	108	533.121	31.041
Kroatië	2	657	0
Letland	4	4.450	0
Litouwen	1	1.271	0
Luxemburg	22	58.319	0
Malta	36	170.427	0
Noorwegen	2	8.632	0
Oostenrijk	26	56.675	9.289
Polen	41	82.093	240
Portugal	224	721.086	12.481
Roemenië	17	17.041	1.638
Servië	1	359	0
Slovenië	4	3.378	0
Slowakije	4	682	0
Spanje	1.058	2.439.994	77.759
Tjechië	13	46.615	665
Zweden	24	14.973	0
Zwitserland	102	124.244	19.438
Totaal	9.601	19.206.589	954.245

Het merendeel van de zorg wordt ingeroepen door verdragsgerechtigden uit België en Duitsland, die vanwege de geringe reisafstand geen belemmering ondervinden om de zorg in Nederland in te roepen. Bij de gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden komen, na Duitsland en België, veel verdragsgerechtigden uit Spanje en Frankrijk (1058 respectievelijk 988 personen) naar Nederland voor zorg. De stijging van het aantal verdragsgerechtigden is het sterkst in Duitsland (+129 personen), Frankrijk (+92 personen), Spanje (+60 personen), België (+52 personen), Zwitserland (+30 personen) en Portugal (+25 personen).

In Tabel 6.5 worden de belangrijkste kostenstijging tussen 2012 en 2013 naar land gespecificeerd. Opgemerkt wordt dat er ook kostendalingen zijn. Deze zijn niet in de tabel opgenomen.

Tabel 6.5: De belangrijkste kostenstijging van 2012 naar 2013 naar land gespecificeerd (bron: Agis)

Land	Kostenstijging in mln €
België	1,57
Duitsland	2,07
Frankrijk	1
Spanje	1,08
Portugal	0,21
Italië	0,26
Totaal (x € 1 mln.)	6,19

6.6 Grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden

De voorgaande paragrafen geven inzicht in het zorggebruik door *verdragsgerechtigden* in het buitenland. In Nederland wonende *Zvw-verzekerden* kunnen zowel op grond van de Zvw als op grond van de Verordening of verdragen zorg in het buitenland ontvangen. Op dit moment kent de Zvw een werelddekking²⁷. Dat wil zeggen dat Zvw-verzekerden overal ter wereld recht hebben op het Nederlandse verzekerde pakket. De vergoeding van de kosten is daarbij gemaximeerd tot het in Nederland gangbare tarief van de betreffende behandeling. Naast deze mogelijkheid bevatten ook de Europese sociale zekerheidsverordening en bilaterale verdragen regels over de vergoeding van verleende zorg. Bij vergoeding op grond van de Verordening of verdragen gelden voor de tarieven de voorwaarden van het land waar de zorg is ontvangen. Verzekerden hebben dus een keuzemogelijkheid wanneer zij zorg in het buitenland ontvangen. Zij kunnen de zorg ofwel declareren op basis van de Zvw-polis, ofwel op basis van de Verordening of het bilaterale verdrag.

In Tabel 6.6 wordt een meerjarig overzicht gegeven van de kosten grensoverschrijdende zorg binnen het macroprestatiebedrag (MPB)²⁸ op peildatum 31 december 2013. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de kosten grensoverschrijdende zorg gemaakt op grond van de Verordening of verdragen en de Zvw-polis.

Tabel 6.6: Meerjarig overzicht kosten grensoverschrijdende zorg binnen het MPB (bron: Zorginstituut)

	2011	2012	2013
Zvw-polis	271,5	259,4	263,2
Verordening of verdrag	48,9	164,6	156,7
Totaal (x € 1 mln.)	320,4	424,0	419,9

Uit het overzicht valt het volgende op te maken:

- De totale zorgkosten van Nederlandse verzekerden in het buitenland in 2013 bedragen € 419,9 miljoen. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2012 met € 4,1 miljoen (€ 424 miljoen). Dit is een breuk in de trend van de afgelopen jaren waarin de kosten van grensoverschrijdende zorg alleen een stijging lieten zien. Conclusies kunnen hier echter nog niet aan worden verbonden. Fluctuaties in de kosten van grensoverschrijdende zorg laten zich namelijk moeilijk verklaren, doordat deze afhankelijk zijn van velerlei factoren. Zo is een toe- of afname in het

²⁷ Momenteel is een wetsvoorstel in voorbereiding waarmee deze werelddekking geografisch wordt beperkt tot de landen van de EU, de EER en tot Zwitserland. Dit betekent dat het recht op vergoeding van zorgkosten buiten de EU, EER en Zwitserland in de toekomst komt te vervallen. Het voornemen is dat de geografische beperking per 1 januari 2016 inwerking treedt.

²⁸ Zorgkosten binnen het MPB zijn de door Zvw-verzekerden gemaakte zorgkosten. De door verdragsgerechtigden gemaakte zorgkosten zijn kosten buiten het MPB.

grensoverschrijdend personenverkeer (bijvoorbeeld het aantal buitenlandvakanties, internationale arbeidsmobiliteit of de vraag naar zorg in het buitenland) hierop van invloed. Daarnaast worden fluctuaties in de kosten van grensoverschrijdende zorg veroorzaakt door de wijze van rapporteren door het Zorginstituut. Het Zorginstituut wijst namelijk de uitgaven deels toe naar het jaar waarin de zorg is betaald (rapportage op *kasbasis*) in plaats van naar het jaar waarin de zorg is verleend (rapportage op *transactiebasis*). Doordat het declaratieproces vanuit het buitenland lange termijnen kent en er soms sprake is van bulkindiening of bulkafhandeling kunnen de rapportages en daardoor de ramingen een vertekend beeld geven.

- De kosten op grond van de Zvw-polis bedroegen in 2013 € 263,2 miljoen. Dit is een lichte stijging ten opzichte van 2012 (€ 259,4 miljoen) van 1,5%. Op grond van de Verordening en verdragen bedroegen de zorgkosten buitenland in totaal € 156,7 miljoen. Dit is een daling van 4,8% ten opzichte van 2012 (€ 164,6 miljoen).
- De kosten tussen jaar 2011 en 2012 zijn gestegen met ongeveer € 104 miljoen. Deze stijging is grotendeels toe te wijzen aan de hoge stijging in de kosten die zijn gemaakt op basis van de Verordening of een verdrag. Deze grote stijging is te verklaren doordat er in 2011 een inhaalslag is gemaakt in de verwerking van declaraties uit voorgaande jaren. Aanzien de declaraties van zorg op grond van de Verordening of verdrag worden verwerkt op kasbasis, zou dit initieel moeten hebben geresulteerd in een zeer hoog bedrag aan kosten in 2011. Er is echter besloten om eenmalig de kosten van de verwerkte declaraties toe te wijzen aan het jaar waar zij betrekking op hebben. Dit heeft in de rapportage van de resultaten geleid tot een afwijkend laag bedrag voor 2011 en naar boven bijgestelde bedragen voor de jaren 2010 en 2009 en ouder.

6.7 Voorlichting over grensoverschrijdende zorg

Zoals hiervoor is aangegeven kunnen Zvw-verzekerden gebruik maken van twee verschillende routes voor vergoeding van zorg in het buitenland: de Verordening/verdrag of de Zvw-polis. Het naast elkaar bestaan van twee verschillende routes maakt het voor de verzekerde ingewikkeld. Goede voorlichting is daarom van belang.

Ter implementatie van de Europese Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (hierna: de Patiëntenrichtlijn)²⁹ heeft de Minister van VWS het Zorginstituut aangewezen als nationaal contactpunt voor grensoverschrijdende zorg (hierna: NCP). Het NCP verstrekt algemene informatie aan verzekerden over hun rechten en plichten bij grensoverschrijdende zorg binnen de EU. De website van het NCP (www.cbhc.nl) is inmiddels volledig operationeel.

Op verzoek van VWS heeft het NCP statistieken beschikbaar gesteld van alle ingekomen verzoeken om informatie. In Tabel 6.7 is te zien dat in de periode van 25 oktober 2013 tot 1 juli 2014 in totaal 104 verzoeken om informatie door het NCP zijn ontvangen. De tabel geeft ook inzicht in het onderwerp van de vragen.

Vragen die onder 'overig' zijn geregistreerd betreffen voornamelijk vragen over wet- en regelgeving en vragen uit andere Europese lidstaten. Vragen die niet voor het NCP bestemd zijn worden doorgestuurd naar het Zorginstituut. Indien vragen bestemd zijn voor andere organisaties, dan wordt de vragensteller doorverwezen naar de betreffende organisatie. Het NCP heeft in 95% van de gevallen de vragen binnen de maximale responstijd van vijf werkdagen beantwoord.

²⁹ Richtlijn 2011/24/EU (9 maart 2011) van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (L 88/45).

Tabel 6.7: Aantal verzoeken NCP (bron: Zorginstituut)

	Aantal verzoeken
Inkomende patiënten	25
<i>Kosten behandeling</i>	11
<i>Zorglandschap (zorgaanbieders in Nederland)</i>	5
<i>Gebruik EHIC</i>	8
<i>Algemeen</i>	1
Uitgaande patiënten	35
<i>Vergoeding van de kosten</i>	17
<i>Toestemmingsvraag</i>	11
<i>Zorgvraag</i>	4
<i>Algemeen</i>	3
Overig	33
Niet voor NCP	11
Totaal	104

HOOFDSTUK 7. CARIBISCH NEDERLAND

7.1 De zorgverzekering in Caribisch Nederland

Een bijzonder aspect van het stelsel van Nederlandse ziektekostenverzekeringen wordt gevormd door de zorgverzekering in Caribisch Nederland. Caribisch Nederland bestaat uit de eilanden Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Het gaat om circa 23.000 verzekerden in 2013. Op 10 oktober 2010 zijn de eilanden openbaar lichaam van Nederland geworden. Nederland is sindsdien verantwoordelijk voor de sociale ziektekostenwetgeving in Caribisch Nederland.

Aangezien de voormalige Nederlands-Antilliaanse regelgeving noch de Nederlandse regelgeving op het gebied van de sociale ziektekostenverzekering een oplossing bood voor de huidige situatie op de eilanden, is per 1 januari 2011 voorzien in een nieuwe zorgverzekering. Iedereen die rechtmatig woont of werkt op het grondgebied van Caribisch Nederland is van rechtswege verzekerd. In het Besluit zorgverzekering BES is geregeld wie verzekerd zijn en wie uitgezonderd zijn van de verplichte verzekering. De zorgverzekering is op de specifieke situatie van de eilanden toegespitst en vervangt alle bestaande ziektekostenregelingen, inclusief de algemene verzekering bijzondere ziektekosten (avbz).

De zorgverzekering in Caribisch Nederland omvat zowel curatieve als langdurige zorg. De kosten van de verzekering worden deels uit werknemerspremies (als onderdeel van de door de minister van Financiën ingevoerde "vlaktaks" van 30,4%) en deels uit werkgeverspremies gefinancierd.

De verzekering wordt uitgevoerd door het zorgverzekeringskantoor, gevestigd te Bonaire en met dependances op Saba en Sint Eustatius. De zorgverzekering is per 1 januari 2012 aangepast op het gebied van abortus, vergoedingen van gehoorapparaten en enige andere zaken. Per 1 januari 2013 zijn in navolging van de pakketmaatregelen in Europees Nederland de minimumleeftijd voor fluorideapplicaties, eenvoudige loophulpmiddelen, de redressiehelm, en hulp bij werk- en relatieproblemen uit de aanspraken geschrapt. Voorts zal de hielprik per 1 januari 2015 onderdeel uitmaken van het zorgaanbod in Caribisch Nederland.

7.2 Verbetering van de zorg

In september 2013 is de Commissie Goedgedrag³⁰ (hierna: Commissie) ingesteld om voor de lange(re) termijn een advies op te stellen over de toekomst van de zorg in Caribisch Nederland. Opdracht voor de commissie was om concreet te maken hoe, binnen de budgettaire kaders en binnen de wettelijke kaders, de opbouw van de zorginfrastructuur de komende jaren verder vorm zou moeten krijgen. De Commissie heeft in mei 2014 zijn advies afgerond. Het advies van de Commissie is volledig overgenomen. Op basis van de aanbevelingen van de Commissie wordt de verdere verbetering van het zorgaanbod ter hand genomen in de komende jaren. Dat houdt in dat conform het advies, in de periode 2014-2020, de zorg in Caribisch Nederland verder zal worden verbeterd richting een voor Europees Nederland aanvaardbaar niveau.

Het gaat hierbij om het realiseren van een goed functionerend, duurzaam stelsel van zorg, dat voor alle rechthebbenden in gelijke mate toegankelijk is.

Daarbij moet binnen de beschikbare budgettaire kaders recht worden gedaan aan zowel de culturele, geografische en andere verschillen tussen het Europese en het Caribische deel van Nederland als de verschillen tussen de drie eilanden. Hiertoe is het essentieel dat de in het advies voorgestelde efficiencymaatregelen, zoals het beter organiseren van de medische uitzendingen, worden gerealiseerd. Ook zal bij het verder invullen van de nog bestaande leemtes in de zorg geprioriteerd moeten worden in relatie tot de beschikbare middelen.

In het najaar 2014 zal worden gestart met het maken van een planning en zal uitvoering worden gegeven aan het advies van de Commissie.

³⁰ De commissie, genoemd naar de voorzitter, de heer F. Goedgedrag, bestond uit bestuurders van de eilanden, zorgaanbieders, het hoofd zorgverzekeringskantoor en een door VWS geleverde secretaris.