

Kenniskern

2026

Inhoudsopgave

Voorwoord

1. Inleiding

2. Zorg

2.1 Algemeen: Prinsjesdag

2.2 Wijzigingen Zvw per 2026

2.3 Eigen risico, eigen bijdragen en inkomensafhankelijke bijdrage en voorgenomen wijzigingen per 2027

2.4 Voorwaardelijke toelatingen

3. Diversen

3.1 Jurisprudentie van de SKGZ

3.2 Stand van zaken betalingsachterstand zorgpremie

3.3 IZA en ASWZ

3.4 Convenant samenloop reis en zorg

3.5 Convenant Regres Zorg- en Aansprakelijkheidsverzekeraars

Voorwoord

Door de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 2006 bestond er behoefte aan kennis aan de inhoud hiervan bij zorgverzekeraars. Het is uiteraard van belang die kennis ook actueel te houden.

Vanuit de toenmalige Opleidingscommissie Zorgverzekeringen is de wens kenbaar gemaakt dat er behoefte bestaat aan een overzicht van de wijzigingen die zich in een jaar op het gebied van de Zvw en de daaraan gelieerde wet- en regelgeving voordoen. Hieraan gekoppeld is ook de behoefte aan permanente educatie die bij zorgverzekeraars aanwezig is. Immers educatie, waar permanente educatie een onderdeel van vormt, is voor een organisatie van groot belang. Permanente educatie draagt eraan bij dat personen die in het verleden een opleiding hebben gevolgd, op de hoogte blijven van recente ontwikkelingen die van belang zijn in hun vakgebied. De invoering van Wft-Zorg heeft hier geen veranderingen in gebracht.

Om aan de eerder geschetste behoefte invulling te geven is de zogenoemde Kenniskern in het leven geroepen. In de Kenniskern heeft zitting Marc van Westerlaak (Adfiz), Geert-Jan Vos (CZ), Niamh Spies, Robert Jan Kleijn, Renate Kleijn-Steinebach (SKGZ) en Nicolette Cremers (ZN).

Onder eindredactie van ZN heeft de Kenniskern een overzicht geschreven met betrekking tot de wijzigingen in de Zvw en de daaraan gelieerde wet- en regelgeving die per 2026 ingaan. Daarnaast zijn tevens relevante ontwikkelingen opgenomen. Dit overzicht heeft een algemeen karakter en kan gebruikt worden voor permanente educatie.

Wij hopen dat de voorliggende update ook dit jaar weer bruikbaar is.

Voor suggesties staan wij altijd open, deze kunt u mailen aan N.Cremers@zn.nl.

Nicolette Cremers

Robert Jan Kleijn

Renate Kleijn - Steinebach

Niamh Spies

Geert-Jan Vos

Marc van Westerlaak

1. Inleiding

In deze notitie (status oktober 2025) wordt een overzicht gegeven van zaken die van belang zijn voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de wijzigingen aangegeven die doorgevoerd worden per 1 januari 2026 ten opzichte van 2025. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan items die in 2025 gespeeld hebben en extra aandacht verdienen en relevante ontwikkelingen die het weten waard zijn.

Deze zijn tevens van belang voor opleidingen en permanente educatie.

Daarnaast komen relevante onderwerpen aan de orde die afgelopen kalenderjaar gespeeld hebben dan wel in de nabije toekomst gaan spelen.

2. Zorg

2.1 Algemeen: Prinsjesdag

Jaarlijks worden op Prinsjesdag de nodige cijfers en relevante gegevens met betrekking tot de Zorgverzekeringswet (Zvw) bekend gemaakt. Hieronder een overzicht waarin een aantal belangrijkste cijfers uit de begroting voor 2026 van het ministerie van VWS rondom de Zvw zijn weergegeven:

Item	2023	2024	2025	2026	Verschil '25/'26
Procentuele Wlz-premie	9,65%	9,65%	9,65%	9,65%	0,00%
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (normaal tarief)	6,68%	6,57%	6,51%	6,10%	-0,41%
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (verlaagd tarief)	5,43%	5,32%	5,26%	4,85%	-0,41%
Nominale rekenpremie	€ 1.599,00	€ 1.708,00	€ 1.802,00	€ 1.812,00	€ 10,00
Gemiddelde nominale opslagpremie (schatting)	€ 51,00	€ 39,00	€ 74,00	€ 96,00	€ 22,00
Totale gemiddelde nominale premie	€ 1.650,00	€ 1.747,00	€ 1.876,00	€ 1.908,00	€ 32,00
Verplicht eigen risico	€ 385,00	€ 385,00	€ 385,00	€ 385,00	€ 0,00
Standaardpremie (tbv Zorgtoeslag)	€ 1.889,00	€ 1.987,00	€ 2.112,00	€ 2.143,00	€ 31,00
Maximale zorgtoeslag alleenstaande	€ 1.858,00	€ 1.483,00	€ 1.573,00	€ 1.574,00	€ 1,00
Maximale zorgtoeslag partners	€ 3.180,00	€ 2.833,00	€ 3.010,00	€ 3.010,00	€ 0,00

Enkele opvallende zaken zijn:

Premie-inschatting VWS

- VWS verwacht dat de gemiddelde nominale premie per 2026 met € 2,67 per maand (€ 32 per jaar) stijgt. Overall hebben de zorgverzekeraars hun premies in 2025 gemiddeld € 8 per jaar hoger vastgesteld dan VWS had begroot op Prinsjesdag vorig jaar (prognose € 1.868 ten opzichte van € 1.876 gemiddelde betaalde premie). De prognose van VWS komt de afgelopen jaren wel steeds dichterbij de daadwerkelijke gemiddelde betaalde premie.

Op basis van de rekenpremie gaan zorgverzekeraars doorrekenen welke premie zij zelf denken nodig te hebben. Deze premiestelling voor 2026 moet uiterlijk 12 november 2025 bekend gemaakt zijn. De eerste zorgverzekeraar heeft inmiddels de premie voor 2026 bekendgemaakt. Deze verzekeraar houdt de premie voor 2026 gelijk aan 2025 en voert dus geen premieverhoging door.

Voor 2026 verwacht VWS dat zorgverzekeraars € 0,1 miljard overreserves zullen inzetten om de premies te dempen. Volgens de berekeningen van VWS was de inzet van reserves door zorgverzekeraars in 2025 € 0,5 miljard. Overall zou de verlaagd inzet van reserves moeten zorgen voor een stijging van de premie (nominaal en inkomensafhankelijk bij elkaar) van € 28, waarvan de helft via de inkomensafhankelijke bijdragen wordt gefinancierd.

Premie Wet langdurige zorg

De procentuele premie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) blijft gelijk, volgens afspraak.

2.2 Wijzigingen Zvw per 2026

Meer ondersteuning bij stoppen met roken

Stoppen met roken is vanaf 2013 onafgebroken onderdeel van het pakket. Inmiddels is het aanbod van stoppen met rokenprogramma's verder doorontwikkeld. Tot 2026 wordt er nog één stoppoging per kalenderjaar vergoed, maar vanaf 2026 wordt dit uitgebreid naar maximaal drie stoppen-met-rokenprogramma's per kalenderjaar.

Oefentherapie bij axiale spondyloarthritis (axSpA) definitief vergoed

Langdurige en persoonlijke actieve oefentherapie onder begeleiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut voor volwassenen met axiale spondyloarthritis (axSpA), wordt opgenomen in het basispakket. AxSpA is een vorm van reuma waarbij er vooral sprake is van klachten aan bekken en wervelkolom. Dit geldt voor volwassenen met axSpA die ernstige functionele beperkingen in het dagelijks leven hebben.

Deze zorg was al tijdelijk toegelaten om de effectiviteit te onderzoeken. Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat deze zorg voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en heeft geadviseerd de zorg definitief in het basispakket op te nemen. Dit advies wordt per 2026 opgevolgd.

Geen eigen risico voor meekijkconsult en advies op afstand

Bepaalde vormen van zorg worden uitgezonderd van het verplichte eigen risico. Per 2026 wordt die lijst uitgebreid met zogeheten 'meekijkconsulten' en 'meedenkadvisen'. Deze uitzondering geldt niet voor het vrijwillig eigen risico.

Meekijkconsulten en meedenkadvisen zijn situaties waarin de huisarts de expertise van een andere zorgverlener inroept om tot een goede diagnose, behandeling of doorverwijzing te komen. Als voorbeelden wordt de expertise van de medisch specialist, ggz-professional, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapte genoemd.

De volgende vormen van consultatie vallen vanaf 2026 niet meer onder het verplichte eigen risico van de Zvw:

- Meekijkconsult: De patiënt heeft direct contact met de specialist, die samen met de huisarts naar de situatie kijkt. Dit kan digitaal of face-to-face plaatsvinden.
- Meedenkadvis: De huisarts overlegt met een specialist zonder dat de patiënt erbij aanwezig is. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarin de huisarts foto's van een huidaandoening deelt en bespreekt met een dermatoloog (teledermatologie). De uitslag wordt vervolgens door de huisarts met de patiënt besproken.
- Verkennend gesprek (ggz): Dit is een speciale vorm van een meekijkconsult voor mensen met psychische klachten. Een ggz-professional, een professional uit het sociaal domein en een ervaringsdeskundige gaan met de patiënt in gesprek om te bepalen welke hulp het beste past. De huisarts is hierbij niet aanwezig maar ontvangt een advies dat voortvloeit uit dit verkennend gesprek.

Eerstelijnsdiagnostiek blijft wel onder het verplichte eigen risico vallen. Hieronder valt de diagnostiek (beeldvormende diagnostiek, functieonderzoek en laboratoriumonderzoek) die wordt verricht op verzoek van een eerstelijnszorgverlener in Nederland – meestal de huisarts of verloskundige.

2.3 Eigen risico, eigen bijdragen en inkomensafhankelijke bijdrage

Verplicht eigen risico in 2025

Per 1 januari 2008 is de no-claimteruggaaf vervangen door een verplicht eigen risico aan de voet. Voor 2024 is de hoogte van dit eigen risico € 385 per jaar per verzekerde vanaf 18 jaar. De hoogte van het verplichte eigen risico zou jaarlijks worden geïndexeerd. Het kabinet Schoof heeft besloten het verplichte eigen risico per 2027 fors te verlagen naar € 165. In de tussentijd (dus in 2025 en 2026) zal het verplichte eigen risico op € 385 worden bevroren.

Volgens schatting zal het niet verhogen van het verplichte eigen risico structureel € 679 miljoen kosten. Het gaat hierbij om derving opbrengsten eigen risico (€ 319 miljoen) en extra zorguitgaven (€ 360 miljoen). Deze kosten worden opgebracht vanuit de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgpremie.

Plannen kabinet verplicht eigen risico per 2027

In het regeerakkoord van het kabinet Schoof (I) wordt aangegeven dat het verplichte eigen risico per 2027 verlaagd zal gaan worden van € 385 naar € 165. In de tussenliggende jaren wordt het verplichte eigen risico bevroren op € 385. Volgens het in december 2024 ter consultatie voorgelegde conceptwetsvoorstel wordt de hoogte van het verplichte eigen risico gedurende de jaren 2027 tot en met 2029 bevroren op € 165.

Het eigen risico wordt gezien als een rem om zorgconsumptie te voorkomen. Het idee is dat mensen goed gaan nadenken of ze daadwerkelijk zorg nodig hebben, omdat ze een bedrag zelf moeten betalen. Op dit moment is het zo dat, als je zorgkosten hebt die onder het eigen risico vallen, die direct en volledig worden 'afgeboekt'. Nadeel daarvan is, vindt de regering, dat de drempel om gebruik te maken van zorg daarmee voor de rest van dat jaar weg is. Aan de andere kant kan het ook voorkomen dat het bedrag van het verplichte eigen risico ineens voor sommige mensen juist een te grote drempel is om gebruik te maken van zorg. Dat kan leiden tot zorgmijding met als gevolg een verslechterende gezondheid.

Daarom is het voornemen om het eigen risico per 2027 anders vorm te gaan geven. Dit houdt in voor medisch-specialistische zorg maximaal € 50 per behandeling aan eigen risico wordt gerekend. Hiermee wordt de drempel om gebruik te maken van medisch-specialistische hulp verlaagd en blijft daarnaast de drempel voor zorggebruik langer doorwerken omdat het eigen risico niet ineens opgemaakt is.

Deze manier van anders vullen van het eigen risico was al aangekondigd door het vorige kabinet en is door het huidige kabinet in iets gewijzigde vorm overgenomen.

De Raad van State (RvS) heeft in juni 2025, net na de val van het kabinet Schoof, geadviseerd om het wetsvoorstel om het eigen risico te verlagen flink aan te passen en in de huidige vorm niet bij de Tweede Kamer in te dienen. De RvS ziet een aantal negatieve gevolgen van het wetsvoorstel, zoals een forse verhoging van de premie en een verlaging van de financiële drempel tot de zorg, wat zal leiden tot verhoging van de druk op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

Het is de vraag wat een nieuw kabinet na de verkiezingen in oktober 2025 met het plan om het eigen risico te verlagen zal doen. Het verplichte eigen risico komt in vrijwel alle verkiezingsprogramma's voor, maar de plannen variëren van volledig afschaffen van het eigen risico tot het eventueel weer verhogen ervan.

De financiële gevolgen van de verlaging van het verplichte eigen risico zijn best pittig: het Centraal Plan Bureau (CPB) heeft doorerekend dat een verlaging van het verplichte eigen risico tot € 165 tot een jaarlijkse toename van de zorgkosten met 4,2 miljard euro leidt. Naast dat een verlaging van het eigen risico leidt tot een toename van de zorgkosten die nu nog privaat worden gefinancierd, zullen de zorgkosten ook toenemen als gevolg van de lagere drempel.

Aanpassing eigen bijdragen

De Zvw kent eigen bijdragen en/of maximale vergoedingen voor haarprothesen, lenzen en brillenglazen, orthopedische schoenen, kraamzorg en ziekenvervoer en andere hulpmiddelen. Deze eigen bijdragen worden jaarlijks aangepast op basis van indexaties. De bedragen worden jaarlijks opgenomen in de Regeling zorgverzekering (Rzv). In het najaar van 2025 worden de bedragen per 2025 in de Staatscourant gepubliceerd (zie [zoek.officiëlebezoekingen.nl: Stcrt 2025, 32588](https://zoek.officiëlebezoekingen.nl/Stcrt/2025/32588)).

Overzicht inkomensafhankelijke bijdragen

Naast de nominale premie is er inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd. Deze inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven over het inkomen in het betreffende jaar, waarbij het inkomen wordt gemaximeerd op een door de Minister vast te stellen bedrag. Dit bedrag kan de Minister jaarlijks herzien.

Voor 2026 zijn de volgende tarieven vastgesteld:

- Het reguliere tarief: 6,10%
- Het verlaagde tarief: 4,85%
- Het nultarief: 0%

De inkomensafhankelijke bijdrage (regulier tarief) daalt met 0,41% naar 6,10%. Het is het vijfde jaar op rij dat de inkomensafhankelijke bijdrage naar beneden wordt bijgesteld (vanaf 2021). De nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage worden altijd in de verhouding 50/50 vastgesteld. Omdat in praktijk de premievaststelling door verzekeraars meestal afwijkt van wat VWS begroot, wordt er meestal een correctie voor het voorgaande jaar ingebouwd. In eerdere jaren is er verhoudingsgewijs te veel inkomensafhankelijke bijdrage geheven. Voor het rechte trekken van de onderlinge verhouding is een correctie van 0,08% ingebouwd in de inkomensafhankelijke bijdrage. Totaal is het verschil tussen inkomensafhankelijke bijdrage en nominale premie in 2026 € 3,1 miljard wat er te veel aan inkomensafhankelijke bijdrage is binnengekomen. Het is de bedoeling om dit overschot in vier jaar weg te werken, te beginnen in 2026.

Ook het verlaagde tarief van de inkomensafhankelijke bijdrage daalt met 0,41% naar 4,85%.

In de volgende tabel zijn de verschillende bedragen en percentages van de inkomensafhankelijke bijdragen vanaf 2023 weergegeven.

Inkomensafhankelijke bijdrage	2023	2024	2025	2026
Maximum bijdrageplichtig inkomen	€ 66.956	€ 71.628	€ 75.864	Nnb
Percentage regulier tarief	6,68%	6,57%	6,57%	6,10%
Percentage verlaagd tarief	5,43%	5,32%	5,32%	4,85%
Percentage nultarief	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Maximum te betalen bedrag regulier tarief	€ 4.472,66	€ 4.705,96	€ 4.984,26	Nnb
Maximum te betalen bedrag verlaagd tarief	€ 3.635,71	€ 3.810,61	€ 4.035,96	Nnb

Het is mogelijk dat er combinaties van inkomsten plaatsvinden, zodat iemand over een bepaald inkomen het reguliere tarief betaalt (bijvoorbeeld inkomsten uit loondienst), en over andere inkomsten het verlaagde tarief (bijvoorbeeld inkomsten als freelancer). Het inkomen waarover het reguliere tarief wordt geheven gaat dan voor.

2.4 Voorwaardelijke toelatingen

Sinds 1 februari 2019 vervangt de Subsidieregeling veelbelovende zorg het Instrument voorwaardelijke toelating. Via deze regeling wordt het mogelijk om voor zorg die nog niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' onderzoek uit te voeren naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de zorg ten opzichte van de gebruikelijke behandeling. In deze tekst wordt voor de duidelijkheid het begrip 'voorwaardelijke toelating' (VT) gebruikt.

In artikel 2.2. Rzv is vermeld welke vormen van zorg voorwaardelijk zijn toegelaten tot het basispakket. In 2024 en voor 2025 zijn er geen nieuwe vormen van zorg voorwaardelijk toegelaten. De duur van de voorwaardelijke toelating van een aantal zorgvormen werd dit jaar echter wel verlengd. Dit wordt weergegeven in het onderstaande overzicht.

Wijzigingen

Blaasinstallatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat of hyaluronzuur- voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject loopt door tot 1 april 2027.

Hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover de verzekerde deelneemt aan een onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg. De voorwaardelijke toelating van dit VT-traject loopt door tot 1 januari 2029.

Afgeronde trajecten

Geïntensifieerde, alkyliserende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker behoort sinds 1 april 2025 niet meer tot het Zvw-pakket, omdat het Zorginstituut inmiddels heeft vastgesteld dat deze zorg niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

De combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht behoort sinds 1 juli 2025 niet meer tot het Zvw-pakket, omdat het Zorginstituut heeft vastgesteld dat deze zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Langdurige actieve fysiotherapie (vanaf de eenentwintigste behandeling) bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen is met ingang van 1 januari 2026 tot het basispakket gaan behoren.

3. Diversen

3.1 Jurisprudentie van de SKGZ

Wachtlijsten in de GGZ

De Treeknormen stellen de maximaal aanvaardbare wachttijden vast voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Deze normen worden al enkele jaren overschreden. Veel mensen staan op een wachtlijst, met alle gevolgen van dien.

In 2025 werd aan de Geschillencommissie een zaak voorgelegd waarin een verzekerde onder behandeling was geweest bij een door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Die zorgaanbieder verwees haar vanwege de complexiteit van de hulpvraag door naar een andere zorgaanbieder, die niet door de zorgverzekeraar was gecontracteerd. Verzoekster heeft contact opgenomen met de zorgverzekeraar voor wachtlijstbemiddeling. Omdat zij hiermee geen geschikte gecontracteerde zorgaanbieder vond, heeft zij zich gewend tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten hiervan kreeg zij op grond van haar verzekering niet volledig vergoed, omdat bij niet-gecontracteerde zorg een korting van toepassing is.

Verzoekster is van mening dat zij niet terecht kon bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, en om die reden volledige vergoeding dient te ontvangen voor de kosten van de door haar bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder afgenomen zorg. Volgens de zorgverzekeraar was de zorg die verzoekster nodig had, tijdig beschikbaar bij een door hem gecontracteerde zorgaanbieder. Hij heeft in dat kader ook een zorgaanbieder genoemd. De Geschillencommissie beslist tot toewijzing van het verzoek. Gelet op het contract tussen de verwijzende zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, lag het op de weg van de zorgverzekeraar met de door hem gecontracteerde partij afspraken te maken over een eventuele doorverwijzing. De verwijzende zorgaanbieder heeft ervoor gekozen verzoekster door te verwijzen naar een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, en heeft daarnaast behandeling bij de door de zorgverzekeraar genoemde zorgaanbieder ontraden. De zorgverzekeraar kan verzoekster onder deze omstandigheden niet tegenwerpen dat zij hieraan gevolg heeft gegeven. De in de voorwaarden genoemde korting kan verzoekster om die reden niet worden opgelegd, waarmee zij recht heeft op een vergoeding van 100% van het gemiddeld afgesproken tarief.

(bron: Bindend advies SKGZ, 7 maart 2025, 202401216).

Neuscorrecties

Bij SKGZ zijn eind 2024, begin 2025 relatief veel klachten binnengekomen over het niet vergoeden van operaties aan de neus. Het ging dan niet over het rechtzetten van het neustussenschot (septumcorrectie) of ingrepen aan het neusslijmvlies, maar om een zogenoemde rinoplastiek. Vaak betrof het mensen met ademhalingsklachten door slecht werkende neuskleppen. Er bestaan twee soorten neuskleppen, te weten: interne neuskleppen (deze zitten hoog in de neus bij de neusbrug) en externe neuskleppen (deze bevinden zich bij de neusvleugels). Om de klachten te verhelpen wordt door de behandelend KNO-arts een neuscorrectie aangevraagd welke door de zorgverzekeraar werd afgewezen.

Medio 2025 heeft het Zorginstituut Nederland een nieuw standpunt uitgebracht waarin duidelijkheid is verschaft over de vergoeding van neuscorrectie. Samengevat komt het erop neer dat operaties bij externe neusklepinsufficiëntie niet worden vergoed, ook niet als ze medisch bedoeld zijn. Anders is dit voor operaties bij interne neusklepinsufficiëntie. Als wordt voldaan aan de volgende voorwaarden kan een verzekerde in aanmerking komen voor een vergoeding:

- (i) de klachten bestaan langer dan één jaar en conservatieve behandelingen hebben geen effect gehad, en;
- (ii) de ernst van de klachten is geobjectiveerd door middel van de NOSE-score en de verzekerde moet een NOSE-scale van meer dan 55 hebben, en;

- (iii) er dient een KNO-onderzoek plaats te vinden en tijdens dit onderzoek dient onder andere een wattenbolletjestest te worden uitgevoerd. Met deze test kan worden voorspeld of de voorgestelde ingreep leidt tot een relevante functionele verbetering. De wattenbolletjestest dient positief te zijn, en;
- (iv) de neusklepafwijking kan alleen worden gecorrigeerd met het uitvoeren van een neuscorrectie en niet alleen met een septumcorrectie.

In 2025 heeft de Geschillencommissie een bindend advies uitgebracht waarin het hiervoor beschreven nieuwe standpunt van het Zorginstituut is gevolgd. In deze zaak werd afwijzend beslist omdat bij verzekerde niet de vereiste wattenbolletjestest is uitgevoerd. (bron: Bindend advies SKGZ, 8 augustus 2025, 202401216).

3.2 Stand van zaken betalingsachterstand zorgpremie

De wanbetalersregeling heeft vanaf 1 januari 2025 een nieuwe naam, te weten "regeling betalingsachterstand zorgpremie". Uit signalen van klanten en uit onderzoek bleek dat de oude naam erg negatief overkwam. Vaak gaat het om mensen die wel willen betalen, maar dat echt niet kunnen. Vandaar dat er is gekozen voor een nieuwe, neutralere naam. Vanaf heden wordt de nieuwe naam gebruikt.

Bedrag zorgpremie CAK verlaagd

Verzekeringnemers die 6 maanden of langer geen nominale premie betalen, worden aangemeld bij het CAK. Vanaf dat moment betaalt de verzekeringnemer de premieervangende bijdrage (bestuursrechtelijke premie of bronheffing genoemd) aan het CAK. Deze is voor 2025 vastgesteld op €172,33. De bestuursrechtelijke premie geldt tevens voor verzekerden die ambtshalve zijn ingeschreven als gevolg van de opsporing onverzekerden. De zorgverzekeraars ontvangen een compensatie bijdrage voor het verzekerd houden van deze personen. Deze compensatie bijdrage is voor 2025 vastgesteld op €176,- per maand. De hoogte van de bijdrage voor 2026 wordt in november 2025 bekend gemaakt.

Wet Gemeentelijke Schuldhelpverlening (Wgs)

Op 1 januari 2021 is een wijziging ingegaan met betrekking tot de Wet gemeentelijke Schuldhelpverlening (Wgs). De wijziging geeft gemeenten de mogelijkheid om gegevens van burgers met betalingsachterstanden in een vroeg stadium uit te wisselen met woningcorporaties, energie- en drinkwaterbedrijven en zorgverzekeraars. Hierdoor krijgen gemeenten mensen met schulden tijdig in beeld en kunnen zij schuldhelpverlening aanbieden. Naar schatting hebben in 2024 ruim 700 duizend huishoudens in Nederland problematische schulden of lopen het risico daarin te belanden. Dit aantal was in 2021 600 duizend en is de afgelopen jaren dus opgelopen.

Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (Wsnp)

In 2023 heeft er een wijziging plaatsgevonden van de Faillissementswet ter verbetering van de doorstroom van de gemeentelijke schuldhelpverlening naar de Wsnp. Hierdoor wordt de Wsnp opgenomen in de Faillissementswet. Deze is per 1 juli 2023 in werking getreden. Dit leidt tot onderstaande wijzigingen:

- Verkorten van de duur van de wettelijke schuldregeling van 36 naar 18 maanden.
- Verkorting goede-trouw-toets inzake niet moedwillig schulden laten ontstaan of voortbestaan van vijf naar drie jaar
- Uitsluittermijn toetreding Wsnp van 10 jaar is geschrapt
- Als Wsnp voorafgegaan wordt door een minnelijk traject, worden de doorlopen termijnen afgetrokken van de 18 maanden Wsnp
- Rechtstreeks toegang tot Wsnp mogelijk

Ook voor de Msnp (Minnelijke schuldsanering natuurlijke personen: hierbij is er geen sprake van tussenkomst van een rechter) geldt een termijn van 18 maanden. Het verkorten van de termijn leidt mogelijk tot een lagere opbrengst. Inzet bij Msnp zal dan ook zijn: gedegen nazorg na doorlopen Msnp-traject (voorkomen recidive). Het Msnp-traject is overigens privaatrechtelijk en kent derhalve geen wettelijke grondslag. Wel kan de rechter een dwangakkoord toewijzen voor finale kwijting aan de schuldeiser.

De vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren (NVVK) bemoeit zich met de invoering van een 'basisvloer' omdat Financiële hulpverlening door gemeenten divers wordt vormgegeven. Daardoor ontstaan er grote lokale verschillen. Het invoeren van een 'basisvloer' moet ervoor zorgen dat hulpvragers in alle gemeenten vergelijkbare (basis) hulp van vergelijkbare kwaliteit aangeboden krijgen, ongeacht waar zij wonen. De gevolgen van deze wijzigingen op het convenant 'NVVK en ZN' worden tussen de NVVK, VWS en ZN besproken en moeten nog geformaliseerd worden.

Brede Schuldenaanpak

Vroegsignalering van problematische schulden is onderdeel van de brede schuldenaanpak van het kabinet. Deze aanpak bestaat uit een veertigtal maatregelen om de schuldenproblematiek terug te dringen. In het samenwerkingsverband brede schuldenaanpak werken veel organisaties samen die nauw betrokken zijn bij de schuldenproblematiek. Het gaat onder andere om de Belastingdienst, het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB), UWV, zorgverzekeraars, SVB, gemeenten en de NVVK.

De aanlevering van de achterstand gegevens loopt via BKR (Vindplaats schulden) of RIS "Vroeg erop af" zij combineren info van verschillende partijen. Met de gecombineerde info gaan vanuit de gemeente schuldhulpverleners of maatschappelijk werkers naar de klant.

Uitschrijving minderjarig kinderen n.a.v. uitschrijving volwassen verzekeringnemer

In de praktijk bleek dat niet alle verzekeraars dezelfde werkwijze hanteerden als ze een opzegging ontvingen van de verzekeringsnemer en niet ten behoeve van de door hem verzekerde minderjarige verzekerde(n). Als verzekeraars ook de minderjarigen uitschreven zonder een daadwerkelijk overstapverzoek dan ontstond er de kans op een onverzekerde periode. Binnen ZN is daarom met alle verzekeraars onderstaande afspraak gemaakt:

- Wanneer ouders overstappen naar een nieuwe verzekeraar en kinderen niet mee inschrijven respectievelijk verzekeren, worden de kinderen niet uitgeschreven door de oude verzekeraar. De oude verzekeraar informeert de ouders dat de kinderen bij de nieuwe verzekeraar ingeschreven moeten worden. De kinderen worden op dit moment nog niet uitgeschreven. In principe (uitzonderingen daargelaten) worden de kinderen pas uitgeschreven wanneer de oude verzekeraar een verzoek tot beëindiging van de nieuwe verzekeraar ontvangt.

3.3 IZA en ASWZ

IZA

Reeds in september 2022 is het Integraal Zorgakkoord (IZA) getekend. Een groot aantal zorgpartijen zijn hierbij betrokken. Het heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Om dit te bereiken zijn afspraken gemaakt tussen het ministerie van VWS en een groot aantal partijen in de zorg. Ondertekenaars van het IZA zijn onder meer overkoepelende organisaties van ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg. Toegankelijke, goede en betaalbare zorg vraagt om actie. In het IZA buigen de betrokken partijen en het kabinet zich over vraag hoe hier zo goed mogelijk invulling aan kan worden gegeven.

ASWZ

ASWA staat voor Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. Dit is ter aanvulling op het IZA en is in september 2025 tot stand gekomen. Doel van dit akkoord is onder meer het toegankelijk en betaalbaar houden van kwalitatief goede zorg en ondersteuning in Nederland. Ook zetten de ondertekenaars zich in om tot en met 2028 het stijgende arbeidsmarkttekort te verlagen.

Voor degene die belangstelling heeft verwijzen we graag voor de integrale tekst of een samenvatting naar de site van VWS.

3.4 Convenant samenloop reis- en zorgverzekeringen

Het convenant samenloop reis- en zorgverzekeringen regelt de samenwerking tussen reis- en zorgverzekeraars met betrekking tot de dekking van medische kosten die in het buitenland worden gemaakt en is gesloten tussen het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland ten behoeve van hun leden.

Het convenant biedt duidelijkheid aan verzekerden over de overlap van zorg- en reisverzekering en, inclusief de dekking van medische kosten en repatriëring. Ten algemene geldt dat de dekking van de zorgverzekering voorliggend is. Het convenant is reeds een geruim aantal jaren van kracht. De looptijd van deze periode eindigde op 31 december 2025 en is nu weer voor 3 jaren verlengd. Overigens is deelname aan het convenant geen plicht. In de praktijk geldt een deelname van 85% van de verzekeraars.

3.5 Convenant Regres Zorg- en Aansprakelijkheidsverzekeraars

Het Convenant Regres Zorg- en Aansprakelijkheidsverzekeraars bevat afspraken tussen genoemde partijen in het geval als een verzekerde betrokken is bij een verkeersongeval zoals bedoeld in artikel 185 WVV, dit betreft een ongeval tussen een gemotoriseerde en ongemotoriseerde verkeersdeelnemer. Het convenant is gesloten tussen het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland ten behoeve van hun leden.

Het nieuwe convenant geldt vanaf 1 januari 2026 en kent een looptijd van 5 jaar. Deelname aan het convenant is niet verplicht en geschiedt door inschrijving van de verzekeraars.