

De Zorgverzekeringswet

in praktijk



Versie 31.1 (21 september 2026)

Zorgverzekeringswet in Praktijk



Versie 31.1 (21 september 2026)

© 2026, Amersfoort

Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave de uiterste zorg is besteed, aanvaardt de auteur geen aansprakelijkheid voor eventuele fouten en onvolkomenheden, noch voor de gevolgen hiervan.

Behoudens uitzondering door de wet gesteld mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het auteursrecht niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en / of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002 Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de auteur te wenden.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
1 Voor wie is de Zorgverzekeringswet?.....	6
1.1 Kring der verzekerden	6
1.2 Minderjarige vreemdelingen	6
1.3 Gemoedsbezwaarden.....	7
1.4 Militairen in actieve militaire dienst	7
1.5 Gedetineerden.....	7
2 Buitenland	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Kring der verzekerden Wlz.....	9
2.3 Woonplaatsbepaling	10
2.4 Verdragslanden.....	11
2.5 Verdragszorg.....	11
2.6 Detachering vanuit Nederland naar een verdragsland.....	15
2.7 Detachering vanuit een verdragsland naar Nederland.....	16
2.8 Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999	17
2.9 Werkzaam vanuit Nederland in een niet-verdragsland.....	19
2.10 Samenvattend overzicht: Verzekerden woonachtig in het buitenland en grensarbeiders.....	21
3 Acceptatievoorwaarden	23
3.1 Acceptatieplicht	23
3.2 Provinciaal werkende zorgverzekeraars.....	23
3.3 Aanbieding modelovereenkomst.....	23
3.4 Aanmelding.....	24
3.5 Buitenlandse verzekerde	25
3.6 Ingangsdatum dekking	26
3.7 Te late aanmelding bij ontstaan verzekeringsplicht.....	27
3.8 Te late aanmelding bij oversluiten Zorgverzekering	27
3.9 Ontvangstbewijs aanvraag	27
3.10 Verstrekking Zorgpolis.....	28
3.11 Meeverzekering	28
3.12 Verzekeringnemer.....	29
3.13 Wet opsporing en verzekering onverzekerden	29
4 Einde van de Zorgverzekering.....	34
4.1 Opzeggingsmogelijkheid.....	34
4.2 Opzegging door verzekeringnemer bij dubbele verzekering	34
4.3 Opzegdatum bij dubbele verzekering.....	35
4.4 Opzegmogelijkheid bij tussentijdse aanpassing voorwaarden	35
4.5 Opzegging bij aanpassing pakket door de overheid niet mogelijk.....	36
4.6 Opzegmogelijkheid bij tussentijdse aanpassing premie.....	36
4.7 Opzegmogelijkheid door de zorgverzekeraar bij wanbetaling	37
4.8 Opzegmogelijkheid door de zorgverzekeraar bij fraude	38
4.9 Overige (tussentijdse) beëindigingmogelijkheden.....	38
4.10 Bewijs van einde van de Zorgverzekering.....	39
5 Het verzekerde pakket	40
5.1 Omvang van de dekking	40
5.2 Functionele omschrijving.....	40
5.3 Inhoud Besluit Zorgverzekering	41
5.4 Geneeskundige zorg	42
5.5 Paramedische zorg	45
5.6 Mondzorg	48
5.7 Farmaceutische zorg	49
5.8 Hulpmiddelen	50
5.9 Verblijf	50
5.10 Verpleging	51

5.11	Kraamzorg	51
5.12	Ambulancevervoer	52
5.13	Ziekenvervoer overig	52
5.14	Curatieve GGZ	53
6	De invulling van het pakket	56
6.1	De modelovereenkomst	56
6.2	Zorgplicht van de zorgverzekeraar	57
6.3	Naturapakket.....	57
6.4	Restitutiepakket.....	59
6.5	Combinatiepolis	59
6.6	Eigen risico.....	60
6.7	Kalenderjaaroverschrijdende nota's	64
6.8	Uitsluiting dekkingsonderdelen	65
6.9	Uitbreiding van de Zorgverzekering ten koste van de aanvullende verzekering	65
6.10	De Europese ziekteverzekeringskaart	66
6.11	Buitenlanddekking in de Zorgverzekeringswet.....	66
7	De financiering.....	68
7.1	De nominale premie.....	68
7.2	De inkomensafhankelijke bijdrage.....	69
7.3	Bijdragevervangende belasting gemoedsbezwaarden	74
7.4	Illegalenregeling.....	75
7.5	Kosten gezondheidszorg per Nederlander.....	75
8	De Regeling betalingsachterstand zorgpremie	77
8.1.	Regeling betalingsachterstand zorgpremie	77
8.3	Wijzigingen Regeling betalingsachterstand zorgpremie (per 2016)	86
8.4	Wijziging Regeling betalingsachterstand zorgpremie in verband met onder bewindstelling (per 1 juli 2019)	88
8.5	Vroegsignalering en gegevensuitwisseling (per 1 januari 2021)	88
8.6	Afschaffing opslag bestuursrechtelijke premie.....	90
9	De Zorgtoeslag	91
9.1	Recht op de Zorgtoeslag	91
9.2	Berekening van de Zorgtoeslag	91
9.3	Praktische feiten rond de Zorgtoeslag.....	93
9.4	Aanpassing berekening normpremie tot 2040.....	94
9.5	Vermogenstoets bij de Zorgtoeslag.....	94
9.6	Aanpassing partnerbegrip toeslagen	95
10	Collectiviteiten	96
10.1	Collectiviteitskorting	96
10.2	Collectivisering van de markt.....	100
10.3	Geen verplichte deelname.....	101
10.4	Het wettelijke kader van de Zorgverzekeringswet.....	102
10.5	De financieel adviseur en de Zorgverzekeringswet.....	102
10.6	Actieve provisietransparantie en collectieve zorgverzekeringen	103
11	Overige bepalingen en ontwikkelingen.....	105
11.1	Ontkoppeling Zorgverzekering en aanvullende verzekering(en)	105
11.2	Identificatieplicht bij het gebruik maken van zorg.....	105
11.3	De vereveningsregeling	105
11.4	Prinsjesdag 2026 (15 september 2026)	110
12	Elektronische verstrekking documenten rond de zorgverzekering	113
12.1	Elektronische gegevensstromen	113
12.2	Bepaalde mededelingen.....	113
12.3	Polisbladen	115
12.4	(Polis)voorwaarden	116

Bijlage 1: Stroomschema VWS mbt bepaling verzekeringsrecht	118
Bijlage 2: Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999	120
Bijlage 3: lijst met (chronische) aandoeningen die in aanmerking komen voor fysiotherapie/ oefentherapie	121
Bijlage 4: uitgebreid schema Nederlanders werkzaam in het buitenland	122
Bijlage 5: belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige versie(s) van Zorgverzekeringswet in Praktijk	123

Inleiding

In de zorg is altijd wat te doen." Het zou de slogan kunnen zijn van een wervingscampagne, maar het is de dagelijkse realiteit rondom de Zorgverzekeringswet. Het krachtenveld staat nooit stil.

Een jaar geleden schreef ik deze inleiding vanuit een demissionair kabinet en een beleidsarme Miljoenennota. Nederland is niet meer demissionair. Op 23 februari 2026 is het kabinet-Jetten (D66, VVD en CDA) beëdigd en op 15 september presenteerde het zijn eerste eigen begroting. Maar ook nu heeft het veel weg van een beleidsarme Miljoenennota.

Met 66 van de 150 zetels is het kabinet-Jetten een minderheidskabinet. Het begrotingsakkoord tussen de drie coalitiepartijen kwam pas vlak voor Prinsjesdag rond, delen van de stukken lagen toen al dagen op straat. Voor elk wetsvoorstel moet steun worden gezocht bij partijen buiten de coalitie — in de Tweede én in de Eerste Kamer.

Dit wordt geïllustreerd door de ontwikkelingen rond het verplichte eigen risico. In twee jaar tijd is de koers twee keer 90 graden omgekeerd. Het kabinet-Schoof wilde het bedrag per 2027 ruim halveren naar € 165. Dat voorstel is na een scherp advies van de Afdeling advisering van de Raad van State nooit bij de Tweede Kamer ingediend. Het kabinet-Jetten koerst precies de andere kant op en diende een wetsvoorstel in om het eigen risico met € 60 te verhogen, boven op de hervatte indexering, wat volgens de raming bij indiening zou uitkomen op € 455. Nu blijkt dat die extra verhoging tenminste weer met een jaar wordt uitgesteld, naar 2028. Net als bij meerdere grote beleidsvoornemens geldt dat de benodigde meerderheid nog niet gerealiseerd is.

Ook in het verzekeringspakket van de Zorgverzekeringswet gebeurt eigenlijk bijna niets. Dat betekent dat de aandacht rondom zorgverzekeringen weer automatisch naar de premie wordt getrokken. 2026 was in dat opzicht een bijzonder jaar: de gemiddelde premie wijzigde vrijwel niet ten opzichte van het jaar daarvoor. Dat zal voor 2027 niet opgaan. De zorgkosten nemen nog steeds toe door vergrijzing, lonen en duurdere behandelingen. Wat klanten werkelijk gaan betalen volgt later, maar zelfs DSW heeft al aangegeven de premie niet traditiegetrouw bekend te kunnen maken in de week na Prinsjesdag. Het wachten is dus op 12 november 2026: op die datum moeten alle zorgverzekeraars hun premiestelling voor de Basisverzekering bekend gemaakt hebben.

Deze versie van Zorgverzekeringswet in Praktijk houdt rekening met de stand van zaken per 1 januari 2027, voor zover bekend op 21 september 2026.

Het is de bedoeling om de Zorgverzekeringswet in dit document zoveel mogelijk naar “normaal Nederlands” te vertalen zodat dit stuk als een praktisch handboek kan dienen. Voor vragen of opmerkingen ben ik het beste bereikbaar via e-mail.

Opmerking met betrekking tot ZIP: het is niet de bedoeling dit document verder te verspreiden zonder nadrukkelijke toestemming. Daardoor ontstaat het risico dat lezers verouderde informatie hebben omdat ze geen updates krijgen. Krijgt je het document niet automatisch en wil je ook op de verzendlijst komen te staan, stuur mij dan een mailtje.

Verder mogen de teksten uit ZIP en de teksten van tussentijdse nieuwsbrieven niet zonder nadrukkelijke toestemming van Adfiz worden gebruikt in nieuwsbrieven of op websites.

Aanvullingen zijn uiteraard altijd welkom. Ik ben per mail bereikbaar op onderstaand e-mailadres.

Amersfoort, 21 september 2026

Marc van Westerlaak
+31 (0) 6 516 35 044
m.van.westerlaak@adfiz.nl

1 Voor wie is de Zorgverzekeringswet?

1.1 Kring der verzekerden

In de wettekst van de Zorgverzekeringswet ¹ wordt gesteld dat iedereen die van rechtswege verzekerd is ingevolge de Wet langdurige zorg (Wlz), oftewel behoort tot de kring der Wlz-verzekerden, is verplicht een zorgverzekering te sluiten.

Volgens de Wlz ² zijn de volgende groepen Wlz-verzekerd:

- Alle ingezetenen van Nederlandse, dat wil zeggen iedereen die een woonadres in Nederland heeft;
- niet-ingezetenen die in Nederland arbeid verrichten en daardoor onderworpen zijn aan de Nederlandse loonbelasting.

Of iemand ingezetene van Nederland is, wordt naar de feitelijke omstandigheden beoordeeld. De inschrijving in de Basisregistratie Personen (BRP) is hierbij een belangrijke indicatie, maar is niet altijd doorslaggevend. De centrale vraag is of betrokkene een persoonlijke band van duurzame aard met Nederland heeft. Ook in het kader van de Wlz-verzekering geldt dat voor vreemdelingen het verblijfsrecht mede bepaalt of er sprake kan zijn van verzekering. Er wordt gekeken of er een juridische, economische en / of sociale binding met Nederland is.

Leidraad voor deze beoordeling van ingezetenschap is (nog steeds) een memo van de Ziekenfondsraad (later opgegaan in het Zorginstituut Nederland) uit 1992 ³. Als er twijfel bestaat of iemand recht heeft op Wlz – en dus op de Zorgverzekeringswet – kan een toetsing worden aangevraagd bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) ⁴.

De Zorgverzekeringswet geeft de verplichting aan iedereen die tot de kring der verzekerden behoort zich aan te melden (of laten aanmelden) bij een zorgverzekeraar naar keuze. Voor minderjarige kinderen of personen die onder curatele staan, zijn de ouders, bewindvoerders of mentoren verplicht een Zorgverzekering af te sluiten.

Het is verzekeraars niet toegestaan om mensen te verplichten hun gezinsleden ook bij dezelfde verzekeraar te verzekeren ⁵.

1.2 Minderjarige vreemdelingen

Per 2009 is de kring verzekerden voor de toenmalige AWBZ (nu Wlz) uitgebreid ⁶. Een minderjarig kind van niet-Nederlandse ouders die zelf wel een verblijfsvergunning hebben, was pas AWBZ-verzekerd als het kind zelf een verblijfsvergunning had. In de meeste gevallen ging het om pasgeboren kinderen.

Gedurende de periode dat de aanvraag voor de verblijfsvergunning liep, had het kind in Nederland geen recht op de AWBZ en dus ook niet op de Zorgverzekeringswet. Dit gold ook voor kinderen die geadopteerd worden. Deze situatie was niet wenselijk, omdat de (adoptie)ouders eventuele zorgkosten zelf moesten betalen, totdat het kind een verblijfsvergunning had.

De AWBZ is per 2009 zo gewijzigd dat deze kinderen van niet-Nederlandse ouders die rechtmatig in Nederland verblijven, direct (dus meestal vanaf de geboortedatum) recht hebben op AWBZ/Wlz en dus ook op de Zorgverzekeringswet. Dit geldt ook voor adoptiekinderen vanaf het moment van adoptie. Zij kunnen dan ook gelijk ingeschreven worden voor de Zorgverzekering.

¹ Artikel 2 lid 1 Zvw

² Artikel 2.1.1 Wlz.

³ Memo Ziekenfondsraad dd 19-2-1992 kenmerk AWBZ / 18 / 92

⁴ Artikel 2.1.3 Wlz.

⁵ Algemene Toelichting Zvw deel V (De inhoud van de Zorgverzekering) sub C (de verzekerden)

⁶ Kamerstukken nummer 31 249

1.3 Gemoedsbezwaarden

Het is volgens de Zorgverzekeringswet verplicht dat alle mensen die onder de kring der verzekerden vallen zich (laten) aanmelden voor de Zorgverzekering.

Alleen mensen die op basis van geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekeren (de zogenaamde gemoedsbezwaarden) zijn niet verplicht een zorgverzekeringsovereenkomst te sluiten met een zorgverzekeraar ⁷. Voorwaarde is wel dat deze gemoedsbezwaarden ontheffing van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) hebben voor de Wlz. Gemoedsbezwaarden kunnen altijd vragen aan de SVB om de ontheffing weer in te trekken. Als dat is gebeurd heeft de persoon de wettelijke plicht om een Zorgverzekering af te sluiten.

Gemoedsbezwaarden die zich niet voor de Zorgverzekering aanmelden, betalen wel een wettelijke, inkomensafhankelijke bijdrage via de Belastingdienst ⁸. Deze bijdrage wordt apart gezet en beheerd door het CAK ⁹. Als de gemoedsbezwaarde ziektekosten maakt, kan hij/zij deze ziektekosten gecompenseerd krijgen tot maximaal het bedrag van de inkomensafhankelijke bijdrage. Om voor een compensatie in aanmerking te komen moet de gemoedsbezwaarde zelf een aanvraag indienen bij het CAK ¹⁰.

1.4 Militairen in actieve militaire dienst

Het leger beschikt over eigen zorgverleners en een daarop aangepaste eigen zorgverleningregeling. Dit is noodzakelijk vooral met het oog op een eventuele oorlogssituatie. Militairen zullen zich in voorkomende gevallen wenden tot de Militaire Geneeskundige Dienst (MGD) die zorg levert voor en aan militairen. Daarom zijn militairen in actieve militaire dienst niet verzekerd in het kader van de Zorgverzekeringswet ¹¹. De Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) voert voor defensie de ziektekostenregeling voor militairen in actieve dienst uit. Reservisten die tijdens werkelijke dienst zorg nodig hebben kunnen zich ook wenden tot de Militaire Geneeskundige Dienst (MGD).

Gezinsleden van militairen in actieve militaire dienst vallen wel onder de Zorgverzekeringswet en zijn dus verplicht zich aan te melden bij een zorgverzekeraar. Ook burgerpersoneel defensie (BPD), valt wel onder de Zorgverzekeringswet.

1.5 Gedetineerden

Als een verzekerde in detentie (de gevangenis) gaat, blijft de Zorgverzekering doorlopen. De zorgverzekeraar mag de Zorgverzekering niet beëindigen. Alleen mag de zorgverzekeraar gedurende de periode van detentie geen premie heffen, en zullen er geen uitkeringen door de zorgverzekeraar gedaan hoeven te worden ¹². De rechten en plichten vanuit de Zorgverzekering worden gedurende de periode van detentie opgeschort.

De verzekerde heeft de plicht het begin en einde van de detentie te melden ¹³. De rechten en plichten van de Zorgverzekering gaan weer in op de datum van het einde van de detentie. Wordt dit niet op tijd gemeld dan wordt de Zorgverzekering alsnog met terugwerkende kracht geactiveerd vanaf de datum van beëindiging van

⁷ Artikel 2 lid 2b Zvw

⁸ Artikel 57 lid 1 Zvw

⁹ Artikel 39 lid 2d Zvw

¹⁰ Artikel 70 Zvw

¹¹ Artikel 2 lid 2a Zvw

¹² Artikel 24 lid 1 Zvw

¹³ Artikel 24 lid 3 Zvw

de detentie, tot een maximumperiode van 5 jaar. Over deze periode moet de verzekerde dus nog premie betalen, en moet de verzekeraar eventuele uitkeringen verrichten ¹⁴.

Omdat de Zorgverzekering blijft doorlopen kan er geen sprake zijn van te late aanmelding (zie paragraaf “Te late aanmelding bij oversluiten Zorgverzekering”). Gedurende de periode van detentie is het Ministerie van Justitie verantwoordelijk voor de geneeskundige hulp van de gedetineerde.

¹⁴ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 24 lid 2

2 Buitenland

2.1 Inleiding

De Zorgverzekeringswet geeft de verplichting aan iedereen die tot de kring der verzekerden van de Wet langdurige zorg (Wlz) behoort, zich aan te melden (of laten aanmelden) bij een zorgverzekeraar naar keuze. Voor minderjarige kinderen of personen die onder curatele staan, zijn de ouders, bewindvoerders of mentoren verplicht een Zorgverzekering af te sluiten.

Voor Nederlanders die in het buitenland woonachtig of werkzaam zijn, of voor buitenlanders die in Nederland verblijven is vaak niet duidelijk of zij verplicht zijn zich te verzekeren voor de Zorgverzekeringswet. Er zijn verschillende mogelijke verzekeringssituaties voor deze personen. Door een aantal stappen te doorlopen is het mogelijk om na te gaan hoe zij verzekerd moeten zijn:

- De eerste stap is te beoordelen of de persoon in kwestie behoort tot de kring der verzekerden van de Wlz. Is dit het geval dan is meestal sprake van verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet. Er moet bij een Nederlandse verzekeraar een zorgverzekering worden afgesloten, tenzij de EU-Sociale Zekerheidsverordening 883/2004 iets anders voorschrijft.
- Als de persoon niet behoort tot de kring der verzekerden van de Wlz, valt hij of zij wellicht onder de werking van Verordening 883/2004 of een ander internationaal verdrag. Nederlanders in het buitenland kunnen recht hebben op het woonlandpakket ten laste van Nederland, terwijl buitenlanders die in Nederland wonen, voor wat hun aanspraak op vergoeding van zorg betreft, onder de Nederlandse wettelijke ziektekostenverzekering kunnen vallen ten laste van het andere land. Dit wordt verdragszorg genoemd.
- Als zij niet vallen onder de verzekerdenkring van de Wlz of onder verdragszorg, kunnen zij nog vallen onder het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (BUB). Dit besluit bevat een aantal specifieke uitzonderingen op de hoofdregel voor verzekering. Op grond van dit besluit zijn bepaalde groepen ingezetenen uitgesloten van verzekering en worden bepaalde niet-ingezetenen juist onder de verzekering gebracht. De Europese Sociale Zekerheidsverordening 883/2004 gaat voor op de bepalingen van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999.
- Valt de persoon tenslotte ook niet onder een uitbreiding in het BUB dan zijn zij aangewezen op een sociale voorziening van hun oorspronkelijke woonland of moeten zij een particuliere zorgverzekering sluiten.

2.2 Kring der verzekerden Wlz

In paragraaf 1.1 is beschreven dat iedereen die valt onder de kring der verzekerden van de Wet langdurige zorg (Wlz) ook valt onder de verzekeringsplicht voor de Zorgverzekeringswet.

Als vuistregel voor de kring der verzekerden van de Wlz gelden de volgende voorwaarden:

- a. alle ingezetenen van Nederland, dat wil zeggen iedereen die een feitelijk woonadres in Nederland heeft;
- b. niet-ingezetenen die in Nederland arbeid verrichten en daardoor onderworpen zijn aan de Nederlandse loonbelasting.

Hieronder vallen ondermeer:

- Buitenlanders die rechtmatig in Nederland wonen, tenzij zij onder verdragszorg vallen (zie paragraaf 2.5).
- Personen die in Nederland werken maar in het buitenland wonen. Deze personen zijn in Nederland loonbelastingplichtig. Voorbeelden zijn Nederlanders die in België of Duitsland wonen en in Nederland werken, Belgen of Duitsers die in Nederland werken of Oost-Europese seizoenarbeiders. Het kan hierbij gaan om werknemers of zowel als zelfstandigen.

Hieronder vallen niet:

- Personen die in het buitenland wonen en vanuit Nederland een pensioen(uitkering) krijgen. Deze zogenaamde rentetrekken vallen niet onder voorwaarde b omdat zij niet (meer) in Nederland arbeid verrichten.
- Gezinsleden van iemand die in het buitenland woont en in Nederland werkt, tenzij die gezinsleden zelf ook in Nederland werken.

2.3 Woonplaatsbepaling

Waar iemand woont, moet worden bepaald op basis van de persoonlijke en feitelijke omstandigheden. De inschrijving in de Basisregistratie Personen (BRP, voormalig GBA) is hierbij een belangrijke indicatie, maar is niet altijd alleen bepalend.

Verblijft iemand tijdelijk vanuit Nederland in het buitenland, dan kan die persoon voor de sociale verzekeringen in Nederland woonachtig zijn, zelfs na uitschrijving uit het BRP. Die tijdelijke aard van het verblijf in het buitenland kan blijken uit de volgende feitelijke omstandigheden:

- de duur van het verblijf. Een verblijf korter dan één jaar in het buitenland kan in het algemeen als tijdelijk worden aangemerkt;
- de verblijfstatus in het buitenland (de aard van het eventuele benodigde verblijfsdocument);
- de aantekeningen die in het paspoort zijn opgenomen over het vertrek naar het buitenland en het verblijf;
- de persoon gaat regelmatig of met vakanties terug naar Nederland;
- de persoon heeft de bedoeling om weer terug te keren naar Nederland;
- de beschikt nog over zelfstandige woonruimte (gekoofd of gehuurd) met huisraad en eigendommen in Nederland (een postbusadres of een adres bij een familielid is op zich niet voldoende);
- er blijven gezinsleden in Nederland.

Verblijft iemand bijvoorbeeld tijdelijk in Nederland vanuit het buitenland, dan woont die persoon in veel gevallen voor de sociale verzekeringen niet in Nederland. Die tijdelijke aard van het verblijf in Nederland kan blijken uit de volgende feitelijke omstandigheden:

- de duur van het verblijf. Een verblijf korter dan één jaar in Nederland kan in het algemeen als tijdelijk worden aangemerkt;
- de verblijfstatus in Nederland (de aard van het eventuele benodigde verblijfsdocument);
- de aantekeningen die in het paspoort zijn opgenomen over het vertrek naar Nederland en het verblijf;
- de persoon gaat regelmatig of met vakanties terug naar het land van herkomst;
- de persoon heeft de bedoeling om weer terug te keren naar het land van herkomst;
- de beschikt nog over zelfstandige woonruimte (gekoofd of gehuurd) met huisraad en eigendommen in het land van herkomst (een postbusadres of een adres bij een familielid is op zich niet voldoende);
- er blijven gezinsleden in het land van herkomst.

2.3.1 Eerste werkdag-landen

Met een aantal landen is de afspraak gemaakt dat een persoon die in die landen gaat werken, vanaf de eerste werkdag geen recht meer heeft op de Zorgverzekeringswet. Het betreft de volgende landen:

- Australië, Canada, Chili, Egypte, Israël (met uitzondering van Gazastrook, Westelijke Jordaanoever, Oost-Jeruzalem, Golan), Japan, Kanaaleilanden, het eiland Man, Nieuw-Zeeland, Uruguay, Verenigde Staten en Zuid-Korea.

2.4 Verdragslanden

Nederland valt in verband met het lidmaatschap van de EU onder de Europese Socialezekerheidsverordening 883/2004. Deze Socialezekerheidsverordening geldt per 1 april 2012 ook voor Zwitserland en per 1 juni 2012 ook voor niet-EU-landen van de Europese Economische Ruimte (EER) Noorwegen, Liechtenstein en IJsland. Naast de EU-verordening heeft Nederland nog een aantal bilaterale verdragen gesloten met niet-EU-lidstaten.

De verdragslanden zijn:

- Op basis van de Europese Socialezekerheidsverordening:
 - België, Bulgarije, Cyprus (Grieks deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, IJsland, Zweden en Zwitserland.

Als gevolg van de Brexit valt het Verenigd Koninkrijk van Groot-Brittannië en Noord-Ierland (inclusief Gibraltar) niet meer onder de EU. Werknemers die op 31 december 2020 in het Verenigd Koninkrijk werkten, vallen nog onder de regels van de Socialezekerheidsverordening. Voor de situatie vanaf 1 januari 2021 is het Protocol betreffende de coördinatie van de sociale zekerheid tussen de EU en het Verenigd Koninkrijk gesloten ¹⁵.

- Op basis van een bilateraal verdrag:
 - Australië, Bosnië-Herzegovina (inclusief Srpska), Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië (inclusief Vojvodine en Kosovo), Tunesië en Turkije.

Op basis van deze verdragen is er in een aantal gevallen recht op zorg, betaald vanuit Nederland. In een aantal andere gevallen is er recht op zorg zoals in Nederland in de Zorgverzekeringswet voorkomt ten laste van een ander verdragsland. In beide gevallen wordt van verdragszorg gesproken. Daarnaast heeft Nederland sociale zekerheidsverdragen zonder zorgcomponent met China en India.

Onder het woonlandpakket wordt verstaan het zorgpakket aan sociale zekerheid zoals dat in het verdragsland is vastgelegd. In veel gevallen is dat woonlandpakket beperkter dan het pakket in Nederland, in een enkel geval is dat woonlandpakket ook uitgebreider. Mensen die recht hebben op verdragszorg hebben recht op het woonlandpakket zoals dat in hun woonland (verdragsland) is vastgelegd.

Let op: in de beschrijving van de verdragszorg wordt uitgegaan van de regels en afspraken van de Europese Socialezekerheidsverordening 883/2004. De afspraken van bilaterale verdragen kunnen hiervan (gedeeltelijk) afwijken, maar het gaat te ver om alle verdragen afzonderlijk te behandelen.

2.5 Verdragszorg

2.5.1 Verdragszorg in een verdragsland ten laste van Nederland

In een aantal situaties hebben personen die in een verdragsland wonen recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland. De kosten die onder het woonlandpakket worden gemaakt worden door het woonland in Nederland gedeclareerd. De personen die recht hebben op deze verdragszorg betalen in Nederland aan het CAK een bijdrage voor het gebruik van het woonlandpakket.

De uitvoering van de regeling ligt sinds 1 januari 2017 bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Tot en met 2016 voerde het Zorginstituut Nederland de regeling uit.

De volgende groepen personen die in een verdragsland wonen hebben recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland (de opsomming is niet uitputtend):

¹⁵ Besluit (EU) 2021/1710 van de Raad van 21 september 2021

- De gezinsleden van personen die in Nederland werken, tenzij de gezinsleden zelf werken in het woonland of in Nederland.
- Personen die alleen vanuit Nederland een wettelijk pensioen of een uitkering ontvangen. Als zij daarnaast nog inkomen uit een ander land hebben, kan de verzekeringssituatie anders zijn.
- De gezinsleden van personen die alleen vanuit Nederland een wettelijk pensioen of een uitkering ontvangen, voor zover die gezinsleden niet zelf verzekeringsplichtig zijn, omdat zij bijvoorbeeld werken in het woonland of in Nederland.

Wie onder het begrip gezinslid valt, wordt in het woonland bepaald en kan per verdragsland verschillen. Het kan dus zo zijn dat iemand in het ene verdragsland wel als (meeverzekerde) gezinslid wordt beschouwd maar in een ander verdragsland niet.

Gezinsleden van in België of Duitsland woonachtige militairen in actieve dienst die in Nederland werkt, vallen niet onder de Zorgverzekeringswet. Omdat de militair onder de geneeskundige zorg van defensie valt, hadden de gezinsleden in België en Duitsland voorheen geen recht op het woonlandpakket. Begin 2008 is dit in het Europese Parlement gecorrigeerd. De gezinsleden van de in Duitsland of België woonachtige militair in actieve dienst hebben hierdoor recht op het woonlandpakket ten laste van Nederland gekregen. Zij kunnen ook in Nederland van het woonlandpakket gebruik maken.

2.5.1.1 Pensioen

Voor de toepassing van EG-verordeningen en verdragen worden als gepensioneerden aangemerkt de rechthebbenden op tenminste één **wettelijk** pensioen. Het gaat hierbij om de volgende pensioenen/uitkeringen:

- AOW-pensioen;
- Anw-pensioen;
- WAO-uitkering;
- WIA-uitkering;
- WAZ-uitkering;
- ABP-pensioen;
- militair pensioen;
- militaire arbeidsongeschiktheidsuitkering;
- uitkering aan militairen en ambtenaren volgens een regeling bij overtolligheid, functioneel leeftijdsontslag of vervroegde pensionering;
- spoorwegpensioen;
- vervroegd ouderdomspensioen;
- VUT-uitkering.

Het vervroegde ouderdomspensioen en de VUT-uitkering worden met wettelijke pensioenen gelijkgesteld als de rechthebbende 55 jaar of ouder is.

2.5.1.2 Aanmelden

Personen die recht hebben op verdragszorg, betaald vanuit Nederland, moeten zich aanmelden bij zowel een verzekeringsinstelling in het woonland als bij het CAK in Nederland. Het CAK heft een bijdrage Zorgverzekeringswet voor personen vanaf 18 jaar. De bijdrage wordt gebaseerd op de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zorgverzekeringswet, een bijdragebedrag en de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Wlz.

Het bijdragebedrag voor 2026 is € 157,00 per maand ¹⁶ of € 1.884 per jaar. Dit bedrag komt overeen met de geraamde gemiddelde nominale premie. Elke verzekerde van 18 jaar of ouder betaalt de bedoelde bijdrage per maand maal de woonlandfactor.

In de tabel hierna zijn de vastgestelde woonlandfactoren opgenomen voor de jaren 2024 t/m 2026. De woonlandfactoren worden jaarlijks in de Staatscourant gepubliceerd ¹⁷. Hierbij is ook een toelichting vermeld over de berekeningsmethode van een woonlandfactor.

Woonland/jaar	2026	2025	2024	Woonland/jaar	2026	2025	2024
België	0,8165	0,7981	0,7663	Malta	0,4370	0,4182	0,0219
Bosnië-Herzegovina	0,0881	0,0844	0,0795	Marokko	0,0212	0,0205	0,0980
Bulgarije	0,1363	0,1224	0,1067	Montenegro	0,1202	0,1069	0,0580
Cyprus	0,4498	0,4272	0,3193	Noord-Macedonië	0,0599	0,0577	0,4034
Denemarken	1,0000	1,0000	1,0000	Noorwegen	1,0000	1,0000	1,0000
Duitsland	1,0000	1,0000	0,9485	Oostenrijk	0,9177	0,8998	0,8145
Estland	0,3057	0,2900	0,2780	Polen	0,1940	0,1649	0,1613
Finland	0,8148	0,7791	0,7342	Portugal	0,3205	0,3147	0,2955
Frankrijk	0,8304	0,8251	0,8365	Roemenië	0,1453	0,1374	0,1263
Griekenland	0,2206	0,2144	0,2146	Servië	0,1118	0,1000	0,0919
Hongarije	0,1887	0,1783	0,1667	Slovenië	0,4029	0,3792	0,3619
Ierland	0,9789	0,9682	0,9386	Slowakije	0,2684	0,2530	0,2452
IJsland	1,0000	1,0000	1,0000	Spanje	0,4408	0,4398	0,4268
Italië	0,4641	0,4685	0,4825	Tsjechië	0,4257	0,4078	0,3649
Kaapverdië	0,0346	0,0308	0,0250	Tunesië	0,0306	0,0300	0,0289
Kroatië	0,3201	0,3925	0,3783	Turkije	0,0682	0,0623	0,0633
Letland	0,2110	0,2054	0,1734	Verenigd Koninkrijk	0,8498	0,8467	0,7692
Liechtenstein	1,0000	1,0000	1,0000	Zweden	1,0000	1,0000	0,9596
Litouwen	0,2459	0,2308	0,2422	Zwitserland	1,0000	1,0000	1,0000
Luxemburg	0,8430	0,8338	0,7980				

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt de woonlandfactoren elk jaar vast. Vanaf 1 januari 2023 gebruikt het ministerie hiervoor een nieuwe rekenmethode met cijfers van “A System of Health Accounts”. Deze zorgcijfers zouden actueler, transparanter en beter bruikbaar voor de lange termijn moeten zijn.

Onder Verordening 883/2004 hebben deze zogenaamde “pensionado’s” ook recht op zorg in Nederland, volgens het Nederlandse sociale stelsel (Wlz en Zorgverzekeringswet). Dit houdt in dat zij vanuit hun woonland naar Nederland kunnen reizen om zorg te gebruiken. De kosten komen, net als de verzorgingszorg, voor rekening van Nederland. Als een pensionado naar Nederland komt voor zorg, zal de afwikkeling van de kosten via Zilveren Kruis lopen.

2.5.1.3 Zorgtoeslag

Personen die recht hebben op verzorgingszorg in een verdragsland ten laste van Nederland hebben eventueel recht op zorgtoeslag, afhankelijk van het inkomen. Zie hoofdstuk 9 voor meer informatie over de zorgtoeslag.

¹⁶ <https://www.hetcak.nl/zorgverzekering-buitenland/grensarbeider-gezin/financiele-informatie/woonlandfactor/woonlandfactoren-zvw-bijdragen>

¹⁷ Voor 2026: Staatscourant 2025 nr. 38.064

2.5.2 Verdragszorg in Nederland ten laste van een verdragsland

In een aantal situaties hebben personen die in Nederland wonen recht op het woonlandpakket van Nederland (de Wlz en de Zorgverzekeringswet) ten laste van een verdragsland. De kosten die onder het Nederlandse woonlandpakket worden gemaakt worden door Nederland in het verdragsland gedeclareerd. De personen die recht hebben op deze verdragszorg betalen in Nederland geen premie voor het gebruik van het woonlandpakket, maar in het verdragsland.

De volgende groepen personen die in Nederland wonen hebben recht op het woonlandpakket ten laste van een verdragsland (de opsomming is niet uitputtend):

- Personen die in Nederland wonen maar in een verdragsland werken.
- De in Nederland woonachtige gezinsleden van personen die in een verdragsland werken, tenzij de gezinsleden zelf werken in Nederland of in een verdragsland.
- Personen die alleen vanuit een verdragsland (dus niet vanuit Nederland) een wettelijk pensioen of een uitkering ontvangen. Als zij daarnaast nog inkomen uit een ander land hebben, kan de verzekeringssituatie anders zijn.
- De gezinsleden van personen die alleen vanuit een verdragsland een wettelijk pensioen of een uitkering ontvangen, voor zover die gezinsleden niet zelf verzekeringsplichtig zijn, omdat zij bijvoorbeeld werken in Nederland of in een verdragsland.

2.5.2.1 Aanmelden

In het verdragsland waarvandaan de zorg wordt betaald, moeten de personen zich aanmelden bij de uitvoeringsinstelling van de zorg in dat land. Van die uitvoeringsinstelling ontvangen zij een verdragsformulier, waarmee zij zich in Nederland kunnen aanmelden bij CZ Zorgverzekeringen. CZ Zorgverzekeringen is verantwoordelijk voor de uitvoering van de verdragszorg ten laste van een ander land.

2.5.2.2 Zorgtoeslag

Omdat deze personen niet in Nederland premieplichtig zijn, is er geen recht op zorgtoeslag.

2.5.3 Voorrangsregels bij inkomsten uit verschillende verdragslanden

Als iemand inkomsten uit verschillende verdragslanden heeft, gelden er op basis van EG Socialezekerheidsverordening 883/2004 een aantal “conflictregels” die bepalen in welk verdragsland de persoon in kwestie verzekerd moet worden.

Er is een aantal vuistregels:

- Een ambtenaar is verzekerd onder het stelsel van het land waar hij of zij als ambtenaar werkt. Het is niet van belang of de ambtenaar onder een bijzonder stelsel voor ambtenaren valt of niet.
- Inkomen uit arbeid gaat vóór inkomen uit pensioen of uitkering.
- Bij inkomen uit arbeid uit verschillende lidstaten gaat het woonland voor, mits een substantieel deel van de werkzaamheden (tenminste 25%) in het woonland wordt verricht.

Schematisch overzicht van de voorrangsregels uit EU Verordening 883/2004:

Soort inkomsten uit woonland	Soort inkomsten uit verdragsland	Verzekerd in:
loondienst	loondienst	Woonland, mits tenminste 25% van de werkzaamheden in woonland verricht
	zelfstandige	Woonland
	Ambtenaar	Verdragsland
	Pensioen of uitkering	Woonland
zelfstandige	loondienst	Woonland, mits tenminste 25% van de werkzaamheden in woonland verricht
	zelfstandige	Woonland
	Ambtenaar	Verdragsland
	Pensioen of uitkering	Woonland
Ambtenaar	loondienst	Woonland
	zelfstandige	Woonland
	Ambtenaar	Woonland
	Pensioen of uitkering	Woonland
Pensioen of uitkering	loondienst	Verdragsland
	zelfstandige	Verdragsland
	Ambtenaar	Verdragsland
	Pensioen of uitkering	Woonland

Let op: in EU Verordening 883/2004 worden nog een aantal specifieke regels genoemd als personen werkzaam zijn op zeeschepen of als gedetacheerd personeel. Op een aantal situaties wordt verder ingegaan, maar de opsomming is niet uitputtend. Het kan dus verstandig zijn een specifieke situatie voor te leggen aan een zorgverzekeraar of aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

2.6 Detachering vanuit Nederland naar een verdragsland

Maximale duur 24 maanden

De persoon in kwestie blijft onder het sociale stelsel van Nederland vallen mits:

1. De voorgenomen detachering niet meer dan 24 maanden duurt;
2. De gedetacheerde niet wordt uitgezonden ter vervanging van een andere gedetacheerde, van wie de detachering afloopt.

Het recht om in Nederland ingeschreven te blijven moet blijken uit een door de Sociale Verzekeringsbank afgegeven formulier A1/certificate of coverage (het voormalige formulier 101).

Als de duur uitloopt, kan de detachering in principe niet verlengd worden. In voorkomende gevallen kan overlegd worden met de Sociale Verzekeringsbank, die de bevoegdheid heeft in uitzonderingssituaties de maximale termijn tot vijf jaar te verlengen.

Deze afwijking van het hoofdbeginsel, dat iemand onderworpen is aan de socialeverzekeringswetgeving van het land waar hij werkt, is getroffen om te voorkomen dat men al te vaak moet switchen tussen verzekeringssystemen.

Betrokkene moet in het verdragsland aantonen dat hij is gedetacheerd, door het tonen van een door de Sociale Verzekeringsbank afgegeven formulier A1/certificate of coverage voor de EU-lidstaten of een overeenkomstig formulier voor de verdragslanden. Met het E106/S1 formulier kan de persoon in kwestie zich aanmelden bij een verzekeringsinstelling in het woonland. De eventuele zorgkosten komen ten laste van Nederland. Eventueel kan het recht op geneeskundige zorg ook worden aangetoond door overlegging van een door zijn Nederlandse zorgverzekeraar afgegeven Europese verzekeringskaart (EHIC).

Ook gezinsleden die de gedetacheerde vergezellen vallen, zolang zij als ingezetenen van Nederland kunnen worden beschouwd, onder het sociale stelsel van het verdragsland.

In dit geval hebben zowel de persoon in kwestie als de gezinsleden dus recht op de Wlz en de Zorgverzekeringswet. Als aan de twee genoemde voorwaarden niet wordt voldaan, valt de gedetacheerde wel onder het sociale stelsel van het werkland/verdragsland.

Langer dan 24 maanden

Wordt iemand langer dan 24 maanden gedetacheerd naar een verdragsland dan valt die persoon (inclusief gezinsleden) in onder het sociale stelsel van het verdragsland. De persoon in kwestie moet zich, inclusief gezinsleden, aanmelden bij een verzekeringsinstelling in het verdragsland en in Nederland laten uitschrijven voor de Zorgverzekeringswet.

2.7 Detachering vanuit een verdragsland naar Nederland

Maximale duur 24 maanden

De persoon in kwestie blijft onder het sociale stelsel van het verdragsland vallen mits:

1. De voorgenomen detachering niet meer dan 24 maanden duurt;
2. De gedetacheerde niet wordt uitgezonden ter vervanging van een andere gedetacheerde, van wie de detachering afloopt.

Als de duur uitloopt, kan de detachering in principe niet verlengd worden. In voorkomende gevallen kan overlegd worden met de bevoegde instantie in het oorspronkelijke woonland. In uitzonderingssituaties kan de maximale termijn tot vijf jaar worden verlengd.

Deze afwijking van het hoofdbeginsel, dat iemand onderworpen is aan de socialeverzekeringswetgeving van het land waar hij werkt, is getroffen om te voorkomen dat men al te vaak moet switchen tussen verzekeringssystemen.

Betrokkene moet in Nederland aantonen dat hij is gedetacheerd, door het tonen van een door zijn oorspronkelijke woonland afgegeven formulier A1/certificate of coverage voor de EU-lidstaten of een overeenkomstig formulier voor de verdragslanden. Zijn recht op geneeskundige zorg kan hij aantonen door overlegging van een door zijn zorgverzekeraar afgegeven Europese verzekeringskaart (EHIC) of een formulier 111 voor verblijf in een verdragsland.

Ook gezinsleden die de gedetacheerde vergezellen vallen, zolang zij als ingezetenen van het oorspronkelijke land kunnen worden beschouwd, onder het sociale stelsel van het verdragsland.

In dit geval hebben noch de persoon in kwestie, noch de gezinsleden dus recht op de Wlz en de Zorgverzekeringswet. Als aan de twee genoemde voorwaarden niet wordt voldaan, valt de gedetacheerde wel onder het Nederlandse sociale stelsel.

Langer dan 24 maanden

Wordt iemand langer dan 24 maanden gedetacheerd naar Nederland dan valt die persoon (inclusief gezinsleden) onder het Nederlandse stelsel. De persoon in kwestie is verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet in Nederland. Hij/zij is verplicht zich binnen vier maanden na ontstaan verzekeringsrecht bij een willekeurige Nederlandse verzekeraar aan te melden om een Zorgverzekering af te sluiten voor zichzelf en de gezinsleden.

2.8 Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999

In gevallen waarin EG Verordening 883/2004 niet voorziet, geldt koninklijk besluit 746 (Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999). Hierbij gaat het in veel gevallen om situaties met niet-verdragslanden. Zoals de naam van het besluit als aangeeft, worden er groepen personen ingesloten voor de volksverzekeringen in Nederland (waaronder de Wlz) die op basis van de Wlz-criteria geen recht zouden hebben op volksverzekeringen. Daarnaast worden er groepen personen uitgesloten die op basis van de Wlz-criteria juist wel recht zouden hebben op de volksverzekeringen in Nederland.

2.8.1 Uitbreiding kring verzekerden naar aanleiding van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999

Het besluit breidt de kring der verzekerden uit met een aantal groepen verzekerden. De belangrijkste groepen worden hier vermeld. In Bijlage 2 is een link naar de volledige tekst van het Besluit opgenomen.

Nederlandse ambtenaren en hun gezinsleden in het buitenland ¹⁸. Als de betreffende ambtenaar of een gezinslid buiten Nederland werkzaamheden verricht of een uitkering ontvangt vanuit een buitenlandse wettelijke regeling, valt de persoon in kwestie buiten de uitbreiding.

Personeel van de Nederlandse overheid, en hun gezinsleden in het buitenland ¹⁹. Uitzondering geldt als de persoon in kwestie tijdens de aanwerving voor de dienstbetrekking niet in Nederland woonde. Daarnaast geldt dat als de persoon in kwestie of een gezinslid buiten Nederland werkzaamheden verricht of een uitkering ontvangt vanuit een buitenlandse wettelijke regeling, dat deze persoon buiten de uitbreiding valt.

Rijdend, vliegend of varend personeel, buiten Nederland wonend, als de persoon in kwestie in dienst is van een in Nederland wonende of gevestigde werkgever die internationaal vervoer verricht ²⁰. Een uitzondering geldt voor mensen die in hoofdzaak in het buitenland arbeid verrichten, of mensen die werken bij een buitenlands filiaal van de werkgever.

¹⁸ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 2

¹⁹ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 3

²⁰ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 4

Gezinsleden van varende personeel ²¹, als zij aan boord van het schip wonen van een persoon die verzekerd is voor de volksverzekeringen.

Personen die tijdelijk buiten Nederland studeren ²².

Studenten die in een niet-verdragsland stagelopen en daarvoor een vergoeding krijgen blijven vaak ook onder het Nederlandse sociale stelsel vallen. Bij de SVB is, bij twijfel, een Wlz-onderzoek aan te vragen ²³.

Zelfstandigen die buiten Nederland wonen, maar die belastbare winst uit een Nederlandse onderneming geniet ²⁴. Deze persoon moet wel in Nederland arbeid voor de onderneming verrichten.

Vreemdelingen met een tijdelijke verblijfsvergunning ²⁵. Dit geldt vanaf de datum dat de verblijfsvergunningsaanvraag is geaccepteerd. Vreemdelingen met een verblijfsvergunning voor studie zijn NIET verzekerd, tenzij zij in Nederland werken of langer dan 6 maanden hebben gewerkt in Nederland en werkzoekende zijn.

Vreemdelingen die rechtmatig in Nederland verblijf houden ²⁶, mits de persoon in kwestie arbeid in dienstbetrekking verricht, of recht heeft op een WW, WAO of ziektewetuitkering.

Mensen die buiten de EU, EER of Zwitserland werkzaam zijn voor een Nederlandse werkgever ²⁷. Dit geldt als hij of zij binnen de EU, EER of Zwitserland woont en óf:

- de nationaliteit heeft van een land uit de EU, EER of uit Zwitserland.
- Niet de nationaliteit heeft van een land uit de EU, EER of van Zwitserland maar wel legaal binnen de EU (met uitzondering van Denemarken) verblijft.

2.8.2 Beperking kring verzekerden naar aanleiding van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999

Het besluit beperkt de kring der verzekerden met onder andere de volgende groepen verzekerden:

Personen die woonachtig zijn in Nederland maar in het buitenland werken ²⁸ gedurende een periode van tenminste 3 maanden. Als de arbeid wordt verricht in dienstbetrekking bij een in Nederland gevestigde werkgever valt de persoon wel onder de volksverzekeringen.

Personeelsleden van buitenlandse ambassades en consulaten en hun gezinsleden ²⁹, tenzij deze personen daarnaast nog in Nederland in dienstverband arbeid verrichten. Voor personeel van een buitenlandse ambassade geldt dat ze niet verzekerd zijn, tenzij ze Nederlander zijn of langer dan 10 jaar in Nederland werkzaam zijn. Deze uitzondering geldt niet voor iemand die in dienst is van een publiekrechtelijke rechtspersoon in Aruba, Curaçao, Sint-Maarten of in de openbare lichamen Bonaire, Sint-Eustatius of Saba, indien hij door de Nederlandse overheid is uitgezonden.

²¹ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 5

²² Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 8

²³ <https://www.svb.nl/nl/wlz/wanneer-verzekerd-voor-de-wlz/u-studeert-of-loopt-stage>

²⁴ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 9

²⁵ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 9 a

²⁶ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 11

²⁷ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 11 a

²⁸ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 12

²⁹ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 13

*Rijgend, vliegend of varend personeel, binnen Nederland wonend*³⁰ maar in dienst van een in het buitenland wonende of gevestigde werkgever die internationaal vervoer verricht. Uitzondering geldt voor mensen die in hoofdzaak in Nederland arbeid verrichten.

Tijdelijk in Nederland studerende³¹.

Vreemdelingen met een verblijfsvergunning voor studie zijn niet verzekerd, tenzij zij in Nederland werken of langer dan 6 maanden hebben gewerkt in Nederland en werkzoekende zijn³².

2.9 Werkzaam vanuit Nederland in een niet-verdragsland

De persoon in kwestie

Als personen korter dan 3 maanden werkzaam zijn in het buitenland en in Nederland ingeschreven blijven als woonachtig, blijven zij onder het sociale stelsel van Nederland vallen (artikel 12 lid 1 Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999).

Werken zij langer dan 3 maanden in het buitenland geldt het volgende. Op basis van artikel 12 Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999, zijn personen die in een niet-verdragsland werkzaamheden verrichten uitsluitend uit hoofde van een dienstbetrekking met een Nederlandse werkgever, verzekerd onder het Nederlandse sociale stelsel, mits zij worden geacht nog woonachtig in Nederland te zijn (zie ook paragraaf "Woonplaatsbepaling").

Onder dienstbetrekking met een Nederlandse werkgever valt allereerst te denken aan werkzaamheden van Nederlandse baggeraars in het buitenland of aan zeevarenden die onder Nederlandse vlag varen.

Daarnaast valt ook detachering vanuit een Nederlandse werkgever hieronder. Voorwaarde is dat er sprake moet zijn van een "organische band" met de Nederlandse werkgever. Het ministerie van Financiën heeft in 2000 een toelichting³³ gegeven op dit begrip:

"In geval van (concern)detachering dient er (ook) gedurende de duur van de detachering een "organische band" aanwezig te zijn tussen de in Nederland wonende werknemer en de onderneming die hem gedetacheerd heeft wil er sprake zijn van een dienstbetrekking met een in Nederland wonende of gevestigde werkgever in de zin van het vorengenoemde artikel. De aanwezigheid van een dergelijke band is afhankelijk van de intensiteit van de arbeidsrechtelijke relatie tussen de onderneming en de werknemer. Voor de beoordeling van de vraag of er al dan niet een "organische band" als hiervoor bedoeld aanwezig is, zijn onder meer de volgende factoren van belang:

a. de zeggenschap van de detacherende werkgever over:

- de aard van het werk;
- de arbeidsvoorwaarden;
- de vakantiedagen en het salaris;
- het recht om de werknemer te ontslaan;
- het garant staan voor de nakoming van de contractuele verplichtingen.

b. het van toepassing blijven van de pensioenregeling van de detacherende werkgever op de betrokkene;

³⁰ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 17

³¹ Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 artikel 20

³² <https://www.svb.nl/nl/wlz/wanneer-verzekerd-voor-de-wlz/u-studeert-of-loopt-stage>

³³ Besluit IFZ 2000/380M

c. het bestaan van een terugkeergarantie, dat wil zeggen een toezegging van de werkgever dat de werknemer na afloop van zijn uitzending naar het buitenland zijn werkzaamheden in Nederland kan hervatten.

Bovendien dient er in alle gevallen sprake te zijn van loondoorbetaling ten laste van de Nederlandse onderneming dan wel van een loonvordering op de Nederlandse werkgever als de inlenende buitenlandse werkgever het loon niet betaalt. Indien aan de hand van de hiervoor genoemde factoren kan worden geconcludeerd dat er ook tijdens de duur van de detachering sprake is van een "organische band" tussen de detacherende werkgever en de werknemer, dan kan ervan worden uitgegaan dat er sprake is van een dienstbetrekking met een in Nederland wonende of gevestigde werkgever in de zin van eerdergenoemd artikel 10."

Zolang er dus sprake is van een dienstbetrekking met een Nederlandse werkgever (dus bij detachering, maar ook bij baggeraars of zeevarenden) én de persoon wordt geacht in Nederland woonachtig te zijn, is de persoon in kwestie verzekeringsgerechtigd voor de Wet langdurige zorg (Wlz) en dus ook verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet.

Voldoet de persoon niet aan een van deze twee voorwaarden, dan valt hij / zij buiten het Nederlandse sociale stelsel en heeft geen verzekeringsrecht voor Wlz en de Zorgverzekeringswet. Mogelijk heeft de persoon recht op gezondheidszorg volgens het sociale stelsel van het woonland / werkland, bijvoorbeeld op basis van eventuele inkomsten vanuit het werkland. Het is verstandig hiernaar te informeren bij een lokale uitvoerder van de sociale zekerheid.

De gezinsleden

Als de gezinsleden in Nederland achterblijven, zijn zij verzekeringsgerechtigd voor de Wet langdurige zorg (Wlz) en dus ook verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet. Als zij wel meegaan naar het buitenland, dan kunnen zij verzekerd blijven in Nederland zolang zij als "woonachtig in Nederland" worden beschouwd (zie paragraaf "Woonplaatsbepaling").

Worden de gezinsleden echter niet als "woonachtig in Nederland" beschouwd, dan hebben zij geen recht op de Wlz en dus ook niet op de Zorgverzekeringswet. Er is dus geen verzekeringsrecht in Nederland, tenzij de gezinsleden zelfstandig inkomen hebben vanuit Nederland.

2.10 Samenvattend overzicht: Verzekerden woonachtig in het buitenland en grensarbeiders

Situatie:	Soort inkomen	Betreft de:	Recht op:	Aanmelden bij:	Woonland-pakket:	Zorg ten laste van:
Woonachtig in Nederland	Uit arbeid in een verdragsland	Hoofdverzekerde	Verdragszorg	Een buitenlandse zorgverzekeraar en in Nederland bij CZ Zorgverzekeringen	Ja, van Nederland én van werkland	Het werkland (verdragsland)
		Gezinsleden (zonder eigen inkomen)	Verdragszorg	CZ Zorgverzekeringen	Ja, van Nederland	Het werkland (verdragsland)
	Alleen uitkering of wettelijk pensioen vanuit een verdragsland	Hoofdverzekerde	Verdragszorg	CZ Zorgverzekeringen	Ja, van Nederland	Het werkland (verdragsland)
		Gezinsleden (zonder eigen inkomen)	Verdragszorg	CZ Zorgverzekeringen	Ja, van Nederland	Het werkland (verdragsland)
Woonachtig in verdragsland	Uit arbeid in Nederland	Hoofdverzekerde	Zorgverzekeringswet	Een Nederlandse zorgverzekeraar (eventueel ook bij sociale verzekeraar in het woonland)	n.v.t.	De Nederlandse Zorgverzekeraar
		Gezinsleden (zonder eigen inkomen)	Verdragszorg	Het CAK en een sociale verzekeraar in het woonland	Ja, van woonland	Nederland
	Alleen uitkering of wettelijk pensioen vanuit Nederland	Hoofdverzekerde	Verdragszorg	Het CAK en een sociale verzekeraar in het woonland	Ja, van woonland én van Nederland	Nederland
		Gezinsleden (zonder eigen inkomen)	Verdrag-zorg	Het CAK en een sociale verzekeraar in het woonland	Ja, van woonland én van Nederland	Nederland
Woonachtig in niet-verdragsland	Uit arbeid in Nederland	Hoofdverzekerde	Zorgverzekeringswet	Een Nederlandse zorgverzekeraar	n.v.t.	De Nederlandse Zorgverzekeraar
		Gezinsleden (zonder eigen inkomen)	n.v.t.	Een (lokale) private zorgverzekeraar	n.v.t.	De lokale zorgverzekeraar
	Alleen uitkering of wettelijk pensioen	Hoofdverzekerde	n.v.t.	Een (lokale) private zorgverzekeraar	n.v.t.	De lokale zorgverzekeraar

Situatie:	Soort inkomen	Betreft de:	Recht op:	Aanmelden bij:	Woonland-pakket:	Zorg ten laste van:
	vanuit Nederland	Gezinsleden (zonder eigen inkomen)	n.v.t.	Een (lokale) private zorgverzekeraar	n.v.t.	De lokale zorgverzekeraar
	Uit arbeid in woonland	Hoofdverzekerde, mits werkzaam voor NL werkgever	Zorgverzekeringswet	Een Nederlandse zorgverzekeraar	n.v.t.	De Nederlandse Zorgverzekeraar
		Hoofdverzekerde, mits niet werkzaam voor NL werkgever	n.v.t.	Een (lokale) private zorgverzekeraar	n.v.t.	De lokale zorgverzekeraar
		Gezinsleden (zonder eigen inkomen)	n.v.t.	Een (lokale) private zorgverzekeraar	n.v.t.	De lokale zorgverzekeraar

Dit schema is bedoeld om een indicatie te geven. Elke individuele situatie kan weer anders moeten worden beoordeeld op basis van regelgeving vanuit de Europese Socialezekerheidsverordening nummer 883/2004 en/of het “Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999”. Enkele nuanceringen op dit schema worden in de tekst van dit hoofdstuk aangegeven.

In Bijlage 4 is een uitgebreid schema opgenomen met betrekking tot Nederlanders die werkzaam zijn in het buitenland.

3 Acceptatievoorwaarden

3.1 Acceptatieplicht

Verzekeraars hebben acceptatieplicht. Dat betekent dat iedereen die zich aanmeldt voor een Zorgverzekering, ook geaccepteerd moet worden als er verzekeringsrecht is én als de verzekerde in het werkgebied van de verzekeraar woont ³⁴.

Er is een belangrijke uitzondering op deze regel. In de Zorgverzekeringswet heeft een zorgverzekeraar het recht om bij wanbetaling ³⁵ en / of bij opzettelijke misleiding ³⁶ van de verzekerde, de Zorgverzekering te beëindigen. Als de verzekerde zich binnen 5 jaar na beëindiging van de Zorgverzekering (in verband met wanbetaling of misleiding) bij dezelfde zorgverzekeraar aanmeldt, mag deze zorgverzekeraar de verzekerde weigeren ³⁷. Als de betreffende verzekerde zich bij een andere verzekeraar aanmeldt mag de Zorgverzekering niet worden geweigerd ³⁸.

Er geldt nog een uitzondering op de acceptatieplicht. Een verzekeraar heeft geen acceptatieplicht als een verzekerde elders een zorgverzekering heeft lopen. De mogelijkheid voor dubbele verzekering blijft overigens wel bestaan, namelijk als de verzekeraar –ondanks dat de verzekerde al elders verzekerd is- besluit de verzekerde toch voor de zorgverzekering te accepteren ³⁹.

3.2 Provinciaal werkende zorgverzekeraars

In principe heeft een zorgverzekeraar als werkgebied (het gebied waarbinnen de zorgverzekeraar de mensen die zich aanmelden moet accepteren) heel Nederland ⁴⁰. Alleen als een verzekeraar minder dan 850.000 verzekerden heeft, mag de zorgverzekeraar het werkgebied beperken tot één of meerdere (gehele) provincies ⁴¹.

Een verzekeraar met minder dan 850.000 verzekerden is niet verplicht om verzekerden te accepteren die niet in het werkgebied van die verzekeraar woonachtig zijn ⁴². De grootte van een zorgverzekeraar wordt bepaald door het gemiddelde aantal verzekerden van die verzekeraar, in het tweede jaar, voorafgaand aan het jaar waarvoor de bepaling wordt gedaan ⁴³. Voor 2026 wordt dus gekeken naar het gemiddelde aantal verzekerden in 2024.

3.3 Aanbieding modelovereenkomst

Een zorgverzekeraar heeft de wettelijke plicht bepaalde zorg te leveren aan een verzekerde ⁴⁴. De omvang van de te leveren zorg wordt in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) vastgelegd, het Besluit Zorgverzekering. De details liggen vast in een ministeriële regeling, de Regeling Zorgverzekering. Het pakket kan (en wordt in praktijk) jaarlijks door de overheid aangepast ⁴⁵.

³⁴ Artikel 3 lid 1 Zvw

³⁵ Artikel 8 lid 1 Zvw / Artikel 7.17.1.10, eerste lid, BW

³⁶ Artikel 7.17.1.4, 1.5, 1.6 BW / Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 3

³⁷ Artikel 3 lid 4 Zvw

³⁸ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 3 lid 4

³⁹ Artikel 3 lid 4 Zvw

⁴⁰ Artikel 29 lid 1 Zvw

⁴¹ Artikel 29 lid 2 Zvw

⁴² Artikel 3 lid 1 Zvw

⁴³ Artikel 29 lid 3 Zvw

⁴⁴ Artikel 11 lid 1 Zvw

⁴⁵ Artikel 11 lid 3 Zvw

Hoe de zorgverzekeraar de zorg wil leveren, moet zijn vastgelegd in een modelovereenkomst. Zorgverzekeraars kunnen de zorg volgens het naturastelsel of het restitutiestelsel leveren, of een combinatie hiervan. Verzekeraars kunnen ook verschillende modelovereenkomsten aanbieden, die regionaal bepaald zijn ⁴⁶.

Voorbeeld: Zorgverzekeraar X zou bijvoorbeeld in de provincie Utrecht een modelovereenkomst op basis van het naturastelsel kunnen aanbieden, omdat Zorgverzekeraar X in Utrecht al zeer veel zorgverleners heeft gecontracteerd. Daarnaast kan Zorgverzekeraar X een landelijke modelovereenkomst aanbieden op basis van het restitutiestelsel, omdat ook verzekerden in Zuid-Limburg zich bij Zorgverzekeraar X moeten kunnen verzekeren.

Zorgverzekeraars hebben de plicht om elke modelovereenkomst die zij in een bepaalde provincie aanbieden, aan alle verzekerden die in die provincie wonen aan te bieden ⁴⁷. Dit om risicoselectie door het selectief aanbieden van modelovereenkomsten te voorkomen.

Voorbeeld: Zorgverzekeraar X moet (in het hiervoor genoemde voorbeeld) aan een aspirant-verzekerde in Utrecht zowel de Utrecht-modelovereenkomst als de landelijke modelovereenkomst aanbieden. De aspirant-verzekerde in Limburg heeft alleen recht op de landelijke modelovereenkomst.

Voorbeeld: Een modelovereenkomst die speciaal voor collectiviteiten is ingericht, moet ook worden aangeboden aan een individuele verzekerde (in geval van een collectiviteit kan er wel premiekorting worden gegeven, zie paragraaf "Collectiviteitskorting").

Als een zorgverzekeraar een modelovereenkomst toevoegt, moeten alle reeds bestaande verzekerden in het dekkinggebied van de modelovereenkomst daarvan kennis kunnen nemen. Dit kan bijvoorbeeld door publicatie van de modelovereenkomst ⁴⁸.

Aan verzekerden die in het buitenland wonen moeten alle modelovereenkomsten worden aangeboden, dus ook de modelovereenkomsten waarvan het werkgebied beperkt is tot een provincie ⁴⁹.

3.4 Aanmelding

Als een aspirant-verzekerde zich aanmeldt, moet de zorgverzekeraar de rechtmatigheid van de inschrijving controleren. In de meeste gevallen zal het opgeven van een Burger Service Nummer (BSN) voldoende zijn. Een BSN bewijst immers de belastingplicht in Nederland. Zorgverzekeraars zijn, op basis van de Zorgverzekeringswet, dan ook verplicht het BSN van de aspirant-verzekerde op te vragen en te administreren ⁵⁰, indien de te verzekeren persoon over een BSN beschikt. De zorgverzekeraar heeft de plicht om te controleren of het BSN overeenkomt met de aanvrager. Als dat nodig is dan heeft de verzekeraar het recht om een identiteitsbewijs op te vragen bij de aspirant-verzekerde ⁵¹. De verzekeraar moet het nummer en de soort identiteitsbewijs vastleggen in de administratie ⁵². Omdat de verzekeraar zal bekijken of de ingangsdatum aansluit op de einddatum van de vorige verzekering, zal een verzekeraar een kopie van het uitschrijfbewijs van de vorige verzekeraar nodig hebben.

In de oorspronkelijke tekst van de Zorgverzekeringswet stond dat de verzekeringnemer het BSN of Sofinummer van de te verzekeren persoon verplicht in de administratie vermelden moest. Dit is later genuanceerd door toe te voegen: "indien de te verzekeren persoon over een van deze nummers beschikt." ⁵³

⁴⁶ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 3 lid 2

⁴⁷ Artikel 3 lid 3 Zvw

⁴⁸ Artikel 3 lid 3 Zvw

⁴⁹ Artikel 3 lid 5 en 6 Zvw / Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 3 lid 5 en 6

⁵⁰ Artikel 4 lid 1 Zvw / Artikel 86 lid 1 Zvw

⁵¹ Artikel 4 lid 2 Zvw / Artikel 86 lid 2 Zvw

⁵² Artikel 4 lid 4 Zvw

⁵³ Artikel 4 lid 1 Zvw

Als er twijfel bestaat of iemand recht heeft op Wlz – en dus op de Zorgverzekeringswet – kan een toetsing worden aangevraagd bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) ⁵⁴.

3.4.1 Geldige BRP-inschrijving

Als iemand een zorgverzekering wil sluiten, zal diegene ook een adres moeten opgeven dat overeenkomt met een adres in de Basisregistratie Personen (BRP, vroeger het GBA) ⁵⁵. Zonder geldig BRP-adres kan de zorgverzekeraar de aspirant verzekerde niet accepteren, tenzij de verzekerde binnen een redelijke termijn zorgt voor een geldige BRP-inschrijving. Als de verzekeraar vaststelt dat uit de BRP blijkt dat het adresgegeven langer dan drie maanden in onderzoek is of wanneer de persoon in kwestie in de BRP geregistreerd staat als “vertrokken onbekend waarheen”, mag die verzekeraar de conclusie trekken dat het adresgegeven in de BRP onvoldoende grond biedt voor het sluiten van een verzekering.

In een aantal gevallen zal de verzekeraar een aspirant verzekerde ook moeten inschrijven zonder geldige BRP-inschrijving. Dit betreft de situaties:

- Dat de verzekerde een verklaring van de SvB kan overleggen waaruit blijkt dat er recht op Wlz is. Deze verklaring wordt door de SvB afgegeven bij bijvoorbeeld bijzondere groepen personen dit in specifieke situaties verzekeringsrecht in Nederland hebben. Hierbij valt te denken aan werknemers van internationale organisaties, internationale ambtenaren of internationale detachering.
- Dat de verzekerde kan aantonen dat hij in het buitenland woont, maar in Nederland werkt en in Nederland inkomstenbelasting afdraagt.
- Dat de verzekerde niet verweten kan worden dat er (nog) geen geldige BRP-inschrijving is, omdat de gemeente de inschrijving nog in onderzoek heeft of om een andere reden nog niet heeft kunnen verwerken. De verzekerde moet aantonen dat het niet aan hem of haar te verwijten is dat de inschrijving nog niet rond is.

3.5 Buitenlandse verzekerde

Als de aspirant-verzekerde niet de Nederlandse nationaliteit heeft, moet de zorgverzekeraar controleren of de verzekerde rechtmatig in Nederland verblijft. Als iemand niet rechtmatig in Nederland verblijft, is er geen recht op verstrekkingen ⁵⁶. De overheid verstrekt een verblijfsdocument aan vreemdelingen die rechtmatig in Nederland verblijven ⁵⁷. Zonder een kopie van dit document mag de zorgverzekeraar de vreemdeling niet inschrijven. Het verzekeringsrecht ontstaat op de datum dat de verblijfsvergunning wordt afgegeven en werkt niet terug tot de ingangsdatum van de verblijfsvergunning. Het ministerie van VWS heeft dit in een brief aan ZN bevestigd:

Mensen met een niet-Nederlandse nationaliteit (vreemdelingen) moeten aan twee voorwaarden voldoen om zorgverzekeringsplichtig te zijn, zij moeten:

- 1) een bepaalde verblijfsvergunning hebben (...) en
- 2) ingezetene zijn (of geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen).

Als aan deze voorwaarden wordt voldaan, is die vreemdeling Wlz-verzekerd en dus verplicht een zorgverzekering te sluiten. Hij is dat met ingang van de datum afgifte verblijfsvergunning. De Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) verleent de verblijfsvergunning over het algemeen met terugwerkende kracht tot

⁵⁴ Artikel 2.1.3 Wlz.

⁵⁵ Artikel 4a Zvw

⁵⁶ Koppelingswet (1998)

⁵⁷ Vreemdelingenwet 2000 artikel 9 lid 1 / artikel 4 lid 5 Zvw

datum aanvraag vergunning. De verzekeringsplicht voor de Zvw ontstaat echter niet met terugwerkende kracht tot datum aanvraag vergunning maar met ingang van de datum afgifte verblijfsvergunning.⁵⁸

Vreemdelingen uit EU-landen⁵⁹ en de EER⁶⁰ en Zwitserland kunnen volstaan met een kopie van het paspoort of van een Europese Identiteitskaart.

3.6 Ingangsdatum dekking

De zorgverzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar alle benodigde stukken heeft ontvangen⁶¹, of op een latere datum zoals aangegeven door de verzekerde⁶².

Als een verzekerde zich aanmeldt of wordt aangemeld binnen vier maanden na ontstaan van de verzekeringsplicht, gaat de Zorgverzekering in per datum dat de verzekeringsplicht is ontstaan⁶³, dus met terugwerkende kracht. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen die vanuit het buitenland naar Nederland komen.

In de Verzamelwet VWS 2023⁶⁴ is geregeld dat een persoon voor wie op basis van Europees recht verzekeringsrecht ontstaat met meer dan vier maanden terugwerkende kracht, ook met terugwerkende kracht verzekerd is. De zorgverzekering bij de zorgverzekeraar gaat met maximaal vier maanden terugwerkende kracht in, maar voor de periode daarvoor kan de persoon in kwestie bij het CAK terecht. Naast recht op vergoeding van zorgkosten over die periode bestaat ook de plicht om een (premie)bijdrage te betalen. Reden van deze voorgenomen wijziging is een uitspraak van het Europese Hof uit 2015, waarbij iemand met meer dan vier maanden terugwerkende kracht recht kreeg op een wettelijk Nederlands pensioen, maar de zorgverzekering maar met maximaal vier maanden terugwerkende kracht kon afsluiten⁶⁵. Deze wijziging is per 2025 ingaan⁶⁶.

Als mensen switchen van zorgverzekeraar, moet de Zorgverzekering bij de nieuwe zorgverzekeraar aansluitend ingaan op de beëindigingsdatum van de Zorgverzekering bij de oude zorgverzekeraar. Bij het oversluiten van een verzekering per 1 januari heeft een verzekeringnemer de tijd tot 1 februari om zich met terugwerkende kracht tot 1 januari bij een nieuwe verzekeraar in te laten schrijven.

Schematisch overzicht: ingangsdatum dekking

Reden nieuwe verzekering	Ingangsdatum nieuwe zorgverzekering	Aanmelden:
Verzekering oversluiten per 1 januari	1 januari	vóór 1 februari
Oversluiten gedurende het jaar agv aanpassing voorwaarden	Einddatum oude verzekering (= datum wijziging voorwaarden)	Binnen 1 maand ná einddatum oude verzekering
Vrijwillig oversluiten gedurende het jaar (niet per 1 januari)	Altijd in de toekomst	Vóór de beoogde ingangsdatum
Ontstaan nieuw verzekeringsrecht	Datum ontstaan verzekeringsrecht	Binnen 4 maanden na ontstaan verzekeringsrecht
Ontstaan nieuw verzekeringsrecht op basis van Europees recht met	Maximaal vier maanden.	Bij zorgverzekeraar

⁵⁸ Bijlage bij brief van ministerie van VWS dd 6 september 2006, kenmerk Z/VV-2713110

⁵⁹ De EU bestaat (op 18 september 2019) naast Nederland uit: België, Bulgarije, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk, Zweden.

⁶⁰ De EER (Europese Economische Ruimte) bestaat naast de EU-landen uit: IJsland, Liechtenstein en Noorwegen.

⁶¹ Artikel 5 lid 1 Zvw

⁶² Artikel 5 lid 4 Zvw

⁶³ Artikel 5 lid 5 Zvw

⁶⁴ Kamerstuk 36357 nummer 3 <https://zoek.officiëlebezoekingen.nl/kst-36357-3.pdf>

⁶⁵ Arrest C-543/13, Fisher – Lintjens (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=ecli:ECLI:EU:C:2015:359>)

⁶⁶ Artikel 68b Zvw, [Staatsblad 2024, 291](#)

Reden nieuwe verzekering	Ingangsdatum nieuwe zorgverzekering	Aanmelden:
meer dan vier maanden terugwerkende kracht (toekomstige wijziging, ingangsdatum nog niet bekend)	Periode daarvoor vanaf ontstaan verzekeringsrecht: recht op vergoeding van zorgkosten via het CAK	Bij CAK

3.7 Te late aanmelding bij ontstaan verzekeringsplicht

Als iemand zich niet binnen vier maanden na ontstaan van de verzekeringsplicht aanmeldt, is er sprake van onverzekerd zijn. De Zorgverzekering gaat dan niet meer met terugwerkende kracht in, tenzij er sprake van is dat er op basis van Europees recht verzekeringsrecht ontstaat met meer dan vier maanden terugwerkende kracht (zie vorige alinea).

Gedurende een periode dat er sprake is van onverzekerd zijn is er geen recht op vergoeding van gemaakte zorgkosten ⁶⁷, tenzij er sprake van is dat er op basis van Europees recht verzekeringsrecht ontstaat met meer dan vier maanden terugwerkende kracht (zie vorige alinea).

3.8 Te late aanmelding bij oversluiten Zorgverzekering

Als iemand per 1 januari zijn Zorgverzekering naar een andere zorgverzekeraar oversluit, heeft de verzekeringnemer tot 1 februari de tijd om zich per 1 januari (met terugwerkende kracht) bij een nieuwe verzekeraar aan te melden.

Meldt de verzekeringnemer zich na 1 februari aan of wordt de Zorgverzekering per een andere datum dan 1 januari overgesloten, dan gaat de verzekering niet met terugwerkende kracht in. In dit geval geldt als ingangsdatum de datum van ontvangst van het verzoek voor een Zorgverzekering ⁶⁸ (indien alle benodigde relevante stukken aanwezig zijn), of de datum van ontvangst van alle benodigde stukken ⁶⁹. Ook kan de verzekerde een ingangsdatum in de toekomst opgeven ⁷⁰.

Als de ingangsdatum van de Zorgverzekering bij de nieuwe zorgverzekeraar niet aansluit op de beëindigingsdatum van de Zorgverzekering bij de oude zorgverzekeraar dan is er sprake van een periode van onverzekerd zijn.

Gedurende een periode dat er sprake is van onverzekerd zijn is er geen recht op vergoeding van gemaakte zorgkosten ⁷¹.

3.9 Ontvangstbewijs aanvraag

Als de zorgverzekeraar een verzoek voor een zorgverzekering ontvangt, heeft de verzekeraar de plicht per omgaande een ontvangstbewijs van de aanvraag te sturen ⁷². De ontvangstbevestiging wordt aan de aanvrager van de Zorgverzekering gestuurd, maar ook, als het om een andere persoon gaat, aan de verzekerde ⁷³. Deze ontvangstbevestiging is nog geen verzekeringsbewijs of bevestiging van acceptatie ⁷⁴. In de

⁶⁷ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 5 lid 5

⁶⁸ Artikel 5 lid 1 Zvw

⁶⁹ Artikel 5 lid 2 Zvw

⁷⁰ Artikel 5 lid 4 Zvw

⁷¹ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 5 lid 5

⁷² Artikel 5 lid 3a Zvw

⁷³ Artikel 5 lid 3 Zvw

⁷⁴ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 5 lid 3

ontvangstbevestiging moet ook de datum van ontvangst van de stukken vermeld staan. Deze datum is van belang voor de ingangsdatum (zie paragraaf “ingangsdatum dekking”).

Als de zorgverzekeraar nog aanvullende gegevens nodig heeft, moet er na ontvangst van die gegevens weer een ontvangstbewijs worden opgestuurd ⁷⁵, ook weer onder vermelding van de datum ontvangst. In principe is de datum ontvangst van alle benodigde stukken de ingangsdatum van de Zorgverzekering (zie paragraaf “ingangsdatum dekking”).

3.10 Verstreking Zorgpolis

Als een verzekerde recht heeft op een Zorgpolis, verstrekt de zorgverzekeraar deze. De Zorgpolis bestaat uit de polisvoorwaarden en een polisblad waarop de volgende gegevens staan ⁷⁶:

- Ingangsdatum verzekering (en eventueel beëindigingsdatum);
- Gegevens van de verzekerde;
- Premiegrondslag van de gekozen modelovereenkomst;
- De te betalen premie;
- Het gekozen eigen risico;
- De eventuele collectiviteitskorting.

Verder moeten in de Zorgpolis de rechten en plichten van de zorgverzekeraar en de verzekerde worden vastgelegd. Ook de manier waarop de verzekeraar de aanspraken, waarop de verzekerde vanuit de Zorgverzekeringswet recht heeft, heeft ingevuld, is vastgelegd in de Zorgpolis ⁷⁷. Dit betekent dus dat uit de Zorgpolis moet blijken bij welke zorgverleners de verzekerde eventueel terecht kan. Op de Zorgpolis kan ook voor dergelijke informatie worden verwezen naar bijvoorbeeld Internet.

De Zorgpolis is feitelijk de akte van overeenkomst tussen de verzekeraar en de verzekerde. De verzekeraar moet de Zorgpolis dan ook ondertekend opsturen aan de verzekerde ⁷⁸. De verzekerde heeft door middel van de ondertekende aanvraag voor de Zorgverzekering al aangegeven akkoord te gaan met de voorwaarden en premiestelling.

De Zorgpolis moet jaarlijks (per kalenderjaar) door de verzekeraar worden verstrekt. De Zorgpolis wordt verstrekt aan de verzekeringnemer, maar ook aan de verzekerde (als dat een andere persoon is) ⁷⁹. De verzekeraar kan voor een gezin waarvan de leden allemaal volgens dezelfde modelovereenkomst overigens wel volstaan met het toezenden van één Zorgpolis met per verzekerde een polisblad ⁸⁰.

Voorbeeld: in een gezin, bestaande uit een vrouw (verzekeringnemer), een man en twee kinderen, ontvangt de verzekeringnemer de Zorgpolis, inclusief modelovereenkomst (voor alle gezinsleden). Daarnaast wordt er per gezinslid een eigen polisblad meegestuurd.

3.11 Meeverzekering

In het kader van de Zorgverzekeringswet bestaat het begrip ‘meeverzekering’ niet meer. In de situatie van 2005 kon het voorkomen dat iemand meeverzekerd was op de ziektekostenpolis van een ander. De Zorgverzekeringswet schrijft voor dat voor iedere verzekerde een eigen uniek polisnummer wordt afgegeven. Binnen een gezin kunnen er op deze manier verschillende modelovereenkomsten zijn afgesloten, maar ook

⁷⁵ Artikel 5 lid 3b Zvw

⁷⁶ Artikel 1 onderdeel i en j Zvw

⁷⁷ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 1 onderdeel h / Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 9 lid 1

⁷⁸ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 1 onderdeel h

⁷⁹ Artikel 9 lid 1 Zvw

⁸⁰ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 1 onderdeel d

kunnen mensen met dezelfde modelovereenkomst binnen een gezin verschillende vrijwillige eigen risico's hebben.

Ook minderjarige kinderen krijgen een eigen polisnummer en worden niet meeverzekerd bij de ouders op de polis. Ze kunnen wel dezelfde modelovereenkomst hebben als de ouders, maar er is geen sprake van meeverzekering.

3.12 Verzekeringnemer

Het begrip 'verzekeringnemer' is van belang voor de Zorgverzekeringswet. De verzekeringnemer is de (rechts)persoon die een zorgverzekering afsluit voor één of meer natuurlijke personen. De verzekeringnemer hoeft niet zelf verzekerde te zijn, maar kan ook bijvoorbeeld een bedrijf zijn die als verzekeringnemer optreedt voor de werknemers.

Volgens de Zorgverzekeringswet is de verzekeringnemer premieplichtig. Dit is dus de (rechts)persoon die de nominale verschuldigd is ⁸¹. Een werkgever die de nominale premie op het inkomen van de werknemers inhoudt om af te dragen aan een verzekeraar, wordt dus niet gezien als verzekeringnemer. Een vriendelijke buurman die een verzekering voor de hele straat afsluit en de nominale premie betaalt, is wel verzekeringnemer.

3.13 Wet opsporing en verzekering onverzekerden

Het aantal mensen dat bewust geen zorgverzekering sluit terwijl ze wel onder de verzekeringsplicht vallen, was de overheid een doorn in het oog. In 2011 is een wetsvoorstel in de Eerste Kamer aangenomen om aan bewust onverzekerden op te sporen en te dwingen zich te verzekeren. De ingangsdatum van de wet was 15 maart 2011 (voor het grootste deel van de wijzigingen).

De procedure die in de wetwijziging is geregeld, wordt hier beschreven. De uitvoering van de regeling ligt per 1 januari 2017 bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Tot en met 2016 voerde het Zorginstituut Nederland de regeling uit.

3.13.1 Eerste brief - aanmaning

Het CAK vergelijkt bestanden om na te gaan wie wel verzekeringsplichtig is, maar zich niet heeft verzekerd. De bestandsvergelijking ziet er ongeveer als volgt uit:

Wlz-bestand (afkomstig van de SVB) -/-
 Militairen in actieve dienst (afkomstig van Defensie) -/-
 Gemoedsbezwaarden (afkomstig van de SVB) -/-
 Verzekerden Zvw (het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet RBVZ)
 ----- =
 Onverzekerden

Omdat de SVB al over veel van deze gegevens beschikt, zal de bestandsvergelijking door het CAK worden uitbesteed aan de SVB. Deze bestandsvergelijking vindt maandelijks plaats.

Het CAK stuurt alle mensen die als (onterecht) onverzekerden worden beschouwd, een brief waarin wordt gemaand dat de persoon in kwestie zich binnen drie maanden alsnog moet verzekeren ⁸². In deze brief moet ook het vervolgetraject worden geschetst, zodat duidelijk is wat er gebeurt als de persoon in kwestie zich toch

⁸¹ Artikel 16 lid 1 Zvw

⁸² Artikel 9a lid 2 Zvw

niet verzekert ⁸³. Deze eerste brief wordt door de wetgever niet als een beschikking die onder de Algemene wet bestuursrecht valt gezien ⁸⁴. Er kan dan ook geen beroep of bezwaar tegen worden ingesteld. Voor de volledigheid is deze eerste brief expliciet uitgesloten van beroep en bezwaar in de Algemene wet bestuursrecht (Awb).

Uiteraard kan iemand wel aantonen dat hij of zij wel degelijk verzekerd is voor ziektekosten. Ook kan er onduidelijkheid bestaan over de vraag of iemand daadwerkelijk verzekeringsplichtig is. In dat geval kan de SVB gevraagd worden een feitelijk onderzoek op te starten.

3.13.2 Tweede brief – oplegging boete na drie maanden

Als een onverzekerde zich niet binnen de gestelde termijn van drie maanden heeft verzekerd, zal het CAK een bestuurlijke boete opleggen aan de verzekeringsplichtige. Ook bij minderjarige onverzekerden wordt een boete opgelegd. Als het om een minderjarige gaat, legt het CAK de boete op aan degene die gezag over de minderjarige heeft ⁸⁵.

De hoogte van de boete is driemaal het maandbedrag van de standaardpremie vanuit de wet op de Zorgtoeslag. Voor 2026 is de standaardpremie € 2.119 ⁸⁶ per jaar. De boete is dan € 529,75 per maand.

De Awb kent bij het opleggen van een bestuurlijke boete een grens tussen een lichte of een zware procedure. Om te voorkomen dat de bestuurlijke boeten van het CAK na verloop van tijd, als de standaardpremie wordt verhoogd, onder de zware procedure komt te vallen, is deze bestuurlijke boete expliciet onder de lichte procedure gebracht. Dit voorkomt dat het CAK voor elke opgelegde boete een rapport zou moeten opmaken en een hoorzitting zou moeten organiseren ⁸⁷.

De boete kan door het CAK door middel van een dwangbevel worden opgelegd. Het CAK kan de boete hierdoor met behulp van een gerechtsdeurwaarder laten invorderen, zonder dat er een rechter aan te pas komt.

Het CAK zal in de correspondentie waarmee de oplegging van de boete bekend wordt gemaakt, de onverzekerde nogmaals drie maanden de gelegenheid geven zich bij een verzekeraar aan te melden. In deze brief moet het CAK ook weer aangeven wat de gevolgen zijn als de onverzekerde zich toch niet verzekert.

3.13.3 Derde brief – oplegging last tot verzekering

Als de onverzekerde nog geen gehoor geeft aan de aanmaningen van het CAK om zich te verzekeren, legt het CAK weer een boete op. Die boete is, net als de eerste boete, driemaal het maandbedrag van de standaardpremie ⁸⁸. De hoogte van de boete is driemaal het maandbedrag van de standaardpremie vanuit de wet op de Zorgtoeslag. Voor 2026 is de standaardpremie € 2.119 ⁸⁹ per jaar. De boete is dan € 529,75 per maand.

Naast de boete legt het CAK een last op aan de onverzekerde met de verplichting zich alsnog binnen drie maanden te verzekeren ⁹⁰. Doet de onverzekerde dat niet, dan sluit het CAK zelf een verzekering af voor de onverzekerde. Het gaat hierbij dus niet meer om een brief waarin de gevolgen van het niet verzekeren worden aangegeven, maar om een last. Hoewel het om een last gaat met betrekking tot een privaatrechtelijke handeling (namelijk het afsluiten van een zorgverzekering), wordt deze last wel onder de Awb gebracht ⁹¹. Beroep en bezwaar tegen deze last volgens de Awb is dan ook mogelijk.

⁸³ Artikel 9a lid 3 Zvw

⁸⁴ Memorie van toelichting, kamerstuk 32 150 nr. 3 pagina 25

⁸⁵ Artikel 9b lid 1 Zvw

⁸⁶ Regeling vaststelling standaardpremie en bestuursrechtelijke premies 2026

⁸⁷ Artikel 9b lid 3 Zvw / Memorie van toelichting, kamerstuk 32 150 nr. 3 pagina 27

⁸⁸ Artikel 9c lid 1 Zvw

⁸⁹ Regeling vaststelling standaardpremie en bestuursrechtelijke premies 2026

⁹⁰ Artikel 9c lid 3 Zvw / Memorie van toelichting, kamerstuk 32 150 nr. 3 pagina 30

⁹¹ Artikel 9d lid 4 Zvw

Bij deze last moet worden aangegeven wat –als er geen gehoor aan de last wordt gegeven- de vervolgstap van het CAK is.

3.13.4 Sluiten zorgverzekering door CAK en bestuursrechtelijke premie

Als de onverzekerde tenslotte nog geen zorgverzekering heeft afgesloten, sluit het CAK een zorgverzekeraar af bij een zorgverzekeraar. Vanaf het moment van sluiten wordt de voormalig onverzekerde verzekeringnemer.

De onverzekerden worden door het CAK naar evenredigheid verdeeld over de bestaande zorgverzekeraars. Het CAK kiest de verzekeringsvariant met de laagste premie zonder vrijwillig eigen risico ⁹².

Als een onverzekerde binnen twee weken na ontvangst van het bericht van CAK aantoonbaar dat er toch al een zorgverzekering is afgesloten, wordt het besluit van CAK tot het afsluiten van een zorgverzekering vernietigd. De door het CAK afgesloten zorgverzekering wordt dan per ingangsdatum beëindigd ⁹³.

Als achteraf blijkt dat de zorgverzekering ten onrechte door het CAK is afgesloten omdat de persoon in kwestie niet verzekeringsplichtig was, kan ook de zorgverzekeraar de verzekering vernietigen, omdat de verzekering geen zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet is ⁹⁴.

Omdat de derde brief van het CAK een last bevat waarin wordt aangegeven dat er voor de onverzekerde een verzekering wordt afgesloten als de persoon in kwestie dat niet zelf doet binnen drie maanden, is het daadwerkelijk sluiten van een verzekering door het CAK geen aparte beschikking. Bezwaar en beroep kan wel worden aangetekend tegen de last, maar tegen de uitvoering daarvan is geen apart bezwaar en beroep mogelijk ⁹⁵.

De voormalig onverzekerde kan de zorgverzekering gedurende tenminste twaalf maanden na het afsluiten van de zorgverzekering niet opzeggen.

Voorbeeld: het CAK sluit per 1 september 2026 een zorgverzekering voor een onterecht onverzekerde persoon. Deze persoon wordt verzekeringnemer per 1 september 2026, maar kan pas vanaf 1 september 2027 de zorgverzekering opzeggen. De opzegging zal in de meeste gevallen eerst per 1 januari 2028 ingaan, vanwege de beperkte tussentijdse opzegmogelijkheden die de Zorgverzekeringswet kent.

De voormalig onverzekerde is gedurende de eerste twaalf maanden dat de zorgverzekering loopt, geen premie verschuldigd aan de zorgverzekeraar ⁹⁶. In plaats daarvan is gedurende de eerste twaalf maanden door elke voormalig onverzekerde vanaf 18 jaar bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd. Deze bestuursrechtelijke premie bedraagt in 2026 € 172,70 per maand ⁹⁷.

Deze periode van twaalf maanden bestuursrechtelijke premieheffing door het CAK wordt in het leven geroepen om de onwillige verzekerden te laten wennen aan de premiebetaling. Na twaalf maanden zal de zorgverzekeraar premie moeten heffen en innen.

Moment constateren onverzekerd zijn	Eerste aanmaning CAK aan onverzekerde
Na 3 maanden	Boeteoplegging CAK met aanmaning
Na 6 maanden	Oplegging last en tweede boete
Na 9 maanden	Inschrijving onverzekerde door CAK bij verzekeraar
Na 21 maanden	Heffing premie door zorgverzekeraar

Schematisch overzicht: stappen in het traject opsporing onverzekerden.

⁹² Artikel 9d lid 1, 2 en 3 Zvw

⁹³ Artikel 9d lid 5 Zvw

⁹⁴ Artikel 9d lid 6 Zvw / Memorie van toelichting, kamerstuk 32 150 nr. 3 pagina 33

⁹⁵ Memorie van toelichting, kamerstuk 32 150 nr. 3 pagina 30 en 32

⁹⁶ Artikel 16 lid 2 onderdeel b Zvw

⁹⁷ Artikel 6.5.2, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering

Op de Staat van Volksgezondheid en Zorg (van VWS) staat het volgende overzicht met aantallen onverzekerden⁹⁸.

Onverzekerden 2011-2025

Jaar	Aantal onverzekerden op 31 december
2011	57.965
2012	31.681
2013	28.740
2014	29.454
2015	24.269
2016	22.960
2017	17.424
2018	24.205
2019	24.870
2020	20.260
2021	23.876
2022	25.024
2023	28.584
2024	25.821
2025	19.560

Per 31 december 2025 zijn er 19.560 onverzekerden in Nederland. Dit aantal is fors gedaald ten opzichte van 31 december 2024 (25.821 onverzekerden).

3.13.5 Overige punten

Zorgverzekeraars ontvangen via de vereveningsbijdrage een vergoeding voor het in dekking hebben van verzekerden die onder het bestuursrechtelijke premierregime vallen.

Zowel de bestuursrechtelijke premie als de eerder opgelegde bestuurlijke boeten worden door het CAK in het zorgverzekeringsfonds gestort.

De SVB moet gaan vaststellen (ambtshalve en op verzoek) of iemand tot de kring der verzekerden Wlz (en dus Zvw) hoort. Verzekeraars kunnen dus ook zaken waarbij niet duidelijk is of er verzekeringsrecht is, voorleggen bij de SVB⁹⁹.

De Zorgverzekeringswet legde een zorgverzekeraar acceptatieplicht op, ook als een verzekerde al ergens anders een zorgverzekering had afgesloten. Dubbele verzekering is nadrukkelijk niet verboden.

In de wet “opsporing en verzekering onverzekerden” is geregeld dat een verzekeraar geen acceptatieplicht meer heeft als een verzekerde elders een zorgverzekering heeft lopen. De wetswijziging laat overigens de mogelijkheid voor dubbele verzekering open, als de verzekeraar –ondanks dat de verzekerde reeds elders verzekerd is- besluit de verzekerde toch voor de zorgverzekering te accepteren¹⁰⁰.

Verder is de Zorgverzekeringswet aangepast op het punt van vermelden van BSN of SoFi-nummer. Voorheen gaf de wet aan dat de verzekeringnemer het BSN of SoFi-nummer van de te verzekeren persoon vermelden moest. In de wetswijziging wordt dit genuanceerd door toe te voegen: “indien de te verzekeren persoon over een van deze nummers beschikt.”¹⁰¹

⁹⁸ <https://open.overheid.nl/documenten/058f1bc4-9372-4b77-9f18-1cafe7004259/file>

⁹⁹ Artikel 2.1.3 Wlz

¹⁰⁰ Artikel 3 lid 4 onderdeel a Zvw

¹⁰¹ Artikel 4 lid 1Zvw

3.13.6 Zorgtoeslag en onverzekerden

Onverzekerden hebben geen recht op zorgtoeslag. Vanaf het moment dat een onverzekerde door het CAK wordt aangemeld voor een zorgverzekering, zal er recht ontstaan op zorgtoeslag, mits de persoon in kwestie 18 jaar of ouder is.

Ook een eventuele partner van een onverzekerde, die zelf wel een zorgverzekering heeft afgesloten, krijgt recht op zorgtoeslag zodra de onverzekerde partner door het CAK is aangemeld voor een zorgverzekering.

De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van het inkomen van de verzekerde en de eventuele partner.

4 Einde van de Zorgverzekering

4.1 Opzeggingsmogelijkheid

Een verzekeringnemer kan nu gedurende het hele jaar de verzekering opzeggen per 1 januari van het jaar daaropvolgend, ook zonder dat de premie of de voorwaarden worden aangepast. Een opzegging die op 31 december wordt gedaan door de verzekeringnemer gaat op 1 januari daaropvolgend in. Een opzegging die op 1 januari wordt gedaan gaat in op 1 januari van het daaropvolgende jaar.

De verzekeringnemer kan op deze manier van zorgverzekeraar veranderen, maar kan ook bij dezelfde zorgverzekeraar voor een andere modelovereenkomst kiezen.

Om de verzekeringnemer de tijd te geven om zich bij een andere zorgverzekeraar aan te melden, kan de verzekeringnemer zich, bij opzegging per 1 januari van een jaar, tot 1 februari aanmelden bij een andere verzekeraar. Een aanmelding voor 1 februari gaat met terugwerkende kracht in op 1 januari.

Meldt de verzekeringnemer zich te laat aan dan is er geen sprake van een ingangsdatum met terugwerkende kracht. In dat geval is er gedurende de periode tussen de einddatum van de oude zorgverzekering en de ingangsdatum van de nieuwe verzekering geen recht op vergoeding van de eventuele zorgkosten (zie paragraaf "Te late aanmelding bij oversluiten Zorgverzekering").

Overigens kan een verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzeggen als er sprake is van premieachterstand waarvoor de verzekeringnemer door de verzekeraar is aangemaand. Zolang de achterstallige premie niet is voldaan, zal de verzekeringnemer de zorgverzekering niet kunnen opzeggen, tenzij de verzekeraar met de opzegging instemt ¹⁰².

4.2 Opzegging door verzekeringnemer bij dubbele verzekering

De mogelijkheid bestaat dat een verzekerde zich bij een andere zorgverzekeraar aanmeldt voor een Zorgverzekering, omdat de relatie met de huidige verzekeringnemer is gewijzigd. Om te voorkomen dat er sprake is van een dubbele verzekering, kan de verzekeringnemer van de eerste Zorgpolis de verzekering beëindigen ¹⁰³.

Voorbeeld 1: een werkgever is verzekeringnemer voor een collectief contract. Een werknemer gaat uit dienst en verzekert zich elders. De werkgever kan, als verzekeringnemer, de eerste Zorgverzekering opzeggen. Deze situatie kan zich alleen voordien als de werkgever daadwerkelijk verzekeringnemer is, dus uit eigen zak de volledige premie betaalt.

Voorbeeld 2: een echtpaar besluit tot echtscheiding over te gaan. De vrouw was verzekeringnemer voor de man. Omdat ze uit elkaar zijn sluit de man elders een Zorgverzekering. De vrouw kan, als verzekeringnemer, de eerste Zorgverzekering opzeggen.

Voorbeeld 3: dochter van 20 jaar is door haar vader verzekerd op een Zorgpolis. Zij gaat het huis uit en besluit zelfstandig ergens anders een Zorgverzekering af te sluiten. Haar vader kan, als verzekeringnemer, de eerste Zorgverzekering opzeggen.

Overigens wordt de mogelijkheid tot een dubbele verzekering niet verboden ¹⁰⁴. Uiteraard is het voor de oorspronkelijke verzekeringnemer van belang de eerste Zorgverzekering op te zeggen, omdat de verzekeringnemer anders premie betaalt voor een verzekering waarop waarschijnlijk toch niets geclaimd wordt.

¹⁰² Artikel 8a Zvw

¹⁰³ Artikel 7 lid 2 Zvw

¹⁰⁴ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 7 lid 2

Voor de verzekeraars is dubbele verzekering niet aantrekkelijk, omdat de (eventuele) kosten ¹⁰⁵ en de vereveningsbijdrage voor de betreffende verzekerde tussen de verschillende verzekeraars verdeelt moeten worden.

Als het CAK constateert dat iemand meermalen verzekerd is, zal het CAK de betrokken verzekeraars op de hoogte hiervan stellen. De verzekeraars kunnen de verzekeringnemer hiervan op de hoogte stellen, maar kunnen zelf de Zorgverzekering niet beëindigen.

In de wet “Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering” is opgenomen dat een verzekeraar geen acceptatieplicht meer heeft als een verzekerde elders een zorgverzekering heeft lopen. De wet laat overigens de mogelijkheid voor dubbele verzekering open, als de verzekeraar –ondanks dat de verzekerde reeds elders verzekerd is - besluit de verzekerde toch voor de zorgverzekering te accepteren ¹⁰⁶.

4.3 Opzegdatum bij dubbele verzekering

Als de verzekeringnemer in de situatie van de vorige paragraaf de oude Zorgverzekering opzegt voor de ingangsdatum van de nieuwe Zorgverzekering van de verzekerde, is de einddatum van de oude Zorgverzekering de dag voor de ingangsdatum van de nieuwe Zorgverzekering ¹⁰⁷.

Zegt de verzekeringnemer niet op tijd op, dan is de einddatum van de oude Zorgverzekering de eerste van de tweede kalendermaand, volgend op de datum dat de Zorgverzekering wordt opgezegd ¹⁰⁸.

Voorbeeld: de nieuwe Zorgverzekering gaat per 1 april in. Wordt de oude Zorgpolis voor 1 april opgezegd, dan is de einddatum van de oude Zorgpolis 31 maart. Wordt de oude Zorgpolis pas op 13 april opgezegd, dan is de einddatum van de oude Zorgpolis 1 juni (want juni is de 2^e kalendermaand, volgend op april).

4.4 Opzegmogelijkheid bij tussentijdse aanpassing voorwaarden

Als een zorgverzekeraar de voorwaarden van de modelovereenkomst in negatieve zin aanpast, heeft de verzekeringnemer de mogelijkheid om de Zorgpolis tussentijds op te zeggen. In de meeste gevallen zullen verzekeraars hun voorwaarden wijzigen per 1 januari. In dat geval geldt de opzegmogelijkheid zoals in 4.1 beschreven is.

Als een verzekeraar gedurende het lopende jaar de voorwaarden in negatieve zin wijzigt, heeft de verzekeringnemer ook de mogelijkheid om de Zorgpolis tussentijds op te zeggen. De verzekeringnemer heeft op basis van het Burgerlijk Wetboek tenminste een maand de tijd om de verzekering op te zeggen ¹⁰⁹. Verzekeraars mogen alleen ten gunste van de verzekeringnemer deze termijn wijzigen (dus verlengen). Volgens het Burgerlijk Wetboek wordt de Zorgverzekering beëindigd per de datum dat de aanpassing van de voorwaarden wordt doorgevoerd.

De verzekeringnemer heeft tot een maand na de beëindigingsdatum de tijd om bij een andere verzekeraar een verzekering af te sluiten met terugwerkende kracht tot de datum van beëindiging van de oude verzekeraar ¹¹⁰. Meldt de verzekeringnemer zich te laat aan dan is er geen sprake van een ingangsdatum met terugwerkende kracht. In dat geval is er gedurende de periode tussen de einddatum van de oude zorgverzekering en de ingangsdatum van de nieuwe verzekering geen recht op vergoeding van de eventuele zorgkosten.

¹⁰⁵ Artikel 7:961 lid 3 BW

¹⁰⁶ (toekomstig) artikel 3 lid 4 Zvw

¹⁰⁷ Artikel 7 lid 5 Zvw

¹⁰⁸ Artikel 7 lid 4 Zvw

¹⁰⁹ Artikel 7:940 lid 4 BW

¹¹⁰ Artikel 5 lid 5 Zvw jo. artikel 7:940 lid 4 BW

Het begrip ‘aanpassing polisvoorwaarden in negatieve zin’ is arbitrair. Als een verzekeraar een naturamodelovereenkomst in de provincies Noord-Holland en Utrecht aanbiedt, is het niet meer contracteren van een ziekenhuis in Amersfoort een aanpassing in negatieve zin voor de mensen die in de buurt van Amersfoort wonen, maar niet voor mensen met dezelfde modelovereenkomst die in Den Helder wonen. Het is immers niet waarschijnlijk dat de bewoners van Den Helder zijn aangewezen op het ziekenhuis in Amersfoort. Maar het wordt al moeilijker als het gaat om bewoners van Soest.

4.5 Opzegging bij aanpassing pakket door de overheid niet mogelijk

De omvang van het verzekerde pakket worden door de overheid vastgesteld in een Algemene Maatregel van Bestuur ¹¹¹. De overheid kan op deze wijze elk moment het verzekerde pakket wijzigen. Als de overheid de omvang van het te verzekeren pakket voor de Zorgverzekeringswet aanpast, heeft de verzekeringnemer geen mogelijkheid tot tussentijdse opzegging van de Zorgpolis als gevolg van de aanpassing van het verzekerde pakket ¹¹². Als het pakket per 1 januari wordt gewijzigd kan een verzekeringnemer in elk geval van verzekeraar wijzigen. Zie ook paragraaf “Opzeggingsmogelijkheid”.

4.6 Opzegmogelijkheid bij tussentijdse aanpassing premie

Een zorgverzekeraar de premiegrondslag van een modelovereenkomst wil wijzigen, moet dat door de verzekeraar tenminste zeven weken van tevoren aan de verzekeringnemer worden meegedeeld ¹¹³. Een wijziging van de premie in negatieve zin per 1 januari van een jaar, moet dus voor 13 november van het voorafgaande jaar bekend gemaakt zijn.

Als een verzekeraar gedurende het lopende jaar de premiegrondslag in negatieve zin wijzigt, heeft de verzekeringnemer ook de mogelijkheid om de Zorgpolis tussentijds op te zeggen. De verzekeringnemer heeft op basis van het Burgerlijk Wetboek tenminste een maand de tijd om de verzekering op te zeggen ¹¹⁴. Verzekeraars mogen alleen ten gunste van de verzekeringnemer deze termijn wijzigen (dus verlengen). Volgens het Burgerlijk Wetboek wordt de Zorgverzekering beëindigd per de datum dat de aanpassing van de voorwaarden wordt doorgevoerd.

De verzekeringnemer heeft tot een maand na de beëindigingsdatum de tijd om bij een andere verzekeraar een verzekering af te sluiten met terugwerkende kracht tot de datum van beëindiging van de oude verzekeraar ¹¹⁵. Meldt de verzekeringnemer zich te laat aan dan is er geen sprake van een ingangsdatum met terugwerkende kracht. In dat geval is er gedurende de periode tussen de einddatum van de oude zorgverzekering en de ingangsdatum van de nieuwe verzekering geen recht op vergoeding van de eventuele zorgkosten.

Voorbeeld: een verzekeraar wijzigt per 1 augustus de premiegrondslag in negatieve zin. De verzekeraar kondigt de wijziging aan op 11 juni (dus ruim 7 weken voor 1 augustus). De verzekeringnemer heeft minimaal een maand de tijd (dus tot 11 juli) om de zorgverzekering op te zeggen per 1 augustus. De verzekeringnemer heeft tot 1 september de tijd om een nieuwe zorgverzekering af te sluiten met terugwerkende kracht tot 1 augustus.

¹¹¹ Artikel 11 lid 3 Zvw

¹¹² Artikel 7 lid 3b Zvw

¹¹³ Artikel 17 lid 7 Zvw

¹¹⁴ Artikel 7:940 lid 4 BW

¹¹⁵ Artikel 5 lid 5 Zvw jo. artikel 7:940 lid 4 BW

4.7 Opzegmogelijkheid door de zorgverzekeraar bij wanbetaling

Een verzekeringnemer is voor alle verzekerden vanaf 18 jaar nominale premie verschuldigd ¹¹⁶. Voor een verzekerde die 18 jaar wordt is vanaf de eerste van de kalendermaand, volgend op het bereiken van de 18-jarige leeftijd, premie verschuldigd ¹¹⁷.

Als een verzekeringnemer de premie niet voldoet, dan heeft de zorgverzekeraar op basis van het Burgerlijk Wetboek de mogelijkheid om de dekking van de Zorgverzekering op te schorten en de Zorgverzekering eventueel te beëindigen ¹¹⁸.

Als een verzekeringnemer de premie op de premieervaldatum niet heeft voldaan, moet de verzekeraar de verzekeringnemer aanmanen. In die aanmaning moeten duidelijk de gevolgen van het niet betalen van de premie worden vermeld. De verzekeringnemer moet een termijn van minimaal 14 dagen krijgen (gerekend een dag na datering van de aanmaning) om alsnog de premie te voldoen. Wordt de premie binnen deze termijn niet betaald, dan kan de Zorgverzekering worden beëindigd door de zorgverzekeraar, echter niet met terugwerkende kracht ¹¹⁹!

De Zorgverzekeringwet verbiedt beëindiging met terugwerkende kracht, omdat de verzekeringnemer dan nooit aansluitend een Zorgverzekering elders kan afsluiten. De verzekeraar mag de Zorgverzekering beëindigen direct na het verstrijken van de termijn van 14 dagen waarbinnen de verzekeringnemer de premie alsnog moet voldoen.

Voorbeeld: de premie voor de maand mei wordt vooraf in rekening gebracht op 26 april. De datum dat de premie uiterlijk binnen moet zijn (de premieervaldatum) is 26 mei. De verzekeringnemer heeft op 30 mei de premie niet voldaan. Op 1 juni stuurt de verzekeraar een aanmaning, waarin staat dat de Zorgverzekering per 17 juni wordt beëindigd als de verzekeringnemer niet uiterlijk 16 juni de verschuldigde premie heeft betaald.

De zorgverzekeraar heeft wel de mogelijkheid om tot opschorting van de dekking met terugwerkende kracht over te gaan. De opschorting van de dekking kan tot de laatste premieervaldatum gaan, maar niet verder terug ¹²⁰. Van verzekeraars wordt dus een actieve opstelling verwacht op debiteurenbeleid.

Voorbeeld: de verzekeraar uit het vorige voorbeeld geeft in de aanmaning niet alleen aan dat de verzekering (bij niet betalen van de premie) per 17 juni zal worden beëindigd, maar dat tevens de dekking vanaf 30 mei (meest recente premieervaldag) wordt opgeschort. Dat de verzekeringnemer de premie vanaf februari niet betaald heeft doet niet ter zake, de verzekeraar is blijkbaar laks geweest met het aanschrijven van deze verzekeringnemer.

De opzegmogelijkheid van de Zorgverzekeraar in verband met wanbetaling geldt overigens niet als blijkt dat de verzekerde in detentie zit (zie ook de paragraaf “gedetineerden”).

Per 1 september 2009 is de Regeling betalingsachterstand zorgpremie in werking getreden (zie hoofdstuk 8). Verzekeraars kunnen een verzekeringnemer met 6 maanden premieachterstand overdragen aan het CAK om onder het bestuursrechtelijk incassoregime te brengen. Voorwaarde hierbij is wel dat de verzekeraar de zorgpolis van de wanbetaler laat lopen en de dekking niet opschort. Alle verzekeraars hebben zich hieraan geconformeerd.

Verzekeraars blijven ook met het (nieuwe) incassoregime de mogelijkheid houden om een verzekeringnemer in verband met wanbetaling te royeren. Dit moet dan wel gebeuren voordat de verzekeraar aan de verplichting om een betalingsregeling aan te bieden bij premieachterstand ter hoogte van twee maandpremies, moet voldoen ¹²¹.

¹¹⁶ Artikel 16 lid 1 Zvw

¹¹⁷ Artikel 16 lid 2 Zvw

¹¹⁸ Artikel 7:934 BW

¹¹⁹ Artikel 8 lid 1 Zvw

¹²⁰ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 8 lid 1

¹²¹ Nota nav verslag 31736, 2^e Kamer, 11 december 2008, pagina 3

4.8 Opzegmogelijkheid door de zorgverzekeraar bij fraude

Als een verzekerde bij de acceptatie bewust zaken verzwijgt of verdraait die van belang zijn voor de acceptatie van de Zorgverzekering, is er sprake van fraude. Dit is ook het geval als een verzekerde in een later stadium zaken verzwijgt of verdraait om een schade-uitkering te krijgen. Op basis van het Burgerlijk Wetboek heeft de zorgverzekeraar bij geconstateerde fraude de mogelijkheid om de Zorgverzekering te beëindigen ¹²². Hierbij is wel van belang of de acceptatiebeslissing of de schade-uitkering anders zou zijn als wel alle gegevens correct of volledig bekend zouden zijn bij de Zorgverzekeraar.

Tenslotte is van belang of de verzekeraar zelf niet in gebreke is gebleven bij het opvragen of navragen van gegevens.

Voorbeeld: een verzekerde geeft op het aanvraagformulier aan dat 2 jaar geleden een Zorgverzekering is beëindigd in verband met wanbetaling, maar vermeldt niet dat dit bij dezelfde zorgverzekeraar was als waar hij nu een Zorgverzekering wil afsluiten. De verzekeraar vraagt hier verder niet naar, en kan zich dus later niet beroepen op verzwijging (zie paragraaf “Acceptatieplicht” over de mogelijkheid om een verzekerde te weigeren waarvoor de Zorgverzekering binnen de afgelopen 5 jaar is beëindigd in verband met wanbetaling of fraude).

4.9 Overige (tussentijdse) beëindigingmogelijkheden

In een aantal situaties zal de Zorgverzekering tussentijds worden beëindigd:

1. Als de vergunning van een zorgverzekeraar om de Zorgverzekeringswet uit te voeren wordt ingetrokken ¹²³.
2. Als een verzekerde verhuist en daardoor buiten het werkgebied van een (niet landelijk werkende) zorgverzekeraar komt te wonen ¹²⁴. Als een verzekerde door te verhuizen geen recht meer heeft op een provinciale modelovereenkomst, maar nog wel in het werkgebied van de verzekeraar blijft wonen, moet de zorgverzekeraar een andere modelovereenkomst aanbieden ¹²⁵. De verzekerde kan op dat moment ook voor een andere zorgverzekeraar kiezen.
3. Als de verzekerde overlijdt ¹²⁶.
4. Als de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt ¹²⁷, bijvoorbeeld als de verzekerde in actieve militaire dienst gaat of zich vestigt in het buitenland (zonder dat er sprake is van inkomsten uit Nederland in verband met werk in Nederland). Als een verzekeringsplichtige naar het buitenland vertrekt met behoud van verzekeringsplicht, dan blijft de Zorgverzekering gewoon doorlopen ¹²⁸. De zorgverzekeraar moet verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen alle gevoerde modelovereenkomsten aanbieden, zowel provinciaal als landelijk (zie paragraaf “Aanbieding modelovereenkomsten”).

De Zorgverzekering eindigt in deze gevallen in principe op de dag, volgend op de gebeurtenis ¹²⁹.

Voorbeeld: als iemand komt te overlijden kunnen er op de dag van overlijden nog medische kosten gemaakt worden. De Zorgverzekering eindigt dan ook een dag na de overlijdensdatum.

De zorgverzekeraar heeft in de eerste twee gevallen de plicht om de verzekeringnemer tenminste twee maanden voor het einde van de Zorgverzekering persoonlijk op de hoogte van de beëindiging van de Zorgverzekering, onder vermelding van de datum en de reden van beëindiging ¹³⁰.

¹²² Artikel 7:929 t/m 7:931 BW

¹²³ Artikel 6 lid 1a Zvw

¹²⁴ Artikel 6 lid 1b Zvw

¹²⁵ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 6 lid 2

¹²⁶ Artikel 6 lid 1c Zvw

¹²⁷ Artikel 6 lid 1d Zvw

¹²⁸ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 6 lid 2

¹²⁹ Artikel 6 lid 1 Zvw

¹³⁰ Artikel 6 lid 3 Zvw

Wordt de Zorgverzekering beëindigd in verband met verhuizen, dan is de beëindigingsdatum de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de datum van de verhuizing ¹³¹. Op deze manier heeft de verzekerde de tijd om een nieuwe Zorgverzekering af te sluiten.

Voorbeeld: op 7 september meldt een verzekerde dat hij per 5 oktober gaat verhuizen naar een provincie buiten het werkgebied van de verzekeraar. De verzekering eindigt op 1 december (de eerste dag van de tweede kalendermaand na de verhuizing). De verzekeraar moet de verzekerde na ontvangst van de melding van de verhuizing per omgaande op de hoogte stellen van de gevolgen van de verhuizing voor de Zorgverzekering ¹³².

De verzekeringnemer (of de eventuele nabestaanden) hebben de plicht alle wijzigingen door te geven die kunnen leiden tot beëindiging van de Zorgverzekering op een van de gronden uit deze paragraaf ¹³³. Als een wijziging inderdaad leidt tot beëindiging van de Zorgverzekering dan moet de zorgverzekeraar dit zo snel mogelijk aan de verzekeringnemer doorgeven ¹³⁴.

4.10 Bewijs van einde van de Zorgverzekering

Als een Zorgverzekering wordt beëindigd om welke reden dan ook, moet de zorgverzekeraar een bewijs van beëindiging verstrekken aan de verzekeringnemer en (als dat een andere persoon is) aan de verzekerde.

Dit beëindigingbewijs moet een aantal gegevens bevatten ¹³⁵:

- NAW-gegevens en Burger Service Nummer (BSN) verzekerde;
- NAW-gegevens verzekeringnemer;
- NAW-gegevens verzekeraar;
- Beëindigingsdatum;
- Informatie over een eventueel vrijwillige eigen risico (hoogte, ingangsdatum, eigen risicokorting).

Wordt de Zorgverzekering beëindigd in verband met het vervallen van de verzekeringsplicht, dan moet dit op het beëindigingbewijs worden vermeld.

¹³¹ Artikel 6 lid 2 Zvw

¹³² Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 6 lid 5

¹³³ Artikel 6 lid 4 Zvw

¹³⁴ Artikel 6 lid 5 Zvw

¹³⁵ Artikel 9 lid 2 Zvw

5 Het verzekerde pakket

5.1 Omvang van de dekking

De omvang van het verzekerde pakket wordt door de Minister van VWS vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur ¹³⁶, het Besluit Zorgverzekering. In de Zorgverzekeringswet zelf is alleen opgenomen dat het te verzekeren risico bestaat uit de behoefte aan:

- geneeskundige zorg (waaronder eerstelijnszorg),
- mondzorg,
- farmaceutische zorg,
- hulpmiddelenzorg,
- verpleging,
- verzorging (inclusief kraamzorg),
- verblijf in verband met geneeskundige zorg,
- ziekenvervoer ¹³⁷.

Voor de rest regelt de Zorgverzekeringswet niets met betrekking tot de omvang van het pakket.

Het voordeel van het vastleggen van de omvang van het verzekerde pakket in een AMvB is dat bij wijzigingen in het pakket de Zorgverzekeringswet niet aangepast hoeft te worden, zodat dergelijke wijzigingen niet door de Tweede -, en Eerste Kamer hoeven te worden goedgekeurd.

De vergoedingen die in het Besluit Zorgverzekering worden beschreven, worden in de Regeling Zorgverzekering verder tot in detail uitgewerkt. In de Regeling Zorgverzekering is bijvoorbeeld terug te vinden hoe hoog eventuele eigen bijdragen zijn en andere voorwaarden voor verstrekking of vergoeding.

De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten die onder de zorgverzekeringswet vallen, worden medebepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut Nederland beoordeelt of zorg hieraan voldoet. Alleen zorg die als effectief wordt beschouwd, onderdeel uitmaakt van het basispakket.

Behandelingen en medicijnen waarvan de werking positief lijkt maar de effectiviteit nog niet voldoende is bewezen, kunnen tijdelijk (gedurende een maximale periode) “voorwaardelijk” worden toegelaten tot het pakket. Gedurende de periode van voorwaardelijke toelating moet de effectiviteit worden vastgesteld. Het Zorginstituut geeft advies over het al dan niet definitief toelaten van de betreffende zorg in het basispakket. De tijdelijk toegelaten zorg wordt betaald vanuit de Subsidieregeling Veelbelovende zorg. In de Regeling Zorgverzekering is opgenomen welke zorg voorwaardelijk is toegelaten en voor welke periode ¹³⁸.

5.2 Functionele omschrijving

In het Besluit Zorgverzekering wordt over het algemeen niet exact vastgelegd wat precies de inhoud van het pakket is. De omvang wordt in termen van “zorg zoals ... die pleegt te leveren” omschreven.

Deze manier van omschrijving wordt “functioneel omschreven” genoemd. Dit betekent dat in de AMvB wordt vermeld wat tot het pakket hoort en wanneer daar aanspraak op bestaat, maar de daadwerkelijke invulling van waar de zorg wordt geleverd en door wie kan worden ingevuld door de verzekeraar ¹³⁹.

¹³⁶ Artikel 11 lid 3 Zvw

¹³⁷ Artikel 10 Zvw

¹³⁸ Artikel 2.2 Regeling zorgverzekering

¹³⁹ De nieuwe zorgverzekering in kort bestek versie 2 (VWS, november 2004)

Het Zorginstituut Nederland beschrijft de functionele omschrijving als volgt:

“Zorg die ‘pleegt te worden geboden’ betreft – kort gesteld - zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep ‘pleegt te bieden’.” ¹⁴⁰

Ter illustratie een aantal voorbeelden:

Voorbeeld 1: “Geneeskundige zorg zoals een huisarts pleegt te bieden” hoeft niet per definitie door de huisarts te worden geleverd. Een injectie wordt in veel gevallen al door de huisarts assistent gegeven. Een zorgverzekeraar zou kunnen afspreken dat een injectie voortaan altijd door de huisarts assistent wordt gegeven, en dat de huisarts voortaan voor een injectie minder in rekening brengt.

Voorbeeld 2: als een werknemer ziek is, kan er worden opgenomen dat de werknemer in plaats van de huisarts de bedrijfsarts bezoekt, zeker als de werknemer ziek is als gevolg van arbeidsgerelateerde klachten.

Voorbeeld 3: een zorgverzekeraar die regionaal veel verzekerden heeft kan met een ziekenhuis afspreken dat de verzekerden zoveel mogelijk naar dat ziekenhuis gaan voor behandeling. De zorgverzekeraar neemt dan in de modelovereenkomst op dat de verzekerden naar dat betreffende ziekenhuis moeten voor behandeling.

De functionele omschrijving geeft de verzekeraar de ruimte om voor de verzekerden zorgverleners te contracteren (de keuze van de verzekerde wordt dan beperkt tot de zorgverleners die gecontracteerd zijn, maar het pakket zal door gemaakte afspraken goedkoper zijn). De zorgverleners zullen de kosten rechtstreeks bij de verzekeraar indienen (naturastelsel).

Aan de andere kant kan de verzekeraar ook ervoor kiezen geen zorgverleners te contracteren en dus te werken op basis van restitutie. De zorgverleners waarmee geen afspraken zijn gemaakt zullen een hogere vergoeding vragen dan gecontracteerde zorgverleners. Een verzekeraar kan ook een mengvorm van natura en restitutie aanbieden ¹⁴¹. Hoe een zorgverzekeraar het pakket verder invult, moet worden vastgelegd in een modelovereenkomst ¹⁴². In praktijk is er per 2025 geen enkele volledige restitutiepolis meer. GGZ-zorg en wijkverpleegkundige zorg wordt bij alle zorgverzekeringen in natura (dus gecontracteerd) aangeboden.

5.3 Inhoud Besluit Zorgverzekering

Het Ministerie van VWS vaardigt een AMvB uit, het Besluit Zorgverzekering, waarin onder meer de omvang van het verzekerde pakket wordt vastgelegd. Hierin is beschreven wat onder het verzekerde pakket valt en onder welke voorwaarden. Hierna volgt een opsomming van het verzekerde pakket, zoals in het Besluit Zorgverzekering is vastgelegd. In sommige gevallen is voor de zorgvuldigheid en volledigheid de tekst van het Besluit overgenomen, wat de leesbaarheid niet altijd ten goede komt.

De opsomming in dit stuk geeft geen gedetailleerde informatie over eigen bijdragen en voorwaarden voor verstrekking die gelden voor verstrekking of vergoeding van bepaalde zorg. Die details zijn terug te vinden in de Regeling Zorgverzekering.

¹⁴⁰ Zorginstituut Nederland rapport 268 – Betekenis en beoordeling criterium ‘plegen te bieden’ (herziene druk, 28 januari 2009)

¹⁴¹ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 11

¹⁴² Artikel 1 onderdeel i Zvw / Artikel 11 lid 3 Zvw

5.4 Geneeskundige zorg ¹⁴³

Onder geneeskundige zorg wordt zorg verstaan zoals door huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden.

Dit is inclusief benodigd laboratoriumonderzoek.

Onder geneeskundige zorg valt ook zintuigelijke gehandicaptenzorg, zorg bij het stoppen-met-roken programma, geriatrische revalidatie en paramedische zorg.

Uitgesloten van geneeskundige zorg zijn:

- Griepvaccinaties;
- Tandarts-specialistische zorg.
- IVF vanaf de vierde poging per zwangerschap (de eerste drie pogingen per zwangerschap vallen dus wel in het pakket). Voor de eerste drie pogingen geldt:
 - Vrouwen jonger dan 38 jaar krijgen de eerste twee IVF-pogingen alleen vergoed als er per poging slechts één embryo is teruggeplaatst.
 - Vrouwen vanaf 43 jaar hebben geen aanspraak op vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, behalve als de behandeling voor de 43^e verjaardag is begonnen.

Vanaf april 2017 kan iedere zwangere die dat wil meteen kiezen voor de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). Per 1 april 2023 wordt de NIPT met medische indicatie vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed. Een NIPT met medische indicatie valt niet onder het eigen risico. Ook zonder medische indicatie kan een (kosteloze) NIPT worden uitgevoerd. De kosten hiervan vallen onder de Rijksbegroting.

Het counselingsgesprek is om de zwangere (en haar partner) te begeleiden om een weloverwogen geïnformeerde beslissing te nemen over het laten uitvoeren van prenatale screening. De counselor begeleidt een zwangere opdat deze de informatie, inclusief de mogelijke uitslagen van de prenatale screening, begrijpt en kan wegen. Deze counseling wordt tot en met 2024 vergoed vanuit het basispakket. Inmiddels is echter het grootste deel van prenatale screening overgeheveld naar de Regionale Centra, waarbij de financiering vanuit de Rijksbegroting plaatsvindt. Daarom is besloten om ook counseling als onderdeel van prenatale screening vanuit de Rijksbegroting te laten financieren per 2025.

De bekostiging van de 20-wekenecho vindt vanaf 2024 niet meer vanuit de Zorgverzekeringswet plaats maar vanuit de Rijksbegroting, via regionale centra. Het echoscopisch onderzoek naar structurele afwijkingen in het tweede trimester van de zwangerschap, zoals de 20-wekenecho officieel wordt genoemd, heeft geen medische indicatie en past daarom niet binnen de Zorgverzekeringswet. Voor de zwangere verandert er niets: de 20-wekenecho blijft kosteloos beschikbaar.

Vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) werken zorg- en welzijnsorganisaties en andere veldpartijen steeds vaker samen over de domeinen en zorgsectoren heen. Om tot passende zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden te komen, is een goede afstemming tussen zorgaanbieders uit zowel verschillende domeinen (Zvw, Wlz, jeugdhulp, Wet Maatschappelijke Ondersteuning), als sectoren binnen het medisch domein essentieel. De afstemming behelst een extra inspanning van zorgaanbieders. Om deze zorg te kunnen declareren, heeft de NZa een nieuwe betaaltitel voor de prestatie 'Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw' vastgesteld. Het gaat hierbij om de bekostiging van de afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden die voldoet aan een aantal voorwaarden. Omdat het nog te vroeg is om voor een definitieve vormgeving en inbedding van de betaaltitel te kiezen, wordt er gebruik gemaakt van een experiment voor een periode van maximaal vijf jaar, vanaf 2025.

¹⁴³ Besluit Zorgverzekering artikel 2.4

Plastisch-chirurgische zorg valt alleen onder het pakket als ze worden ondergaan ter correctie van:

- Afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornis veroorzaken;
- Verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- Verlamde of verslakte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening;
- De volgende aangeboren misvormingen:
 - Lip-, kaak-, en gehemeltespelen;
 - Misvormingen van het benig aangezicht;
 - Goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - Geboortevlekken;
 - Misvorming van urinewegen en geslachtsorganen.
- Primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

Als er een medische noodzaak bestaat, wordt ook de volgende plastische chirurgie vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet ¹⁴⁴:

- het operatief plaatsen van een borstprothese bij vrouwen waarbij de borsten zich niet ontwikkelen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transgender vrouwen.
- het uitvoeren van een medisch noodzakelijke besnijdenis.

5.4.1 Transplantatie ¹⁴⁵

Transplantatie van weefsels en organen valt alleen in het pakket van de Zorgverzekeringswet als het wordt verricht in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat. Als de donor een echtgenoot, geregistreerd partner of bloedverwant is in eerste, tweede of derde graad, worden de kosten ook in het woonland van de donor vergoed, ook al is dat geen EU/EER-lidstaat is.

5.4.2 Donor en transplantatie ¹⁴⁶

Kosten van donortransplantatie worden apart geregeld in de AMvB . De kosten die onder geneeskundige hulp in verband met donorkosten vallen zijn:

- Specialistische zorg in verband met donorselectie;
- Specialistische zorg in verband met operatieve verwijdering van het gedoneerde transplantatiemateriaal;
- Het onderzoek, het bewaren en het transporteren van het transplantatiemateriaal;
- De medische zorg voor de donor (mits binnen het pakket van de Zvw valt) gedurende maximaal 13 weken na ontslag uit de instelling waar het transplantatiemateriaal is verwijderd. Als het om een levertransplantatie gaat geldt een termijn van maximaal een half jaar;
- Het vervoer van de donor per openbaar vervoer binnen Nederland (of met medische indicatie: per auto) in verband met selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en de medische nazorg;
- Vervoer van en naar Nederland, als de donor in het buitenland woont. Dit geldt alleen bij nier-, beenmerg- of levertransplantatie bij een verzekerde in Nederland. Verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten worden niet vergoed.

De vervoerskosten van de donor vallen per 2015 onder de zorgverzekering van de donor zelf, en niet meer onder de zorgverzekering van de ontvanger.

Vanaf 2021 valt zorg die direct verband houdt met donatie bij leven buiten het verplicht eigen risico van de donor.

¹⁴⁴ Regeling Zorgverzekering artikel 2.1

¹⁴⁵ Besluit Zorgverzekering artikel 2.4 lid 1 onder c

¹⁴⁶ Besluit Zorgverzekering artikel 2.5

5.4.3 Zintuigelijk gehandicaptenzorg ¹⁴⁷

Per 1 januari 2015 wordt de zintuigelijke gehandicaptenzorg vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed.

Onder zintuigelijke gehandicaptenzorg valt de multidisciplinaire zorg die geleverd wordt als gevolg van:

- Een visuele beperking;
- Een auditieve beperking;
- Een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

De geleverde zorg moet gericht zijn op het leren omgaan met de beperking of het compenseren van de beperking. Belangrijk is dat het doel moet zijn dat de persoon in kwestie zo zelfstandig mogelijk kan functioneren.

5.4.4 Stoppen-met-rokenprogramma ¹⁴⁸

Per 1 januari 2013 is de vergoeding van een “stoppen-met-rokenprogramma” opgenomen in het verzekeringspakket. Het te vergoeden programma bestaat uit een combinatie van op gedragsverandering gerichte geneeskundige interventies (in een groep of individueel) met farmacotherapeutische interventies. Per kalenderjaar wordt één programma vergoed.

Eerstelijns stoppen-met-rokenprogramma's zijn vrijgesteld van het eigen risico bij gecontracteerde zorgaanbieders. Op deze manier wordt de drempel verlaagd om een stoppen-met-rokenprogramma te volgen.

Vanaf 2026 wordt de vergoeding voor stoppen-met-rokenprogramma's uitgebreid naar maximaal drie stoppen-met-rokenprogramma's per kalenderjaar. De NZa heeft verduidelijkt dat terugvalbegeleiding tijdens de nazorg bij hetzelfde programma hoort. Verder vallen ook andere nicotineverslavingen, zoals vaperen, onder de stoppen-met-roken vergoeding.

Per 1 januari 2027 wordt de bekostiging van stoppen-met-roken gewijzigd. De NZa introduceert afzonderlijke prestaties voor onder meer korte en intensieve begeleiding, nazorg en terugvalbegeleiding. Apothekers kunnen de bijbehorende medicatie rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareren.

5.4.5 Geriatrische revalidatie ¹⁴⁹

Geriatrische revalidatie is per 2013 onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Geriatrische revalidatie is gericht op ouderen die een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan en heeft als doel de persoon in kwestie te laten terugkeren naar de oude woonsituatie.

De duur van de geriatrische revalidatie bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

Om voor deze zorg in aanmerking te komen, geldt tot en met 2024 een aantal beperkende voorwaarden. Zo moet de zorg binnen een termijn van maximaal een week aansluiten op een verblijf in verband met medisch specialistische zorg. Ook moet er sprake zijn van afgenomen leer- en trainbaarheid en moet de zorg bij aanvang gepaard gaan met verblijf. Deze beperkende voorwaarden zijn geschrapt per 2025.

¹⁴⁷ Besluit Zorgverzekering artikel 2.5a

¹⁴⁸ Besluit Zorgverzekering artikel 2.5b

¹⁴⁹ Besluit Zorgverzekering artikel 2.5c

5.4.6 Gecombineerd Leefstijl Interventieprogramma

Vanaf 1 januari 2019 valt een Gecombineerd Leefstijl Interventieprogramma (afgekort: een GLI) onder de basisverzekering. Dit programma is bedoeld voor mensen met een matig (of sterk) verhoogd gezondheidsrisico gerelateerd aan hun gewicht. De schatting is dat ongeveer vijf miljoen mensen in Nederland voor een GLI in aanmerking komen.

Huisartsen kunnen mensen met een gezondheidsrisico door overgewicht doorverwijzen naar de betrokken zorgverleners, zoals leefstijlcoaches, fysiotherapeuten en diëtisten.

De volgende verzekerden komen in aanmerking voor de vergoeding van een GLI ¹⁵⁰:

- Verzekerden met een BMI tussen 25 en 30 in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen).
- Verzekerden met een BMI vanaf 25 én met een verhoogd risico op een of meer ziekten die met overgewicht samenhangen, zoals hart- en vaatziekten of diabetes type 2.
- Verzekerden met een BMI vanaf 30 (ook met 'normale' buikomvang). Voor de laatste groep geldt dat deze mate van overgewicht over het algemeen als obesitas gekwalificeerd wordt.

Een GLI richt zich op het tegengaan van overgewicht. Dit wordt bereikt door de inzet van een combinatie van interventies, gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering.

Een GLI is sterk gericht op preventie. Het is de bedoeling dat de inzet van een GLI leidt tot positieve opbrengsten. De verwachting is dat mensen minder beroep hoeven te doen op duurdere zorgvormen. Ook is een GLI gericht op een hogere participatie van de gebruikers in de samenleving.

5.5 Paramedische zorg ¹⁵¹

Onder paramedische zorg wordt fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtiek verstaan.

Fysiotherapie/ oefentherapie ¹⁵²:

- Wordt alleen vergoed ter behandeling van een in een genoemde bijlage (in dit stuk als bijlage 3 opgenomen) aandoening, met eventueel een in de bijlage genoemde geldende maximering.
 - Voor verzekerden, ouder dan 18 jaar, worden de eerste 20 behandelingen niet vergoed bij aandoeningen die in de bijlage voorkomen.
 - Voor verzekerden, jonger dan 18 jaar worden ook de eerste 20 behandelingen vergoed bij aandoeningen die in de bijlage voorkomen.
- Voor verzekerden, jonger dan 18 jaar worden er 9 behandelingen vergoed ter behandeling van een aandoening die niet op de bijlage voorkomt. Bij ontoereikend resultaat kan de behandeling in dit geval met maximaal 9 extra behandelingen worden verlengd.

Voor verzekerden vanaf 18 jaar gelden daarnaast nog de volgende vergoedingen voor paramedische zorg:

- Vergoeding van maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie
- Bij etalagebenen is er sprake van vernauwing van de slagader naar de benen, waardoor de persoon in kwestie pijn ondervindt in de benen. Bij de indicatie etalagebenen vanaf fase 2 (de fase dat iemand klachten krijgt van de vernauwing van de slagader) is er aanspraak op 37 behandelingen oefentherapie verspreid over een jaar. Bij deze indicatie worden ook de eerste 20 behandelingen oefentherapie vergoed vanuit het basispakket.

¹⁵⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-zvw>

¹⁵¹ Besluit Zorgverzekering artikel 2.6

¹⁵² Besluit Zorgverzekering artikel 2.6 lid 1 t/m 3

- Maximaal 12 behandelingen oefentherapie per 12 maanden bij artrose aan de heup- en kniegewrichten.
- Bij chronic obstructive pulmonary disease (COPD): afhankelijk van de ernst van de ziekte, vastgelegd in een viertal klassen, is er recht op vergoeding van een aantal behandelingen oefentherapie. Op advies van het Zorginstituut wordt per 2025 het aantal behandelingen oefentherapie bij COPD niet meer vooraf gemaximeerd. Hierdoor is er, aldus het Zorginstituut, geen indeling op zwaarte voorafgaand aan het behandeltraject nodig. De verwachting is dat passende fysio- en oefentherapeutische zorg voor alle COPD-patiënten gerealiseerd kan worden, en over- en onderbehandeling kan worden verminderd.
- Langdurige, gepersonaliseerde oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut bij chronische gewrichtsreuma is als tijdelijke en voorwaardelijke verstrekking in 2019 aan de Zorgverzekeringswet toegevoegd. Dergelijke tijdelijke en voorwaardelijke toelatingen worden toegepast bij veelbelovende behandelingen waarvoor de effectiviteit nog niet voldoende bewezen is. Tijdens de tijdelijke toelating kan de effectiviteit door onderzoek bewezen worden. Naar aanleiding van een onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de interventie, is besloten deze verstrekking per 2025 definitief op te nemen in het pakket.
- Langdurige en persoonlijke actieve oefentherapie onder begeleiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut voor volwassenen met axiale spondyloartritis (axSpA) wordt definitief 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.

Logopedie ¹⁵³:

Logopedische zorg, waarbij de voorwaarde geldt dat de zorg tot een geneeskundig doel strekt en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of spraakvermogen kan worden verwacht. Er wordt geen maximering of beperking gesteld.

Ergotherapie ¹⁵⁴:

Maximaal tien behandeluren per kalenderjaar, waarbij het doel is de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen.

Diëtetiek ¹⁵⁵:

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, tot maximaal drie behandeluren per jaar.

Valpreventie ¹⁵⁶:

Per 2024 is de dekking van de basisverzekering uitgebreid met een trainingsprogramma valpreventie voor ouderen. Per 12 maanden wordt maximaal één valpreventieve beweeginterventie vergoed, op basis van een verwijzing van een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of praktijkondersteuner (POH) ouderenzorg. Voor er sprake is van een doorverwijzing wordt eerst beoordeeld wat het valrisico is.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet de training worden aangeboden aan een oudere waarbij sprake is van een hoog valrisico in combinatie met onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen. Ouderen met een hoog valrisico die geen somatische of psychische problemen hebben kunnen zich tot de gemeente wenden voor een beweegprogramma valpreventie.

¹⁵³ Besluit Zorgverzekering artikel 2.6 lid 10

¹⁵⁴ Besluit Zorgverzekering artikel 2.6 lid 11

¹⁵⁵ Besluit Zorgverzekering artikel 2.6 lid 12

¹⁵⁶ Besluit Zorgverzekering artikel 2.6 lid 7

Het trainingsprogramma wordt alleen vergoed als de training onder begeleiding plaatsvindt onder begeleiding. Die begeleiding moet dan plaatsvinden “op het niveau van een fysiotherapeut”. In praktijk zal zo’n beweegprogramma valpreventie dan ook meestal door een fysiotherapeut worden gegeven.

5.5.1 Herstelzorg Covid-19 niet meer verzekerd

In juli 2020 was paramedische herstelzorg voor coronapatiënten tijdelijk aan het verzekeringspakket toegevoegd.

Herstelzorg voor coronapatiënten bevatte ondermeer inzet van de huisarts, de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg. Dit wordt grotendeels vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed. Paramedische zorg, zoals fysiotherapie, is belangrijk voor het herstel. Deze zorg bestaat meestal uit een gecombineerde inzet van fysio- of oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut. Deze zorg wordt slechts beperkt of helemaal niet vanuit het basispakket vergoed.

Gedurende een beperkte periode werd het basispakket uitgebreid met voor de duur van maximaal zes maanden vergoeding voor maximaal 50 fysio- of oefentherapeutische sessies, 10 uren ergotherapie, 7 uren diëtetiek en (onbeperkt) logopedie.

De aanspraak paramedische herstelzorg was in eerste instantie voor de duur van één jaar toegevoegd aan het basispakket, maar deze termijn is meermalen verlengd. VWS heeft aangegeven dat deze herstelzorg vast onderdeel van het basispakket van de Zorgverzekeringswet zou kunnen worden, als het Zorginstituut Nederland positief zou adviseren over deze toelating.

Het advies wat het Zorginstituut Nederland eind juni 2024 uitbracht, was echter negatief ¹⁵⁷. Het Zorginstituut schrijft ondermeer: “Eerstelijns multidisciplinaire paramedische herstelzorg is een behandeling voor patiënten met aanhoudende klachten of beperkingen na COVID-19. De conclusie van Zorginstituut Nederland is dat deze zorg voor patiënten geen meerwaarde heeft in vergelijking met geen behandeling of advies en follow-up door huisarts of medisch specialist. Daarom kan multidisciplinaire paramedische herstelzorg niet vergoed worden uit het basispakket van de zorgverzekering.”

Dit advies is overgenomen door het ministerie van VWS. In de brief aan de Tweede Kamer schrijft de minister ¹⁵⁸: “Om de zorg in Nederland toegankelijk en betaalbaar te houden, is het van groot belang dat zorg die niet-effectief is, niet wordt vergoed vanuit het basispakket. Dat is in het belang van alle patiënten in Nederland.

Dit betekent dat multidisciplinaire paramedische herstelzorg vanaf 1 juli 2024 niet meer wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Ik begrijp dat dit voor postCOVID patiënten, die persoonlijk wel een positief effect van de behandelingen ervaren, misschien moeilijk is om te horen.

Ik vind het daarom belangrijk dat patiënten die vóór 1 juli 2024 met een eerste of tweede behandeltermijn van multidisciplinaire paramedische herstelzorg zijn gestart, deze behandeltermijn kunnen afmaken. Om die reden heb ik een overgangsregeling vastgesteld zodat tot 1 januari 2025 de eerste of tweede behandeltermijn vergoed wordt vanuit de basisverzekering.”

Dit houdt in dat herstelzorg COVID dus tot 1 juli 2024 onderdeel was van het pakket van de Zorgverzekeringswet en dat er een overgangsregeling tot 1 januari 2025 is voor mensen die al begonnen zijn met de behandeling multidisciplinaire paramedische herstelzorg. Vanaf 1 januari 2025 valt herstelzorg COVID niet meer onder het verzekeringspakket.

¹⁵⁷ <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2024/06/28/eerstelijns-multidisciplinaire-paramedische-herstelzorg-bij-post-covid>

¹⁵⁸ <https://open.overheid.nl/documenten/07300215-606d-4166-9ef3-3bd419d1d334/file>

5.6 Mondzorg ¹⁵⁹

De tandheelkundige hulp in de Zorgverzekering is voor verzekerden jonger dan 18 jaar een stuk uitgebreider dan voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Voor het verkrijgen van mondzorg moet één van de volgende voorwaarden gelden ¹⁶⁰:

- Er moet sprake zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, zodat de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven die de verzekerde wel zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
- Er moet sprake zijn van een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, zodat de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven die de verzekerde wel zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
- Er moet sprake zijn van een medische behandeling van een aandoening, die zonder mondzorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft, en waarbij de verzekerde zonder de medische behandeling geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven die de verzekerde wel zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Kort samengevat moet er aantoonbaar sprake zijn van verlies of niet ontwikkelen van tandheelkundige functies als de (mond)zorg niet geleverd wordt.

Als er sprake is van één van deze voorwaarden, dan valt de volgende mondzorg ook onder het pakket ¹⁶¹:

- Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat (inclusief structuur), als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;
- Orthodontische hulp in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

In principe valt dit onder tandheelkundige zorg, maar in praktijk blijkt dat ook een kaakchirurg medebehandeling of medediagnostiek verleent. Omdat nu onduidelijk is of de kaakchirurg dan ook onder orthodontische zorg valt, is de tekst van het Besluit zorgverzekering hierop verduidelijkt. Aan de bepaling over orthodontische hulp wordt toegevoegd dat ook medediagnostiek of medebehandeling van chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard geldt als voorwaarde voor vergoeding van orthodontische zorg.

Verzekerden vanaf 18 jaar betalen de tandheelkundige behandeling volledig zelf als er geen verband is tussen de indicatie voor tandheelkundige behandeling en de indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Bijvoorbeeld: iemand met bijzondere tandheelkunde als gevolg van een hazenlip betaalt het vullen van een gaatje volledig zelf, omdat dit gaatje geen gevolg is van de hazenlip.

Voor verzekerden vanaf 18 jaar kent de Zvw naast de voorgaande tandheelkundige hulp ook nog dekking voor:

- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van:
 - parodontale chirurgie;
 - het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 - ongecompliceerde extracties.
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of de onderkaak ¹⁶².

Voor gebitsprothesen gelden de volgende eigen bijdragen ¹⁶³:

- voor implantaat-gedragen prothesen voor de onderkaak: eigen bijdrage van 10% van de kosten;
- voor een implantaat-gedragen prothese op de bovenkaak: eigen bijdrage van 8% van de kosten;

¹⁵⁹ Besluit Zorgverzekering artikel 2.6 lid 7

¹⁶⁰ Besluit Zorgverzekering artikel 2.7 lid 1

¹⁶¹ Besluit Zorgverzekering artikel 2.7 lid 2

¹⁶² Besluit Zorgverzekering artikel 2.7 lid 4

¹⁶³ Regeling Zorgverzekering artikel 2.31 lid 3

- voor de normale gebitsprothesen: eigen bijdrage van 25% van de kosten.

Voor verzekerden tot 18 jaar geldt naast het hiervoor genoemde pakket ook vergoeding voor de volgende mondzorg ¹⁶⁴:

- Periodieke controle eens per jaar, tenzij meer controles noodzakelijk zijn;
- Incidenteel tandheelkundig consult;
- Tandsteenverwijdering;
- Fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij meer behandelingen tandheelkundig noodzakelijk zijn;
- Sealing;
- Parodontale hulp;
- Anesthesie;
- Endodontische hulp;
- Restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- Gnathologische hulp (stoornissen aan het geheel van de kauworganen);
- Uitneembare prothetische voorzieningen;
- Chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- Röntgenonderzoek (niet ten behoeve van orthodontische hulp).

Voor verzekerden jonger dan 23 jaar bestaat - onder omstandigheden - recht op fronttand-vervanging met implantaten. Als voorwaarde geldt dat een snij- of hoektand niet is aangelegd of voor het 18e levensjaar in zijn geheel verloren is gegaan als gevolg van een ongeval. De verzekerde heeft tot en met het 22e levensjaar recht op deze (uitgestelde) behandeling.

5.7 Farmaceutische zorg ¹⁶⁵

Onder farmaceutische zorg vallen alle (bij ministeriële regeling aangewezen) geregistreerde geneesmiddelen. Voor de geneesmiddelen geldt het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (1991). Dit houdt in dat geneesmiddelen zijn ingedeeld in groepen van onderling vervangbare middelen. Per groep wordt een vergoedingslimiet berekend. Kiest een verzekerde voor een medicijn waarvan de kosten hoger zijn dan de vergoedingslimiet, dan betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ¹⁶⁶.

Vooral bij mensen met een chronische aandoening kunnen deze eigen bijdragen, in combinatie met andere eigen betalingen, fors oplopen. Een eerder kabinet heeft afgesproken dat er maatregelen worden genomen om de stapeling van zorgkosten te voorkomen. Daarom is de eigen bijdrage voor medicijnen voor de periode van 2019 tot en met 2024 gemaximeerd op € 250 per jaar. Deze beperkte eigen bijdrage voor geneesmiddelen is verlengd tot en met 2027 ¹⁶⁷.

Zorgverzekeraars mogen een zogenaamd “preferentiebeleid” voeren bij medicijnen. Dit houdt in dat zorgverzekeraars een medicijn verplicht kunnen stellen en andere medicijnen met dezelfde werkzame stof(fen) van vergoeding kunnen uitsluiten. Voorwaarde is wel dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen, ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is ¹⁶⁸.

Uitgezonderd van vergoeding zijn onder andere geneesmiddelen voor ziekterisico bij reizen of niet geregistreerde geneesmiddelen ¹⁶⁹.

¹⁶⁴ Besluit Zorgverzekering artikel 2.7 lid 4

¹⁶⁵ Besluit Zorgverzekering artikel 2.8

¹⁶⁶ Besluit Zorgverzekering artikel 2.8 lid 6

¹⁶⁷ Regeling Zorgverzekering artikel 2.32 lid 2

¹⁶⁸ Besluit Zorgverzekering artikel 2.8 lid 3

¹⁶⁹ Besluit Zorgverzekering artikel 2.8 lid 2

De meeste vitaminen, mineralen en paracetamol worden niet (meer) vergoed vanuit het basispakket. Dit geldt voor vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een (nagenoeg) gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop. Volgens de minister van VWS zijn de betreffende middelen in de vrije verkoop vaak aanzienlijk goedkoper. Dit komt onder meer omdat een gebruiker alleen voor de middelen zelf betaalt, en er geen vergoeding voor het recept van toepassing is. Dit laatste is wel het geval als het middel door een arts wordt voorgeschreven en bij een apotheek wordt gehaald.

De vergoeding van vitamine D is per 2023 beperkt. Geneesmiddelen die coledalciferol of calcifediol (vitamine D-analogen) bevatten zijn per 1 januari 2023 uit het GVS verwijderd. Aan de vergoeding van een aantal andere vitamine D-analogen (alfacalcidol, calcitriol en dihydrotachysterol) worden indicatievoorwaarden verbonden.

5.8 Hulpmiddelen ¹⁷⁰

De vergoeding en eventuele eigen bijdragen van hulpmiddelen wordt uitgebreid geregeld in de Regeling Zorgverzekering. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen en verbandmiddelen komen voor rekening van de verzekerde ¹⁷¹. De meeste hulpmiddelen kennen dan ook een eigen bijdrage. Zo wordt er voor hoortoestellen een eigen bijdrage van 25% van de kosten gevraagd ¹⁷².

Per 2013 zijn de uitleen-hulpmiddelen van het aansprakenpakket van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Het gaat bij deze uitleen-hulpmiddelen voornamelijk om hulpmiddelen voor het bewegingssysteem en hulpmiddelen voor verzorging en verpleging op bed. Het gaat om hulpmiddelen waarbij sprake is van gebruik gedurende een beperkte of onzekere duur. Bij langdurig gebruik (permanent gebruik) van hulpmiddelen kan een beroep gedaan worden op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen zijn uit het verzekeringspakket van de Zorgverzekering gehaald. Het gaat hierbij om krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken en rollators. Of een mobiliteitshulpmiddel eenvoudig is wordt bepaald op basis van de door het Zorginstituut Nederland 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk'.

Vanaf 2015 worden meer hulpmiddelen als 'functiegericht' aangemerkt. Het gaat om hulpmiddelen die worden gebruikt bij stoornissen in de functies van de huid en in het bewustzijn. Door de functiegerichte omschrijving verandert de aanspraak op hulpmiddelen van een systeem op basis van een limitatieve lijst van hulpmiddelen naar een meer 'open systeem'. Het uitgangspunt is dat hulpmiddelen die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en die een beperking kunnen opheffen of verminderen, onder het verzekeringspakket vallen.

5.9 Verblijf ¹⁷³

Onder verblijf wordt verstaan medisch noodzakelijk verblijf van maximaal 1.095 dagen (drie jaar). Dit verblijf moet verband houden met geneeskundige zorg (zie paragraaf "Geneeskundige zorg") en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging of paramedische hulp.

Bij onderbrekingen van minder dan 30 dagen tussen opnames (onafhankelijk van de indicatie) tellen alle opnames mee voor het bepalen van de maximale termijn van 1.095 dagen. De onderbrekingen zelf tellen niet mee, tenzij de onderbreking een gevolg is van weekend of vakantieverlof van de patiënt ¹⁷⁴. Na 1.095 dagen vallen de verblijfskosten onder de Wlz.

¹⁷⁰ Besluit Zorgverzekering artikel 2.4a

¹⁷¹ Besluit Zorgverzekering artikel 2.9 lid 3

¹⁷² Regeling Zorgverzekering artikel 2.33 lid 2

¹⁷³ Besluit Zorgverzekering artikel 2.12

¹⁷⁴ Besluit Zorgverzekering artikel 2.12 lid 2 en 3

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt ook onder de Zorgverzekeringswet. De GGZ bevat niet-klinische geestelijke gezondheidszorg en klinische geestelijke gezondheidszorg tot maximaal 1.095 dagen. Bij een verblijf langer dan 1.095 dagen (3 jaar) in een instelling in verband met de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, wordt dit verblijf met behandeling vanaf het vierde jaar betaald uit de Wet langdurige zorg (Wlz).

Op 1 mei 2020 is CAR-T-celtherapie toegelaten tot het basispakket. Dit is een behandeling waarmee cellen van de patiënt worden bewerkt zodat ze in staat zijn kankercellen in het lichaam te herkennen en aan te vallen. Deze behandeling kan momenteel in vier expertziekenhuizen worden uitgevoerd. De behandeling duurt vier weken. Na twee weken behandeling mag de patiënt naar huis, mits hij of zij binnen 60 minuten in het ziekenhuis kan zijn. Voor patiënten die verder dan 60 minuten van een expertziekenhuis wonen, is het van belang dat ze voor de laatste twee weken elders in de buurt verblijven (bv. een hotel of vakantiewoning). Voor deze groep patiënten worden de kosten van het verblijf in de buurt van een expertziekenhuis vanaf 2022 vergoed vanuit van de Zorgverzekeringswet.

5.10 Verpleging¹⁷⁵

Verpleging wordt vergoed als de verpleging verband houdt met verleende geneeskundige zorg of met een hoog risico op geneeskundige zorg. Verpleging in verband met verblijf valt onder verblijf zelf¹⁷⁶.

Onder verpleging valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

5.11 Kraamzorg¹⁷⁷

Onderdeel van het pakket van de Zorgverzekeringswet is ook zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden, aan zowel moeder als kind. Deze verzorging wordt maximaal tien dagen vanaf de dag van bevalling vergoed.

Een eigen bijdrage is in de Regeling Zorgverzekering (ministeriële regeling) vastgelegd. De eigen bijdrage is een bedrag per uur bij kraamzorg thuis en een bedrag per dag bij verblijf in een instelling zonder medische indicatie¹⁷⁸.

Tot en met 2023 werd kraamzorg vanuit de basisverzekering alleen vergoed gedurende de eerste tien dagen vanaf de dag van bevalling. Deze termijn waarbinnen kraamzorg verleend moet worden, is vanaf 2024 verlengd tot maximaal zes weken vanaf de dag van bevalling¹⁷⁹. Op deze manier kunnen de uren kraamzorg flexibeler ingezet worden. Dit betekent niet dat er meer uren kraamzorg geleverd worden. Er is recht op 24 tot maximaal 80 uur kraamzorg. Het aantal uren wat per situatie wordt geleverd, wordt vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Het toegekende aantal uren kan vanaf 2024 dus over zes weken verdeeld worden, in plaats van over tien dagen.

¹⁷⁵ Besluit Zorgverzekering artikel 2.10

¹⁷⁶ Besluit Zorgverzekering artikel 2.10 lid 1 onder b

¹⁷⁷ Besluit Zorgverzekering artikel 2.11

¹⁷⁸ Regeling Zorgverzekering artikel 2.36

¹⁷⁹ Besluit Zorgverzekering artikel 2.11

5.12 Ambulancevervoer ¹⁸⁰

Ziekenvervoer per ambulance valt onder de dekking van de Zorgverzekeringswet over maximaal een afstand van 200 kilometer. Het moet gaan om vervoer;

- Naar een persoon of instelling waar de verzekerde zorg ontvangt die (gedeeltelijk) onder de Zorgverzekeringswet valt;
- Naar een instelling waar de verzekerde zorg ontvangt die (gedeeltelijk) onder de Wlz valt;
- Vanuit een Wlz instelling naar een Wlz zorgverlener of instelling voor prothese die (gedeeltelijk) onder de Wlz valt;
- Naar de eigen woning of een andere woning (omdat in de eigen woning niet de nodige verzorging kan worden geleverd).

De maximale afstand van 200 kilometer geldt niet als de zorgverzekeraar toestemming geeft voor behandeling bij een persoon of instelling (die zich meer dan 200 kilometer van de verzekerde vandaan bevindt) ¹⁸¹.

5.13 Ziekenvervoer overig ¹⁸²

Ziekenvervoer per auto of per openbaar vervoer wordt in een aantal gevallen vergoed over een maximale afstand van 200 kilometer (enkele reis):

- Als de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- Als de verzekerde oncologische behandeling (behandeling van een kwaadaardig gezwel) met radiotherapie of chemotherapie moet ondergaan. Deze dekking geldt vanaf 2018 ook expliciet als het gaat om zittend ziekenvervoer bij immuuntherapie. Deze dekking is per 2019 aangepast. Ook het vervoer naar controles, consulten en (bloed)onderzoeken als onderdeel van de totale oncologische behandeling worden vergoed. Hieronder vallen ook controles die bijvoorbeeld op de chemokuur zelf volgen, om vast te stellen wat het effect van de therapie is. Voorwaarde is wel dat de controles plaats vinden in het kader van de primaire chemo-, radio- of immuuntherapie;
- Als de verzekerde zich alleen met een rolstoel kan verplaatsen;
- Als het gezichtsvermogen van een verzekerde is beperkt zodat de verzekerde zich alleen met begeleiding kan verplaatsen;
- Als de verzekerde jonger dan 18 jaar is en vanwege complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
- Als de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie, vergoed vanuit de zorgverzekering;
- Als de verzekerde is aangewezen op groepsgewijze dagbehandeling die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking;
- Als de verzekerde in verband met medische behandeling langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken van vervoer leidt tot onbillijkheid van overwegende aard ¹⁸³.

Voor vervoer met de eigen auto wordt een kilometerbedrag per ministeriële bepaling vastgesteld ¹⁸⁴. Voor openbaar vervoer geldt vergoeding van de laagste klasse ¹⁸⁵.

De maximale afstand van 200 kilometer geldt niet als de zorgverzekeraar toestemming geeft voor behandeling bij een persoon of instelling (die zich meer dan 200 kilometer van de verzekerde vandaan bevindt) ¹⁸⁶.

¹⁸⁰ Besluit Zorgverzekering artikel 2.13

¹⁸¹ Besluit Zorgverzekering artikel 2.13 lid 2

¹⁸² Besluit Zorgverzekering artikel 2.14 en 2.15

¹⁸³ Besluit Zorgverzekering artikel 2.14 lid 3

¹⁸⁴ Besluit Zorgverzekering artikel 2.14 lid 2

¹⁸⁵ Besluit Zorgverzekering artikel 2.14 lid 1

¹⁸⁶ Besluit Zorgverzekering artikel 2.14 lid 4

Als vervoer met een ambulance, auto of met openbaar vervoer niet mogelijk is, dan kan de zorgverzekeraar ander vervoer toestaan ¹⁸⁷. Te denken valt aan helikoptertransport vanaf de Waddeneilanden ¹⁸⁸. Als begeleiding nodig is, bijvoorbeeld bij kinderen onder de zestien jaar, valt die begeleiding ook onder de regeling ziekenvervoer ¹⁸⁹.

Door middel van een ministeriële bepaling wordt een eigen bijdrage voor ziekenvervoer (anders dan per ambulance) vastgesteld ¹⁹⁰.

Voor patiënten die voor langere tijd en over grotere afstand heen en weer moeten reizen voor zorg die geconcentreerd is op een beperkt aantal plaatsen, is een logeervoorziening opgenomen in de dekking van de Zorgverzekeringswet. In een dergelijk geval kan het minder belastend zijn voor de patiënt om te logeren. Er is voor gekozen om logeren mogelijk te maken als sprake is van drie aaneengesloten dagen, waarop anders vervoer heen en weer nodig zou zijn.

In verband met de overheveling van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) naar de Zorgverzekeringswet wordt per 2021 het vervoer van en naar dagbehandeling aan het basispakket toegevoegd.

5.14 Curatieve GGZ

De afkorting GGZ staat voor Geestelijke Gezondheidszorg. De GGZ is zowel gericht op cure (genezing) als op care (verzorging). De geneeskundige GGZ valt grotendeels onder de Zvw. Het gaat daarbij om zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. De geneeskundige GGZ die vergoed wordt vanuit de basisverzekering beperkt zich tot verzekerden van 18 jaar en ouder. De behandeling van psychische stoornissen bij jeugdigen wordt sinds 2015 gefinancierd vanuit de Jeugdwet.

Voor vergoeding van een behandeling vanuit de geneeskundige GGZ moet sprake zijn van een psychische stoornis die onder de verzekerde aanspraak valt. Daarbij wordt uitgegaan van de DSM-5-classificatie. Dit is een internationaal gebruikt systeem om psychische stoornissen in te delen aan de hand van vastgestelde symptomen en criteria. DSM-5 staat voor *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, vijfde editie. Niet iedere stoornis die in deze classificatie is opgenomen, geeft recht op vergoeding vanuit de geneeskundige GGZ. Zo is de behandeling van aanpassingsstoornissen uitgesloten. De behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Behandeling van psychische klachten zonder dat sprake is van een psychische stoornis kan wel worden vergoed binnen de huisartsenzorg, zo nodig met ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ. Voor deze huisartsenzorg geldt geen verplicht eigen risico.

De huisarts fungeert doorgaans als poortwachter. Als de huisarts vermoedt dat sprake is van een psychische stoornis waarvoor behandeling binnen de huisartsenpraktijk onvoldoende is, kan de patiënt worden doorverwezen naar de GGZ. De definitieve diagnose hoeft op het moment van verwijzing dus nog niet vast te staan. De geneeskundige GGZ is onder te verdelen in Generalistische basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ. Bij lichte tot matige, niet-complexe problematiek kan behandeling binnen de Generalistische basis GGZ passend zijn. Bij ernstige of complexe problematiek kan Gespecialiseerde GGZ nodig zijn. Beide vormen worden sinds 2022 bekostigd via het zorgprestatiemodel ¹⁹¹.

Vanaf 2025 wordt het “verkennend gesprek GGZ” vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. Dit gesprek is bedoeld voor mensen met psychische klachten die ook andere problemen hebben, bijvoorbeeld schulden of eenzaamheid. Bij twijfel over de passende aanpak kan de huisarts de patiënt aanmelden voor een verkennend gesprek. Een GGZ-professional, een professional uit het sociaal domein en zo mogelijk een ervaringsdeskundige bespreken vervolgens met de patiënt welke hulp het beste aansluit bij de situatie. Dit kan leiden tot behandeling binnen de GGZ, maar ook tot ondersteuning vanuit het sociaal domein of een combinatie daarvan.

¹⁸⁷ Besluit Zorgverzekering artikel 2.15

¹⁸⁸ Artikelsgewijze toelichting Besluit Zorgverzekering artikel 2.15

¹⁸⁹ Besluit Zorgverzekering artikel 2.15 lid 2

¹⁹⁰ Besluit Zorgverzekering artikel 2.16

¹⁹¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/g/geneeskundige-ggz-zvw>

De inzet van de huisarts en GGZ-professionals valt onder de Zvw. De inzet vanuit het sociaal domein valt onder verantwoordelijkheid van de gemeente. De bedoeling is dat patiënten eerder op de juiste plek geholpen worden en minder vaak onnodig naar de GGZ worden verwezen ¹⁹².

Vanaf 2026 geldt voor het verkennend gesprek geen verplicht eigen risico. Voor een eventuele daaropvolgende behandeling binnen de geneeskundige GGZ geldt wel het eigen risico.

Binnen de geneeskundige GGZ heeft de patiënt een regiebehandelaar. Deze heeft een rol bij het vaststellen van de benodigde zorg en de coördinatie van de behandeling. Welke zorgverlener deze rol kan vervullen, hangt onder meer af van de zorgvraag en de setting waarin de behandeling plaatsvindt. De voorwaarden hiervoor zijn opgenomen in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ ¹⁹³.

Bij lange wachttijden kan de verzekerde de zorgverzekeraar om zorgbemiddeling vragen. De gebruikelijke maximale wachttijden, de zogenoemde Treeknormen, zijn vier weken tussen aanmelding en intake en tien weken tussen intake en behandeling.

Langdurige GGZ valt niet automatisch onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ wordt het verblijf met behandeling in beginsel maximaal 1.095 dagen vanuit de Zvw vergoed. Als daarna nog steeds verblijf nodig is vanwege de behandeling, kan voortgezet verblijf vanuit de Wlz aan de orde zijn. Daarnaast kunnen volwassenen met een psychische stoornis rechtstreeks toegang krijgen tot de Wlz als zij voldoen aan de voorwaarden, waaronder een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Hiervoor is een indicatie van het CIZ nodig. Een Wlz-indicatie betekent overigens niet dat iedere GGZ-behandeling vanuit de Wlz wordt vergoed. Dat hangt onder meer af van de wijze waarop verblijf en behandeling zijn georganiseerd.

5.14.1 Zorgprestatiemodel GGZ

Per 2022 is een nieuw bekostigingsmodel binnen de GGZ ingevoerd. Dit model wordt het zorgprestatiemodel genoemd. Het heeft binnen de geneeskundige GGZ de voormalige dbc-bekostiging en de afzonderlijke prestaties voor de Generalistische basis GGZ vervangen. Het model regelt hoe zorgaanbieders de geleverde zorg in rekening brengen. Welke zorg voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking komt, wordt bepaald door de verzekerde aanspraak.

Binnen het zorgprestatiemodel wordt een behandeling niet als één behandeltraject afgerekend, maar op basis van afzonderlijke zorgprestaties. Voorbeelden hiervan zijn een consult voor diagnostiek, een behandelconsult, een groepsconsult of een verblijfsdag in een kliniek. Het tarief van een individueel consult hangt onder meer af van het soort consult, het beroep van de zorgverlener, de tijds categorie en de setting waarin de zorg wordt geleverd.

De afzonderlijke zorgprestaties staan op de rekening van de zorgaanbieder. Hierdoor kan de verzekerde zien welke zorg in rekening is gebracht en welke tijd voor de consulten is geregistreerd. De zorgaanbieder hoeft niet te wachten totdat het gehele behandeltraject is afgerond voordat een rekening kan worden verstuurd. Het model is bedoeld om de rekening begrijpelijker en beter controleerbaar te maken. Vermindering van administratieve lasten en ruimte voor innovatie behoren eveneens tot de doelen van het zorgprestatiemodel ¹⁹⁴.

Onderdeel van het zorgprestatiemodel is de zorgvraagtypering. Het zorgvraagtype geeft informatie over de aard en omvang van de zorgvraag van de patiënt. De behandelaar kan deze informatie gebruiken bij het opstellen en bijstellen van het behandelplan. Het zorgvraagtype bepaalt niet rechtstreeks de prijs van de behandeling. Daarvoor zijn de zorgprestaties die worden geleverd bepalend.

¹⁹² <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/g/geneeskundige-ggz-zvw>

¹⁹³ <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsstandaarden/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut>

¹⁹⁴ <https://www.zorgprestatiemodel.nl/bekostiging/zorgprestatiemodel/>

Voor het eigen risico is het kalenderjaar waarin de zorgprestatie plaatsvindt van belang. Loopt een behandeling door in een volgend kalenderjaar, dan kunnen de zorgkosten in beide jaren ten laste van het eigen risico komen. De datum waarop de behandeling is begonnen, is daarvoor niet bepalend.

Dit is ook van belang als de verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekeraar. De zorgprestaties die in het nieuwe kalenderjaar plaatsvinden, vallen onder de nieuwe polis. De verzekerde moet daarom vooraf controleren of de nieuwe zorgverzekeraar een contract heeft met de behandelaar en welke vergoeding geldt als dat niet het geval is. Ook bij een lopende behandeling kan een overstap gevolgen hebben voor de vergoeding.

6 De invulling van het pakket

6.1 De modelovereenkomst

Voor elke variant van de Zorgverzekering die een verzekeraar aanbiedt wordt een modelovereenkomst vastgelegd ¹⁹⁵. In de modelovereenkomst wordt vastgelegd:

- Hoe de verzekeraar invulling geeft aan het verzekerde pakket (naturastelsel, restitutiestelsel, mengvorm), dus eigenlijk de polisvoorwaarden ¹⁹⁶;
- Hoe de vergoeding is als de verzekerde (in geval van een (gedeeltelijk) naturastelsel) naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat ¹⁹⁷;
- De grondslag van de premie en de eventuele premiekortingen (eigen risicokorting, termijnbetalingskorting) ¹⁹⁸.

Een verzekeraar moet alle modelovereenkomsten ter toetsing voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ¹⁹⁹. De NZa bekijkt per modelovereenkomst of de modelovereenkomst als Zorgverzekering in het kader van de Zorgverzekeringswet voldoet. Voldoet een modelovereenkomst niet, dan kan de NZa de verzekeraar de modelovereenkomst laten aanpassen ²⁰⁰. Wordt de modelovereenkomst niet aangepast en wordt de modelovereenkomst toch door de verzekeraar als Zorgverzekering verkocht, dan kan de NZa eventueel een boete opleggen ²⁰¹.

Als een verzekeraar een modelovereenkomst op de markt brengt die niet door de NZa is goedgekeurd, zal de NZa een dwangsom opleggen ²⁰². De schadelast van de verzekering komt volledig voor eigen risico van de verzekeraar, en er is geen recht op een vereveningsbijdrage. Een verzekerde die een modelovereenkomst heeft afgesloten die niet door de NZa is goedgekeurd, heeft recht op vergoeding van de kosten ²⁰³. De verzekeraar kan deze kosten niet voor de vereveningsbijdrage claimen.

Alle wijzigingen in de modelovereenkomsten moeten door de verzekeraar ook aan de NZa ter goedkeuring voorgelegd worden ²⁰⁴. Doet een verzekeraar dat niet dan kan de NZa een dwangsom opleggen ²⁰⁵.

Er is al sprake van een nieuwe modelovereenkomst als de modelovereenkomst een ander (of meer) eigen risico('s) kent, de modelovereenkomst voor een ander woongebied van toepassing is of de invulling van de verzekerde zorg anders is ingericht (natura, restitutie, mengvorm).

Voorbeeld: een modelovereenkomst op basis van een naturapakket en een vrijwillige eigen-risicokeuze van € 0 en € 500, is een andere modelovereenkomst dan een gelijk pakket maar met een vrijwillig eigen-risico keuze van € 0 en € 300.

Een verzekeraar kan het aantal modelovereenkomsten beperken door in één modelovereenkomst alle vrijwillige eigen-risicovarianten op te nemen. Deze modelovereenkomst biedt de verzekerden de keuze tussen alle eigen-risico's, maar geldt als één modelovereenkomst ²⁰⁶.

¹⁹⁵ Artikel 17 lid 1 Zvw

¹⁹⁶ Artikel 11 lid 2 Zvw

¹⁹⁷ Artikel 13 lid 2 Zvw

¹⁹⁸ Artikel 17 lid 1 Zvw

¹⁹⁹ Artikel 25 lid 2 en 3 Zvw

²⁰⁰ Artikel 94 lid 1 Zvw

²⁰¹ Artikel 95 lid 2 Zvw

²⁰² Artikel 95 lid 2 Zvw

²⁰³ Artikel 27 lid Zvw

²⁰⁴ Artikel 25 lid 3 Zvw

²⁰⁵ Artikel 95 lid 1 Zvw

²⁰⁶ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 3 lid 2 en 3

Voorbeeld: de zorgverzekeraar uit het vorige voorbeeld kan van de twee modelovereenkomsten één modelovereenkomst maken, door vrijwillige eigen-risicokeuze te geven van € 0, € 300 en € 500.

6.2 Zorgplicht van de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar heeft vanuit de Zorgverzekeringswet zorgplicht ten opzichte van haar verzekerden ²⁰⁷. Dit betekent dat de verzekeraar de plicht heeft richting de verzekerde die zorg nodig heeft (voor zover de zorg in het verzekerde pakket valt) om:

- De benodigde zorg in natura te leveren ²⁰⁸ of:
- De kosten van de benodigde zorg te vergoeden en (indien gewenst) de benodigde zorg te verkrijgen ²⁰⁹ of:
- Een combinatie van deze twee onderdelen te regelen ²¹⁰.

Door de Zorgplicht wettelijk vast te leggen wil de wetgever de garantie geven dat alle verzekerden goede zorg kunnen ontvangen.

In de beleidsregel “Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw” ²¹¹ en de bijbehorende “De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars” ²¹² legt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vast hoe toezicht wordt gehouden op de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

6.3 Naturapakket

Een zorgverzekeraar kan contracten afsluiten met zorgverleners. In deze contracten kunnen afspraken gemaakt worden over snelheid van behandeling, hoeveelheid behandelingen en/ of patiënten en de prijs van de behandeling. Als een zorgverzekeraar een bepaalde toestroom van patiënten kan garanderen, kan de zorgverlener de patiënten voor een lagere prijs behandelen.

De geldstroom gaat in dergelijke gevallen meestal buiten de verzekerden om. De zorgverlener declareert rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. De verzekerde kan zich tot de gecontracteerde zorgverlener wenden en ontvangt de benodigde zorg ²¹³. Dit wordt het naturastelsel genoemd.

In de modelovereenkomst moet worden vastgelegd hoe de verzekeraar invulling geeft aan de Zorgplicht ²¹⁴. Maakt de zorgverzekeraar afspraken met zorgverleners en worden de verzekerden verplicht zich (voor benodigde zorg) tot de gecontracteerde te wenden. De lijst met zorgverleners moet deel uitmaken van de modelovereenkomst, of uit de modelovereenkomst moet duidelijk zijn waar die informatie toegankelijk is ²¹⁵, bijvoorbeeld via Internet.

Voor sommige zorgverzekeraars is het onmogelijk om voldoende zorgverleners in het hele land te contracteren. Daarom is het mogelijk dat de verzekeraar een modelovereenkomst waarin de zorg in natura is geregeld, alleen in één of meer provincies naar keuze aanbiedt ²¹⁶.

Omdat de zorgverlener en de zorgverzekeraar prijsafspraken maken, zal een natura -modelovereenkomst goedkoper kunnen zijn dan een restitutie-modelovereenkomst. Verzekerden die een natura-

²⁰⁷ Artikel 11 lid 1 Zvw

²⁰⁸ Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw

²⁰⁹ Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw

²¹⁰ Artikel 11 lid 2 Zvw

²¹¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

²¹² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_323566_22/1/

²¹³ Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw

²¹⁴ Artikel 17 lid 1 Zvw

²¹⁵ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 1 lid h

²¹⁶ Artikel 3 lid 3 Zvw / Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 3 lid 2

modelovereenkomst sluiten, kunnen altijd nog gebruik maken van niet-gecontracteerde zorgverleners. Een verzekeraar kan in een dergelijk geval een maximum aan de vergoeding stellen, zodat de verzekeraar niet duurder uit is ²¹⁷. De verzekeraar moet in de modelovereenkomst duidelijk opnemen hoe de maximumvergoeding berekend wordt ²¹⁸.

Voorbeeld: een verzekerde met een natura -modelovereenkomst maakt gebruik van een fysiotherapeut waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten. De zorgverzekeraar zal eventueel een maximum stellen aan de vergoeding van deze (niet gecontracteerde) zorg.

6.3.1 Hinderpaalcriterium en wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering ingetrokken

Op basis van het zogenaamde ‘hinderpaalcriterium’ moeten zorgverzekeraars een zodanig deel van niet-gecontracteerde zorg vergoeden, dat de beperkte vergoeding geen hinderpaal is voor het gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg. Wettelijk is niet vastgelegd hoe groot dit deel is, maar uit jurisprudentie blijkt dat dit – in ieder geval bij GGZ-zorg - rond de 75% ligt. Per situatie kan uiteraard verschillen wanneer de beperking van de vergoeding een hinderpaal vormt.

Het hinderpaalcriterium is regelmatig onderwerp van geschillen die via de SKGZ of zelfs de Hoge Raad worden uitgevochten. Nog in december 2022 heeft de Hoge Raad uitspraak gedaan in een geschil tussen zorgverzekeraars en de Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze ²¹⁹. Onderdeel van deze uitspraak is ondermeer de (her)bevestiging dat het hinderpaalcriterium besloten ligt in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.

Om meer duidelijkheid te scheppen rondom het hinderpaalcriterium, wordt door het ministerie van VWS het wetsvoorstel “Bevorderen zorgcontractering” voorbereid om het criterium uitdrukkelijk op te nemen in dat betreffende artikel 13 Zvw. In de concept-wetstekst wordt aangegeven dat wat betreft niet-gecontracteerde zorg geldt dat “de hoogte van de vergoeding mag een gemiddelde verzekerde niet verhinderen om de zorg of dienst, rekening houdend met de aard en gangbare omvang ervan, te betrekken van een andere [niet-gecontracteerde] aanbieder”.

Het wetsvoorstel regelt ook de bevoegdheid van de minister van VWS om, door middel van een algemene maatregel van bestuur, regels te stellen over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het moet gaan om de bescherming van het algemeen belang. Als voorbeeld wordt de situatie genoemd dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg in een bepaalde sector zo groot wordt dat dit afbreuk doet aan de kwaliteit, toegankelijkheid of de betaalbaarheid van deze zorg. “Met het wettelijk regelen van de vergoeding wordt beoogd het aandeel van niet-gecontracteerde zorg naar beneden bij te stellen”, zo is in de toelichting op het conceptwetsvoorstel te lezen. “Door toepassing van de nadere regels wordt de vergoeding op een zodanige hoogte vastgesteld dat de zorgaanbieder een deel van de rekening bij de verzekerde zal moeten neerleggen, omdat de vergoeding aan de verzekerde cliënt uiteindelijk voor de zorgaanbieder niet kostendekkend is.”

Het conceptwetsvoorstel is in december 2023 aan de Raad van State voorgelegd ²²⁰. De RvS heeft redelijk kritisch geadviseerd op het wetsvoorstel. De RvS schrijft ondermeer: “De Afdeling advisering van de Raad van State stelt in wezen de vraag op welke wijze het wetsvoorstel zal bijdragen aan het beoogde doel van het bevorderen van zorgcontractering. Zij adviseert in haar conclusie in de toelichting nader in te gaan op de effectiviteit van het wetsvoorstel gelet op het beoogde doel, en daarbij ook de mogelijke alternatieven te betrekken.”

Het wetsvoorstel is vervolgens wel ingediend bij de Tweede Kamer, maar is vervolgens in september 2024 door de toenmalig minister van VWS weer ingetrokken.

²¹⁷ Artikel 13 lid 1 Zvw

²¹⁸ Artikel 13 lid 2 Zvw

²¹⁹ <https://uitspraken.rechtspraak.nl/#!/details?id=ECLI:NL:HR:2022:1789>

²²⁰ https://www.raadvanstate.nl/adviezen/?zoeken_term=W13.23.00362/III

6.4 Restitutiepakket

De zorgverzekeraar kan ook een modelovereenkomst aanbieden waarvoor geen zorgverleners zijn gecontracteerd ²²¹. Een verzekerde met een dergelijke modelovereenkomst kan zich voor de benodigde zorg tot een willekeurige zorgverlener wenden. De zorgverlener zal de kosten bij de verzekerde in rekening brengen. De verzekerde zal deze kosten declareren bij de verzekeraar, die vervolgens de kosten aan de verzekerde terugbetaalt (mits ze verzekerd zijn). Deze manier van vergoeden van zorgkosten wordt restitutiestelsel genoemd.

Voordeel voor de verzekerde is dat er geen belemmering is welke zorgverlener wordt bezocht. Nadeel is dat een modelovereenkomst volgens het restitutiestelsel veelal duurder zal zijn, omdat er geen prijsafspraken zijn gemaakt tussen verzekeraar en zorgverleners.

Om meer marktwerking te krijgen worden de tarieven in de gezondheidszorg steeds meer vrijgelaten. Het zou kunnen voorkomen dat een zorgverzekeraar wordt geconfronteerd met extreem hoge tarieven. Daarom wordt bepaald dat recht op vergoeding van kosten van zorg slechts bestaat voor zover het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag ten opzichte van door collega-zorgverleners berekende tarieven niet onredelijk hoog is. Er wordt een marktconform bedrag vergoed. Het is aan een zorgverzekeraar om aan te tonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is ²²². De overheid heeft bevoegdheid op dit punt verdere regels te stellen ²²³.

Landelijk werkende verzekeraars kunnen een modelovereenkomst op restitutiebasis kunnen aanbieden voor de gebieden waar zij weinig zorgafspraken met zorgverleners hebben gemaakt. In praktijk is er per 2025 geen enkele volledige restitutiepolis meer. GGZ-zorg en wijkverpleegkundige zorg wordt bij alle zorgverzekeringen in natura (dus gecontracteerd) aangeboden.

6.5 Combinatiepolis

Verzekeraars kunnen ook mengvormen aanbieden tussen een restitutiepakket en een naturapakket ²²⁴. Uiteraard zijn er tientallen van dergelijke combinatiepolissen te bedenken.

Voorbeeld: in de ene modelovereenkomst volgens een mengvorm wordt huisartsenzorg in natura geleverd, in de andere modelovereenkomst is huisartsenzorg op restitutiebasis geregeld.

Voorbeeld: een mengvorm kan er ook uit bestaan dat huisartsenzorg in de provincie Noord-Holland in natura wordt geleverd, terwijl huisartsenzorg in de overige provincies op restitutiebasis plaats vindt.

Als zorgverzekeraars het aantal modelovereenkomsten niet beperkt houden, komt er van een doelstelling van de overheid (een transparantere markt) niets terecht. Voor de consument zal het moeilijk worden een keuze te maken uit het woud van de modelovereenkomsten.

In 2026 telt Vektis 37 naturapolissen en 22 combinatiepolissen ²²⁵. Vanaf 2025 wordt er geen enkele zuivere restitutiepolis meer aangeboden.

²²¹ Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw

²²² Artikel 11 lid 4 onderdeel c Zvw / Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 11

²²³ Amendement 40 dd 15-12-2004

²²⁴ Artikel 11 lid 2 Zvw

²²⁵ 2023-06-01 Vektis Zorgthermometer Verzekerden in beeld 2026

6.6 Eigen risico

Vanaf de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet bestaat de mogelijkheid om, naast de no-claimteruggaaf, een vrijwillig eigen risico aan te bieden. Per 2008 is de no-claimregeling vervangen door een verplicht eigen risico aan de voet. Daarnaast blijft het mogelijk om een vrijwillig (extra) eigen risico te nemen.

6.6.1 Verplicht eigen risico

Per 1 januari 2008 is de no-claimteruggaaf vervangen door een verplicht eigen risico aan de voet. Voor 2026 is de hoogte van dit eigen risico € 385 per jaar per verzekerde vanaf 18 jaar. De hoogte van het verplichte eigen risico wordt in principe jaarlijks geïndexeerd (afgerond op tientallen). Deze indexatie is al een aantal jaren achterwege gelaten zodat het verplichte eigen risico al vanaf 2016 op € 385 staat. Voor 2027 wordt de indexatie weer opgepakt. Op Prinsjesdag is aangekondigd dat het verplichte eigen risico in 2027 € 400 wordt.

Het eigen risico is persoonsgebonden, dat wil zeggen dat alleen de kosten van de persoon zelf eventueel onder zijn of haar eigen risico vallen.

Naast het verplichte eigen risico blijft de mogelijkheid voor een vrijwillige eigen risico in stand. Het verplichte eigen risico gaat voor het vrijwillige eigen risico. Het verplichte eigen risico zal dus eerst volgemaakt moeten zijn voordat het vrijwillige eigen risico een rol speelt.

6.6.2 Vrijwillig eigen risico

Naast het verplichte eigen risico moet een verzekeraar per modelovereenkomst tenminste een variant aanbieden zonder eigen risico ²²⁶.

Daarnaast heeft de verzekeraar de keuze om per modelovereenkomst een vrijwillig eigen risico aan te bieden van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500, of al deze varianten, of een combinatie van een aantal varianten, of geen eigen risico -variant ²²⁷. Andere vrijwillige eigen risico-varianten dan € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 mogen dus niet worden aangeboden. Deze eigen-risicobedragen gelden per verzekerde vanaf 18 jaar ²²⁸. Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben dus nooit een eigen risico .

Als een verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico, kan de verzekeraar daar korting voor geven. De korting die per vrijwillige eigen risico-variant geldt, moet in de modelovereenkomst worden opgenomen ²²⁹.

Een zorgverzekeraar die in verschillende provincies werkzaam is, mag de aangeboden varianten van het vrijwillige eigen risico per provincie variëren. Zo kan hij in één provincie een modelovereenkomst met twee varianten aanbieden (bijvoorbeeld € 100 en € 300) en in een andere provincie dezelfde modelovereenkomst met drie varianten aanbieden (bijvoorbeeld € 100, € 200 en € 500). De premiekorting per variant moet echter in alle provincies hetzelfde zijn.

De verzekeraar mag de hoogte van de vrijwillige eigen risicokorting afhankelijk maken van de looptijd van de Zorgverzekering ²³⁰. Dus hoe langer een verzekerde een Zorgverzekering bij een verzekeraar heeft lopen, hoe hoger de vrijwillige eigen risicokorting is die de verzekeraar mag geven. Dit staat overigens los van de opzegmogelijkheden van de verzekerden (zie hoofdstuk "Einde van de Zorgverzekering"). Als een verzekerde of

²²⁶ Artikel 20 lid 1 Zvw

²²⁷ Artikel 20 lid 2 Zvw

²²⁸ Artikel 20 lid 2 Zvw

²²⁹ Artikel 20 lid 3 Zvw

²³⁰ Artikel 20 lid 3b Zvw

verzekeringnemer een Zorgpolis opzegt, moet de zorgverzekeraar op het uitschrijfbewijs ook vermelden welk vrijwillig eigen risico er gold, vanaf wanneer en welke korting er werd verleend ²³¹.

De verzekerde heeft jaarlijks de mogelijkheid om het vrijwillige eigen risico te verhogen of te verlagen. Het nieuwe vrijwillige eigen risico gaat vanaf het volgende kalenderjaar gelden ²³².

Als een verzekerde gedurende de looptijd van verzekeraar verandert, wordt het eventuele eigen risico bij zowel de oude als de nieuwe verzekeraar pro-rato berekend ²³³, afgerond op hele bedragen ²³⁴.

Voorbeeld: een verzekerde heeft een vrijwillig eigen risico van € 400. Per 13 augustus gaat de verzekerde over naar een andere verzekeraar, waar hij een vrijwillig eigen risico van € 300 neemt. De berekening is als volgt:
Bij de eerste verzekeraar is het vrijwillige eigen risico $\text{€ } 400 / 365 * 224$ (tot 13 augustus) = € 245.
Bij de tweede verzekeraar is het vrijwillig eigen risico $\text{€ } 300 / 365 * 141$ (vanaf 13 augustus) = € 116.

Als een verzekerde bij dezelfde verzekeraar verzekerd blijft, maar het vrijwillige eigen risico wijzigt tussentijds (bijvoorbeeld door verhuizing van de verzekerde naar een provincie waarvoor een andere modelovereenkomst met een andere eigenrisicostructuur geldt), moet het totale vrijwillige eigen risico voor dat jaar pro-rata berekenen ²³⁵, ook weer afgerond op hele bedragen ²³⁶.

Voorbeeld: een verzekerde heeft een vrijwillig eigen risico van € 200. Vanwege verhuizing krijgt de verzekerde vanaf 20 mei een nieuwe modelovereenkomst, waarbij de verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico van € 500. De berekening van het eigen risico in dat jaar is als volgt:
 $(\text{€ } 200 / 365 * 139 \text{ (tot 20 mei)}) + (\text{€ } 500 / 365 * 226 \text{ (vanaf 20 mei)}) = \text{€ } 386$.

Als een verzekeraar vrijwillige eigen risicovarianten laat vervallen, heeft de verzekeringnemer de mogelijkheid om te kiezen voor een andere eigen risicovariant, of zelfs voor een modelovereenkomst zonder vrijwillig eigen risico ²³⁷.

6.6.3 Uitzonderingen eigen risico's

De Zorgverzekeringswet geeft een groot aantal verschillende mogelijkheden aan de overheid om door middel van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) uitzonderingen te regelen die al dan niet geheel of gedeeltelijk niet onder het eigen risico (verplicht en vrijwillig) komen te vallen. In de volgende paragrafen worden de mogelijkheden zo volledig mogelijk genoemd. Niet al deze mogelijkheden worden gebruikt, maar de wet biedt wel de mogelijkheid dat er in de toekomst eventueel gebruik van gemaakt gaat worden.

6.6.3.1 Uitzonderingen verplicht eigen risico

Vormen van zorg of overige diensten waarvan de overheid bepaalt dat ze:

- In het geheel niet onder het verplichte eigen risico vallen of
- Gedeeltelijk niet onder het verplichte eigen risico vallen ²³⁸.

In 2026 gaat het dan in ieder geval om de kosten, als zij verband houden met ²³⁹:

- Verloskundige zorg en kraamzorg,

²³¹ Artikel 9 onderdeel e Zvw

²³² Toelichting amendement 39 dd 15-12-2004 van Omtzigt

²³³ Artikel 22 lid 1 Zvw

²³⁴ Artikel 22 lid 3 Zvw

²³⁵ Artikel 22 lid 2 Zvw

²³⁶ Artikel 22 lid 3 Zvw

²³⁷ Artikel 20 lid 5 Zvw

²³⁸ Artikel 21 lid 1 Zvw

²³⁹ Besluit zorgverzekering artikel 2.17 lid 1

- De NIPT en de twintig-wekenecho,
- Huisartsenzorg,
- Multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huidartszorg deel van uitmaakt;
- Het advies van een zorgverlener indien de huisarts dit heeft gevraagd teneinde de patiënt een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing te kunnen bieden;
- Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI);
- Nacontroles van de donor (na 13 weken);
- Vervoerskosten van de donor;
- Verpleegkundige zorg voor zover deze zorg niet gepaard gaat met een opname of voor zover het geen kraamzorg betreft;
- De kosten van niet specifiek op individuele verzekerden gerichte samenwerking tussen aanbieders of tussen aanbieders en derden, voor zover dat samenwerken direct ten dienste staat van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering vallen.

Daarnaast zijn er vormen van zorg of overige diensten waarvan de verzekeraar (onder door de overheid gestelde voorwaarden) kan bepalen dat ze:

- in het geheel niet onder het verplichte eigen risico vallen;
- of gedeeltelijk niet onder het verplichte eigen risico vallen ²⁴⁰.

Het gaat hier om zorg waarbij ²⁴¹:

- De verzekerde gebruik maakt van vooraf door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieders;
- De verzekerde een door de verzekeraar aangewezen zorgprogramma volgt, gericht op gezondheidsbevordering of preventie. Het gaat om programma's in het kader van ²⁴²:
 - Diabetes;
 - Depressie;
 - Hart- en vaatziekten;
 - Chronisch obstructief longlijden;
 - Overgewicht;
 - Dementiezorg;
 - Trombosezorg;
 - Incontinentiezorg;
 - Stoppen-met-roken.
- De verzekerde gebruik maakt van hulp- of geneesmiddelen die de verzekeraar heeft aangewezen.

Dit geeft de verzekeraar de mogelijkheid om, als een verzekerde gebruik maakt van een preferente zorgaanbieder, voor de betreffende nota het eigen risico buiten beschouwing te laten. Dit moet dan wel zijn opgenomen in de modelovereenkomst ²⁴³. De hoogte van het verplichte eigen risico blijft overigens intact ²⁴⁴.

Vanaf 2026 geldt het verplichte eigen risico niet meer voor meekijkconsulten en meedenkadvisen. Hierbij gaat het om 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 Zorgverzekeringswet:

- 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.

²⁴⁰ Artikel 21 lid 1 Zvw

²⁴¹ Besluit Zorgverzekering artikel 2.17 lid 2

²⁴² Regeling Zorgverzekering artikel 2.38

²⁴³ Memorie van toelichting wetsvoorstel (3-7-2007), pagina 19 (kamerstuk 31 094 nr 3)

²⁴⁴ Nota naar aanleiding van het verslag (3-9-2007), pagina 15 (kamerstuk 31 094 nr 6)

- Meedenkadvies: 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 voorkomt 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.

6.6.3.2 Uitzonderingen vrijwillig eigen risico

Vormen van zorg of overige diensten waarvan de overheid bepaalt dat ze:

- in het geheel niet onder het vrijwillige eigen risico vallen;
- of gedeeltelijk niet onder het vrijwillige eigen risico vallen ²⁴⁵.

Het gaat hierbij in 2026 om ²⁴⁶:

- De kosten van inschrijving bij een huisarts of een instelling die huisartsenzorg levert. De hoogte van deze kosten, het zogenaamde beschikbaarheidstarief, wordt door de NZa vastgesteld. Het 'beschikbaarheidstarief' bestaat uit het inschrijfgeld bij een nieuwe patiënt, en een jaarlijks abonnementsgeld per patiënt. Om te voorkomen dat verzekerden zich pas bij een huisarts inschrijven als ze huisartszorg nodig hebben, is overeengekomen dit 'beschikbaarheidstarief' buiten het eigen risico te houden ²⁴⁷.
- vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling. Deze vergoedingen moeten wel tussen de zorgverzekeraar en de huisarts of instelling zijn overeengekomen.
- De kosten van niet specifiek op individuele verzekerden gerichte samenwerking tussen aanbieders of tussen aanbieders en derden, voor zover dat samenwerken direct ten dienste staat van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering vallen.

6.6.3.3 Vulling van het eigen risico per 2026

Het verplichte eigen risico wordt niet volgemaakt door de eerste € 385 (€ 400 in 2027) aan zorgkosten, maar valt een (per zorgvorm nader vast te stellen) percentage van de kosten onder het eigen risico ²⁴⁸. De percentages worden in een Algemene Maatregel van Bestuur vastgesteld.

De achterliggende gedachte is dat personen zo vaker met het eigen risico te maken kunnen krijgen, zodat ze bewuster omgaan met zorggebruik. De remmende werking van het eigen risico is immers verdwenen als er één nota wordt ingediend van € 385 of meer. Door het verplichte eigen risico te laten vullen door percentages van nota's, kan de verzekerde dus op meer nota's worden geconfronteerd met het verplichte eigen risico.

²⁴⁵ Artikel 21 lid 4 Zvw

²⁴⁶ Besluit Zorgverzekering artikel 2.18 lid 1

²⁴⁷ Artikel 2.17 jo. 2.18 Besluit Zorgverzekering / Voorhangprocedure op grond van artikel 124 Zvw, d.d. 19-10-2007

²⁴⁸ Artikel 21 lid 1 Zvw

Voor 2026 is besloten dat het percentage van de zorgkosten wat onder het eigen risico valt, 100% is ²⁴⁹. Concreet betekent dit dat alle zorgkosten volledig onder het eigen risico worden afgeboekt (voor zover ze onder het eigen risico vallen natuurlijk). Er verandert op dit punt dus niets in de feitelijke afhandeling.

6.6.3.4 Voornemen aanpassen verplicht eigen risico per 2027 – stand van zaken

Waar het kabinet-Schoof nog het plan had om het verplichte eigen risico te verlagen, heeft het kabinet-Jetten juist een wetsvoorstel ingediend om het verplicht eigen risico vanaf 2027 met € 60 te verhogen, boven op de jaarlijkse indexering. Volgens de raming bij indiening zou het eigen risico daarmee stijgen van € 385 naar € 455 of € 460.

Het wetsvoorstel ²⁵⁰ is nog niet plenair behandeld in de Tweede Kamer. Op Prinsjesdag werd bekend dat het kabinet de extra verhoging uitstelt tot 2028. De jaarlijkse indexering staat daar los van: zonder nieuwe wettelijke bevestiging wordt die vanaf 2027 automatisch hervat. Het verplichte eigen risico is in 2027 € 400.

Het kabinet onderbouwt de verhoging met de stijgende zorgkosten en personeelstekorten. Het eigen risico staat sinds 2016 op € 385. Als het bedrag steeds volgens de wettelijke systematiek was geïndexeerd, zou het volgens de toelichting in 2026 circa € 535 bedragen. Door de bevestiging is een groter deel van de financiering verschoven naar de zorgpremie. Het kabinet wil zorggebruikers weer relatief meer laten meebetalen en verwacht dat een hoger eigen risico mensen aanzet om bewuster te kiezen of zij zorg gebruiken.

De financiële onderbouwing bestaat uit twee verschillende effecten. In de ramingen bij het oorspronkelijke voorstel rekent het kabinet voor 2027 op € 437 miljoen aan extra betalingen door verzekerden en € 613 miljoen aan lagere zorguitgaven door minder zorggebruik. Samen zouden deze effecten ruimte geven voor een nominale premie die ongeveer € 48 per jaar lager ligt dan zonder de extra verhoging. De uiteindelijke premie wordt door zorgverzekeraars vastgesteld en hangt ook af van andere ontwikkelingen. De toelichting erkent dat een hoger eigen risico ook een drempel kan vormen voor noodzakelijke zorg. Onvoldoende onderzocht is hoeveel noodzakelijke zorg hierdoor wordt uitgesteld en of dit later tot hogere zorgkosten leidt.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft begrip voor hervatting van de indexering en een inhaalslag, maar vraagt om een betere motivering van het bedrag van € 60. Daarnaast pleit de RvS voor voorspelbaarder beleid, ook in relatie tot het wetsvoorstel tot verlaging van het verplichte eigen risico van het vorige kabinet. De Raad zet vraagtekens bij de ondersteuning van kwetsbare groepen via gemeenten: kunnen gemeenten de verwachtingen waarmaken en wat zijn de financiële gevolgen? Daarnaast wijst de Raad erop dat tegenover lagere zorgpremies in de Voorjaarsnota een compenserende lastenverzwaring staat. De berekende premievoordelen geven daardoor geen volledig beeld van de koopkrachtgevolgen.

Naast de verhoging wil het kabinet vanaf 2028 maximaal € 150 eigen risico per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg rekenen. Deze zogenoemde tranchering moet voorkomen dat één behandeling direct het volledige eigen risico opmaakt. Een behandelprestatie kan meerdere afspraken omvatten. De maatregel verlaagt het jaarlijkse maximum niet en wordt via een afzonderlijke wijziging van het Besluit zorgverzekering geregeld. Het plan om het verplichte eigen risico in tranches vol te maken is ook door eerdere kabinetten voorgesteld.

6.7 Kalenderjaaroverschrijdende nota's

Als een nota van een zorgverlener betrekking heeft op meer dan één kalenderjaar, dan moet de nota volledig worden geboekt onder het kalenderjaar waarin de behandeling is begonnen ²⁵¹.

²⁴⁹ Artikel 2.19 Besluit Zorgverzekering

²⁵⁰

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel%3A36943>

²⁵¹ Artikel 23 lid 1 Zvw

Voorbeeld: een verzekerde ligt van 27 december 2026 tot 8 januari 2027 in het ziekenhuis. De ligdagen worden op één nota gedeclareerd. De volledige nota moet door de zorgverzekeraar worden geboekt in het jaar waarin de behandeling is begonnen, dus in 2026.

Deze regel kan uiteraard direct gevolgen hebben voor het eigen risico.

Voorbeeld: de nota uit het vorige voorbeeld bedroeg € 6.160. Als deze verzekerde (met een vrijwillig eigen risico van € 500) in 2026 geen andere nota's heeft ingediend, word deze nota als volgt afgehandeld:

- € 385 komt voor rekening van het verplichte eigen risico van de verzekerde. Het verplichte eigen risico voor 2027 staat weer volledig open, omdat de gehele nota onder 2026 wordt geboekt.
- € 500 komt voor rekening van het vrijwillige eigen risico van de verzekerde. Het eventuele vrijwillig eigen risico voor 2027 staat weer volledig open, omdat de gehele nota onder 2026 wordt geboekt.
- Het restant, € 5.275, wordt vergoed (en geboekt onder 2026).

6.8 Uitsluiting dekkingsonderdelen

Een verzekeraar kan in één of meer modelovereenkomsten dekkingsonderdelen uitsluiten die om ethische of levensbeschouwelijke redenen voor een groep verzekerden als dekkingsonderdeel niet aanvaardbaar zijn ²⁵².

Voorbeeld: een zorgverzekeraar zou kunnen besluiten om de volgende dekkingsonderdelen uit te sluiten met het oog op een specifieke doelgroep of achterban:

- Abortus provocatus;
- euthanasie;
- kunstmatige voortplantingstechnieken;
- geslacht veranderende ingrepen;
- prenataal genetisch onderzoek.

Het uitsluiten van een of meer dekkingsonderdelen mag niet leiden tot premievoordeel ²⁵³. Een modelovereenkomst met uitsluitingen die qua zorginvulling gelijk is aan een modelovereenkomst zonder uitsluitingen, moet ook dezelfde premiegrondslag hebben.

Voorbeeld: een modelovereenkomst waarbij de verzekeraar abortus heeft uitgesloten, heeft dezelfde premiegrondslag als dezelfde modelovereenkomst waarbij abortus wel in het pakket zit.

6.9 Uitbreiding van de Zorgverzekering ten koste van de aanvullende verzekering

De Minister stelt door middel van een Algemene Maatregel van Bestuur (Besluit Zorgverzekering) de omvang van de verstrekkingen van de Zorgverzekeringswet vast ²⁵⁴. Als de Minister de omvang van de verstrekkingen vanuit de Zorgverzekeringswet uitbreidt met verstrekkingen die de verzekeraar in een aanvullend pakket vergoedt, vervallen die verstrekkingen in de aanvullende verzekering met ingang van de dag dat ze vanuit de Zorgverzekeringswet worden vergoed ²⁵⁵.

Eventueel vooruitbetaalde premie wordt terugbetaald aan de verzekerde, waarbij de verzekeraar 25% van de terugbetaalde premie als administratiekosten in rekening mag brengen ²⁵⁶.

²⁵² Artikel 11 lid 5 Zvw

²⁵³ Artikel 17 lid 3 Zvw

²⁵⁴ Artikel 11 lid 3 Zvw

²⁵⁵ Artikel 119 lid 1 Zvw

²⁵⁶ Artikel 119 lid 2 Zvw

6.10 De Europese ziekteverzekeringskaart

Op basis van Europese wetgeving beschikt Nederland vanaf 1 januari 2006 over een Europese ziekteverzekeringskaart. Deze kaart dient (bij tijdelijk verblijf in een EU-lidstaat, Noorwegen, Liechtenstein, IJsland en Zwitserland) als bewijs dat de verzekerde in het land recht heeft op medisch noodzakelijke zorg in relatie tot de duur van het verblijf. Ook in Australië of Macedonië kan gebruik worden gemaakt van de Europese ziekteverzekeringskaart, maar daar geeft de kaart alleen recht op spoedeisende hulp. De gemaakte kosten worden dan rechtstreeks bij de verzekeraar in rekening gebracht. Naast de kaart moet ook een identiteitsbewijs worden overlegd.

Verzekeraars zijn wettelijk verplicht deze kaart vanaf 2006 op verzoek te verstrekken. Er is een Europese richtlijn die aangeeft wat er op de kaart moet staan, hoe groot de kaart is en zelfs hoe dik de kaart moet zijn (namelijk 0,76 mm).

Voor verblijf in Marokko, Turkije, Bosnië-Herzegovina, Montenegro, Servië en Tunesië geldt de Europese ziekteverzekeringskaart niet. Iemand die naar één van deze landen op vakantie gaat kan bij de zorgverzekeraar een 111-formulier aanvragen. Dit 111-formulier heeft verder dezelfde functie als de Europese ziekteverzekeringskaart en geldt als bewijs van verzekering in de genoemde landen.

Overigens is gebruik van de Europese ziekteverzekeringskaart in zoverre niet verplicht, dat de verzekerde er ook voor kan kiezen zelf de nota te betalen en achteraf bij de verzekeraar te claimen. Dit kan in een aantal gevallen voor de verzekerde qua vergoeding beter uitvallen, bijvoorbeeld als de verzorging een grote eigen bijdrage kent.

6.11 Buitenlanddekking in de Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet biedt verzekeraars en verzekerden de mogelijkheid om in het buitenland zorg te genieten. De buitenlanddekking (of feitelijk juist het ontbreken van het beperken van het gebruik van zorg in het buitenland) geldt in de hele wereld, dus niet alleen in verdragslanden. Het moet wel gaan om medisch noodzakelijke zorg. Daarnaast moet de kwaliteit van de zorg goed zijn. Voor intramurale zorg (binnen de muren, gepaard gaand met een opname) is vooraf toestemming van de verzekeraar nodig. Voor zorg wat buiten de werking van de Europese Socialezekerheidsverordening valt, geldt dat de zorg tot maximaal het (gemiddelde) Nederlandse tarief vergoed wordt ²⁵⁷.

6.11.1 Buitenlanddekking met een naturapakket

Verzekerden met een naturapolis moeten in principe gebruik maken van de door de verzekeraar gecontracteerde zorg. Doet een verzekerde dat niet, dan kan de verzekeraar een eigen bijdrage in rekening brengen ²⁵⁸. Hulp in het buitenland zal meestal niet gecontracteerd zijn, dus moet de verzekerde rekening houden met een eigen bijdrage. In elk geval wordt de zorg tot maximaal het (gemiddelde) Nederlandse tarief vergoed, tenzij de verzekeraar niet aan de Zorgplicht voldoet en de verzekerde gedwongen naar het buitenland uitwijkt. In dit laatste geval wordt de kostprijs vergoed.

Gaat het om medisch noodzakelijke hulp in een verdragsland, dan kan de verzekerde de Europese Verzekeringskaart of het 111-formulier gebruiken om de benodigde hulp te krijgen. De kosten hoeven in de meeste gevallen dan niet te worden voorgeschieden door de verzekerde. Afhankelijk van het verdragsland kan het interessant zijn om geen gebruik te maken van het verdrag, omdat de vergoeding volgens de Zorgverzekeringswet uitgebreider is.

Woont de verzekerde in een verdragsland, dan kan er op grond van het verdrag ook niet-spoedeisende medisch noodzakelijke zorg in het woonland worden gebruikt.

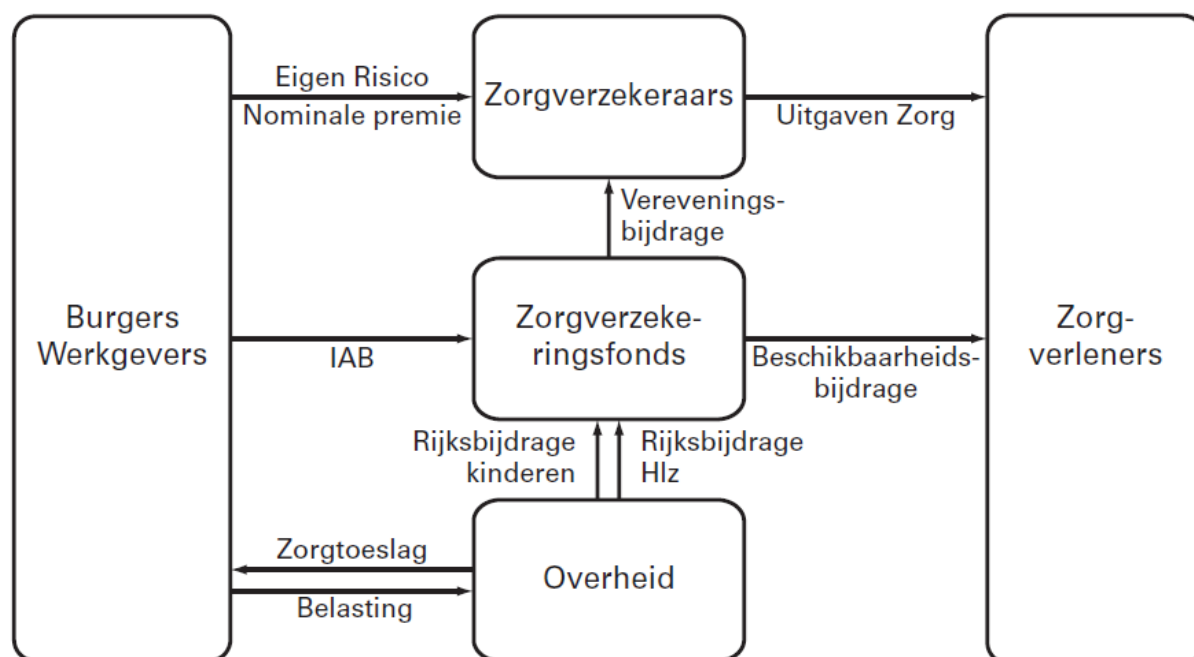
²⁵⁷ Nota nav het verslag d.d. 16-11-2004 (toelichting VWS nav vragen 2^e Kamer)

²⁵⁸ Artikel 13 lid 1 Zvw

6.11.2 Buitenlanddekking met een restitutiepakket

Voor verzekerden met een restitutiepolis geldt in het buitenland alleen de maximering van de kosten tot maximaal het (gemiddelde) Nederlandse tarief. Ook verzekerden met een restitutiepakket kunnen in de verdragslanden gebruik maken van medisch noodzakelijke zorg voor zover de zorg binnen het pakket wat voor het land van verblijf valt.

7 De financiering



Schematisch: de financiering van de Zorgverzekeringswet

7.1 De nominale premie

Voor elke verzekerde vanaf 18 jaar is de verzekeringnemer nominale premie voor de zorgverzekeringswet verschuldigd ²⁵⁹. Voor kinderen tot 18 jaar wordt dus geen nominale premie berekend. De kinderpremie wordt door de overheid betaald en in het Zorgverzekeringsfonds gestort ²⁶⁰. De nominale premie wordt berekend vanaf de eerste dag van de kalendermaand, volgend op het bereiken van de 18-jarige leeftijd ²⁶¹.

Voorbeeld: een verzekerd kind wordt op 3 juli 18 jaar. Vanaf 1 augustus wordt er voor dit kind nominale premie in rekening gebracht.

De nominale premie wordt door de zorgverzekeraar in rekening gebracht. De hoogte van de nominale premie kan door de verzekeraar worden vastgesteld en is gebaseerd op de gekozen modelovereenkomst (zie paragraaf “De modelovereenkomst”). Een modelovereenkomst gebaseerd op een naturapakket zal over het algemeen goedkoper kunnen zijn dan een modelovereenkomst op basis van een restitutiepakket. De premiegrondslag voor een modelovereenkomst is de premie voor de betreffende modelovereenkomst zonder dat er kortingen zijn doorgerekend ²⁶². De verzekeraar mag geen onderscheid maken in de premiegrondslag op basis van leeftijd of zorgconsumptie. Voor iedereen die voor een bepaalde modelovereenkomst kiest is de premiegrondslag gelijk ²⁶³.

²⁵⁹ Artikel 16 lid 1 Zvw

²⁶⁰ Artikel 54 lid 1 Zvw

²⁶¹ Artikel 16 lid 2 Zvw

²⁶² Artikel 17 lid 4 Zvw

²⁶³ Artikel 17 lid 2 Zvw

De premie kan door de verzekerde worden beïnvloed door een vrijwillig eigen risico te kiezen (als de verzekeraar die optie aanbiedt) ²⁶⁴. Verder mag een verzekeraar termijnkorting geven als de nominale premie bijvoorbeeld per kwartaal of per jaar wordt betaald.

De verzekeraar moet in de modelovereenkomst duidelijk maken wat de grondslag van de premie is, samen met de eventuele premiekortingen ²⁶⁵. Op de Zorgpolis staat gespecificeerd hoe de te betalen premie is opgebouwd ²⁶⁶ (premiegrondslag minus eventuele kortingen is de te betalen premie).

Een wijziging in de premiegrondslag treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop de wijziging door de verzekeraar aan de verzekeringnemer is meegedeeld ²⁶⁷. Een premiewijziging per 1 januari zal dus uiterlijk op 12 november aan de verzekeringnemer moeten zijn meegedeeld. Bij een wijziging in negatieve zin heeft de verzekeringnemer het recht de zorgpolis op te zeggen ²⁶⁸ (zie paragraaf “Opzegmogelijkheid bij aanpassing premie”).

In praktijk komt het voor dat zorgverzekeraars de nieuwe premie te laat bekend maken en toch per 1 januari de nieuwe premie doorvoeren. De toezichthouder, de NZa, heeft op dit moment alleen de mogelijkheid om een aanwijzing te geven, maar dat heeft weinig nut omdat de premie al te laat bekend is gemaakt. Daarom is in de Verzamelwet VWS 2023 ²⁶⁹ een wijziging in artikel 86 lid 1 Wmg opgenomen die de NZa in zo’n geval de mogelijkheid biedt om een boete op te leggen tot een maximumbedrag van € 500.000. Het idee is dat dit meer afschrikwekkende werking heeft, zodat zorgverzekeraars de nieuwe premie op tijd bekend zullen maken. Wanneer deze wijziging ingaat is nog niet bekend. De wijziging is ingegaan per 2025.

De nominale premie moet 45% van de totale macroschadelast opbrengen. De overheid berekent jaarlijks een rekenpremie ²⁷⁰. Deze rekenpremie is het bedrag wat (volgens berekening van de overheid) verzekeraars gemiddeld in rekening zouden moeten brengen om alle kosten te dekken. VWS heeft voor 2026 de rekenpremie vastgesteld op € 1.812 ²⁷¹. In 2027 wordt dat € 1.964 ²⁷². Bij dit bedrag wordt geen rekening gehouden met eigen betalingen als gevolg van het verplichte eigen risico. Volgens VWS is de gemiddelde nominale premie in 2026 € 1.879. ²⁷³ (€ 2.029 in 2027).

7.2 De inkomensafhankelijke bijdrage

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.

Oorspronkelijk was de bedoeling dat er één tarief zou worden ingesteld aan inkomensafhankelijke bijdrage. Omdat uit berekeningen bleek dat bepaalde bevolkingsgroepen er in koopkracht behoorlijk op achteruit zouden gaan, is er gekozen voor verschillende tarieven. Voor 2026 zijn deze tarieven vastgesteld:

- Het reguliere tarief: 6,10% ²⁷⁴ (6,27% in 2027)
- Het verlaagde tarief: 4,85% (5,02% in 2027)
- Het nultarief: 0%

²⁶⁴ Artikel 19 lid 2 Zvw

²⁶⁵ Artikel 17 lid 1 Zvw

²⁶⁶ Artikel 17 lid 5 en 6 Zvw

²⁶⁷ Artikel 17 lid 7 Zvw

²⁶⁸ Artikel 7:690, vierde lid, BW/ Artikel 7 lid 3a Zvw

²⁶⁹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2024-291.html> artikel V onderdeel B

²⁷⁰ Algemene Toelichting Zvw deel VI (De financiering)

²⁷¹ Memorie van Toelichting begroting VWS 2026, 16 september 2025

²⁷² Memorie van Toelichting begroting VWS 2027, 15 september 2026

²⁷³ Memorie van Toelichting begroting VWS 2027, 15 september 2026

²⁷⁴ Artikel 5.4 lid 1 en 2 Regeling zorgverzekering

In 2026 is het maximum bijdrageplichtig inkomen € 79.409 ²⁷⁵.

Door de inwerkingtreding van de Wet uniformering loonbegrip werd de inkomensafhankelijke bijdrage per 2013 vervangen door een werkgeversheffing. Dit betekent dat het bedrag wat de werkgever in 2012 aan de werknemer betaalde als werkgeversbijdrage, vanaf 2013 rechtstreeks aan de Belastingdienst wordt overgemaakt. Op het loon van de werknemer wordt dan geen inkomensafhankelijke bijdrage meer geheven, de inkomensafhankelijke bijdrage gaat dan geheel buiten het loonstrookje van de werknemer om.

7.2.2 De inkomensafhankelijke bijdrage vanaf 2024

In de volgende tabel zijn de verschillende bedragen en percentages van de inkomensafhankelijke bijdragen vanaf 2024 weergegeven.

Inkomensafhankelijke bijdrage	2024	2025	2026	2027
Maximum bijdrageplichtig inkomen	€ 71.628	€ 75.864	€ 79.409	Nnb
Percentage regulier tarief	6,57%	6,51%	6,10%	6,27%
Percentage verlaagd tarief	5,32%	5,26%	4,85%	5,02%
Percentage nultarief	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Maximum te betalen bedrag regulier tarief	€ 4.705,96	€ 4.938,75	€ 4.843,95	Nnb
Maximum te betalen bedrag verlaagd tarief	€ 3.810,61	€ 3.990,45	€ 3.851,34	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. De percentages van de inkomensafhankelijke bijdrage kunnen jaarlijks door de Minister worden vastgesteld.

Het percentage van de inkomensafhankelijke bijdrage wordt (globaal) geheven over:

- Het belastbare loon. Hier valt onder:
 - het inkomen uit een loondienstverband;
 - een uitkering (bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsuitkering, een bijstandsuitkering of een werkloosheidsuitkering);
 - een pensioenuitkering (AOW of een aanvullend pensioen);
 - een lijfrente-uitkering waarop loonheffing wordt ingehouden.
- Belastbare winst uit onderneming.
- Belastbaar resultaat uit andere werkzaamheden, bijvoorbeeld uit werkzaamheden als freelancer.
- Belastbare periodieke uitkeringen en verstrekkingen ²⁷⁶. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om:
 - alimentatie, ontvangen van de ex-partner;
 - lijfrente-uitkering waarop geen loonheffing wordt ingehouden.

Andere inkomsten vallen niet onder het inkomen waarover de inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven. Als inkomsten uit vermogen tellen bijvoorbeeld niet mee:

- lijfrente-uitkeringen die belast worden vanuit box 3 voor de inkomstenbelasting;
- uitgekeerd dividend;
- ontvangen rente.

De inkomensafhankelijke bijdrage wordt rechtstreeks aan de Belastingdienst betaald door de werkgever of de uitkeringsinstantie.

²⁷⁵ Regeling tot vaststelling premiepercentages werknemers- en volksverzekeringen, maximumpremieloon werknemersverzekeringen en opslag kinderopvangtoeslag 2025 (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2024-38722.html>)

²⁷⁶ Betreft uitkeringen en verstrekkingen conform afdeling 3.5 Wet inkomstenbelasting 2001

Is er geen sprake van een werkgever of een uitkeringsinstantie, dan legt de Belastingdienst een aanslag op. Deze aanslag zal bestaan uit een voorlopige aanslag die halverwege het heffingsjaar wordt opgelegd, gevolgd door een definitieve aanslag tijdens de belastingaangifte. Deze aanslagen worden bijvoorbeeld opgelegd aan zelfstandigen en freelancers.

7.2.2.1 Het reguliere tarief: 6,10% in 2026 (6,27% om 2027)

Het reguliere tarief wordt grofweg geheven over de volgende inkomsten ²⁷⁷:

- het inkomen uit een loondienstverband;
- een uitkering (bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsuitkering, een bijstandsuitkering of een werkloosheidsuitkering);
- Prepensioen en VUT-uitkeringen die in 2005 al werden ontvangen en waarvoor de uitkeringsinstantie in 2005 de verplichting had om het werkgeversdeel van de ziektefondspremie te betalen.
- Alimentatie via de bijstand.

De inkomensafhankelijke bijdrage wordt rechtstreeks aan de Belastingdienst betaald door de werkgever of de uitkeringsinstantie.

Tot in 2012 gold het reguliere tarief ook voor AOW-inkomsten. Als gevolg van de inwerkingtreding van de Wet uniformering loonbegrip vallen AOW-inkomsten per 2013 onder het verlaagde tarief.

7.2.2.2 De inkomensafhankelijke bijdrage voor de werknemer

Een werkgever is verplicht over het inkomen van de werknemer de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zorgverzekeringswet aan de Belastingdienst te betalen. In 2026 is het percentage 6,10% over een maximum bijdrageplichtig inkomen van € 79.409 (bedrag 2026).

Bij een loonvak korter dan een jaar wordt de inkomensafhankelijke bijdrage berekend over het (pro-rata) herleide loon, waarbij een jaar op 260 (werk)dagen wordt gesteld.

Voorbeeld

Als een werknemer op 1 juni een eerste dienstbetrekking aanvaard met een jaarsalaris van € 20.126, dan wordt de inkomensafhankelijke bijdrage berekend over 152 / 260 van € 20.126, dus over € 11.765,97.

7.2.2.3 Het verlaagde tarief: 4,85% in 2026 (5,02% in 2027)

Globaal gezien wordt het verlaagde tarief geheven als er geen sprake is van een werkgever of een uitkeringsinstantie die de inkomensafhankelijke bijdrage betaalt. Het gaat hier om:

- een aanvullende pensioenuitkering (dus geen AOW);
- een lijfrente-uitkering (zolang de lijfrente niet in box 3 belast wordt);
- Belastbare winst uit onderneming;
- Belastbaar resultaat uit andere werkzaamheden, bijvoorbeeld uit werkzaamheden als freelancer;
- Prepensioen en VUT-uitkeringen die vanaf 2006 worden ontvangen, of die in 2005 werden ontvangen en waarbij de uitkeringsinstantie in 2005 geen verplichting had om het werkgeversdeel van de ziektefondspremie te betalen.

Verder geldt dit verlaagde tarief voor:

- alimentatie, ontvangen van de ex-partner;

²⁷⁷ Artikel 5.4 Regeling zorgverzekering

- loon uit een dienstbetrekking waarbij de werkgever niet verplicht is de inkomensafhankelijke bijdrage te voldoen. Dit geldt bijvoorbeeld voor werknemers die in Nederland werken voor een in het buitenland gevestigde werkgever.

Tot in 2012 gold het reguliere tarief ook voor AOW-inkomsten. Als gevolg van de inwerkingtreding van de Wet uniformering loonbegrip vallen AOW-inkomsten per 2013 onder het verlaagde tarief. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) die de AOW uitkeert zal de inkomensafhankelijke bijdrage inhouden op de AOW-uitkering.

7.2.2.4 De inkomensafhankelijke bijdrage voor de zelfstandige ondernemer

Een zelfstandige ondernemer betaalt een inkomensafhankelijke bijdrage van 4,85% in 2026 over de belastbare winst uit onderneming. Als de winst uit onderneming negatief is (als er dus verlies wordt gedraaid), wordt de winst voor de inkomensafhankelijke bijdrage op € 0 gesteld. Met andere woorden: er is geen inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd. Een positief bijdrage-inkomen in een bepaald kalenderjaar mag niet worden verrekend met een negatief bijdrage-inkomen in een eerder jaar.

Voorbeeld

Een zelfstandige heeft in 2025 verlies geleden (€ 15.000). Over dat jaar is voor de Zorgverzekeringswet geen inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd, omdat het bijdrage-inkomen negatief is.

Voorbeeld

De zelfstandige uit het vorige voorbeeld heeft in 2026 een winst van € 20.000. Deze zelfstandige betaalt een inkomensafhankelijke bijdrage van 4,85% over € 20.000. Het verlies uit 2025 mag niet worden meegenomen voor de berekening van het bijdrage-inkomen in 2026.

Voorbeeld

Een zelfstandige heeft in 2026 een winst van € 88.000. De inkomensafhankelijke bijdrage van 4,85% wordt over maximaal het maximum premieloon (in 2026: € 79.409) geheven.

De Belastingdienst int de inkomensafhankelijke bijdrage. Bij zelfstandigen gebeurt dat door een heffing op te leggen voor de inkomensafhankelijke bijdrage. Deze heffing zal bestaan uit voorlopige heffing en een definitieve heffing.

7.2.2.5 De inkomensafhankelijke bijdrage voor VUT/ Prepensioen

Over VUT/ prepensioen kunnen twee percentages van toepassing zijn. Iedere Vutter en gepre-pensioneerde waarvoor de uitkeringsinstantie in 2005 het werkgeversdeel van de ziekenfondspremie betaalde, valt onder het reguliere tarief (6,10% in 2026). Voor deze groep is de uitkeringsinstantie verplicht de werkgeversbijdrage te vergoeden aan de uitkeringsgenieter. Deze groep zal over een aantal jaren niet meer bestaan.

Voor iedere Vutter en geprepensioneerden waarvoor de uitkeringsinstantie in 2005 niet het werkgeversdeel van de ziekenfondspremie betaalde, geldt het verlaagde tarief (4,85% in 2026). Dit geldt dus in ieder geval voor alle Vutters en geprepensioneerden die particulier verzekerd waren in 2005 of die eerst vanaf 2006 VUT of prepensioen ontvangen. De uitkeringsinstantie hoeft voor deze groep geen werkgeversbijdrage te betalen. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt ingehouden op de uitkering en doorbetaald aan de Belastingdienst.

Dit is in onderstaand schema weergegeven:

Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en VUT/prepensioen				
In 2005			Vanaf 2006	
Situatie	Hoe verzekerd?	Wie betaalt werkgeverspremie ziekenfonds?	Percentage inkomensafhankelijke bijdrage	Wat doet het uitkeringsorgaan?
VUT/ prepensioen	Ziekenfondsverzekerd	VUT/ prepensioenorgaan	6,10% in 2026	VUT/ prepensioen orgaan vergoedt de inkomensafhankelijke bijdrage (werkgeversbijdrage)
VUT/ prepensioen	Ziekenfondsverzekerd	De verzekerde zelf	4,85% in 2026	VUT/ prepensioen orgaan vergoedt de inkomensafhankelijke bijdrage niet (geen werkgeversbijdrage)
VUT/ prepensioen	Particulier verzekerd	n.v.t.	4,85% in 2026	VUT/ prepensioen orgaan vergoedt de inkomensafhankelijke bijdrage niet (geen werkgeversbijdrage)
In 2005 geen VUT/ prepensioen	n.v.t.	n.v.t.	4,85% in 2026	VUT/ prepensioen orgaan vergoedt de inkomensafhankelijke bijdrage niet (geen werkgeversbijdrage)

7.2.2.6 De inkomensafhankelijke bijdrage voor gepensioneerden

Voor gepensioneerden golden tot in 2012 twee percentages voor de inkomensafhankelijke bijdrage. Over ontvangen AOW (Algemene Ouderdomswet) werd het reguliere tarief gerekend (7,10% in 2012). Over overige bijdrage-inkomsten gold het verlaagde tarief (5,00% in 2012, 4,85% in 2026).

Voorbeeld

Een gepensioneerde ontvangt in 2012 op jaarbasis € 12.000 aan AOW-pensioen. Deze persoon betaalt hierover 7,10% inkomensafhankelijke bijdrage. Daarnaast krijgt deze gepensioneerde een pensioen van € 10.000 per jaar. Hierover werd in 2012 5,00% inkomensafhankelijke bijdrage betaald.

De inkomensafhankelijke bijdrage werd in 2012 betaald over een maximumtotaalinkomen van € 50.064 (maximum premieloon 2012, in 2026 is dit bedrag € 79.409).

Voorbeeld 2012

Naast € 12.000 aan AOW-pensioen heeft iemand pensioeninkomsten van totaal € 42.500. Totaal inkomen per jaar is dus € 54.500. De inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zorgverzekeringswet is in 2012 7,10% over € 12.000 (AOW) en 5,00% over € 38.064 overige inkomsten (€ 50.064 (bedrag maximum inkomensafhankelijke bijdrage 2012) -/- € 12.000).

Vanaf 2013 vallen AOW-inkomsten ook onder het verlaagde tarief, net als de overige bijdrage-inkomsten.

Voorbeeld 2026

Naast € 12.000 aan AOW-pensioen heeft iemand pensioeninkomsten van totaal € 32.500. Totaal inkomen per jaar is dus € 44.500. Voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage valt het totale inkomen tot het maximum premieplichtig bedrag onder het verlaagde tarief (4,85% in 2026).

De inkomensafhankelijke bijdragen worden door de pensioen- en uitkeringsinstanties ingehouden en aan de Belastingdienst afgedragen.

7.2.2.7 Het nultarief (0%)

Mensen die alimentatie rechtstreeks van de ex-partner ontvangen, betalen over deze alimentatie geen inkomensafhankelijke bijdrage. Dit geldt alleen voor mensen die in 2005 al alimentatie ontvingen van de ex-partner. Mensen die vanaf 2006 recht hebben op alimentatie of mensen die alimentatie via de bijstand krijgen, betalen daarover wel inkomensafhankelijke bijdrage. Deze regeling gold als overgangsmaatregel voor de duur van 11 jaar en is per 2018 afgelopen.

Vanaf 2007 vallen zeevarenden²⁷⁸ ook onder het nultarief. Voor zeevarenden geldt dat de reder verantwoordelijk is voor de betaling van de ziektekosten voor de zeevarenden zodra zij aan boord van het schip zijn. In 2006 werd het verlaagde tarief bij zeevarenden in rekening gebracht. Omdat de zeevarenden wel de volledige nominale premie betalen, wordt de inkomensafhankelijke bijdrage op 0% gesteld.

7.3 Bijdragevervangende belasting gemoedsbezwaarden

Gemoedsbezwaarden worden ontheven van de verplichting tot het sluiten van een Zorgverzekering²⁷⁹. Zij betalen geen nominale premie en geen inkomensafhankelijke bijdrage, omdat zij uit principe geen verzekering afsluiten. Gemoedsbezwaarden vanaf 18 jaar krijgen te maken met een extra belastingheffing, ter hoogte van het bedrag wat zij aan inkomensafhankelijke bijdragen verschuldigd zouden zijn²⁸⁰. Gemoedsbezwaarde werknemers betalen dus in 2026: 6,10% over het inkomen (tot een maximuminkomen van € 79.409). Zelfstandigen betalen in 2026: 4,85% over het inkomen (tot een maximuminkomen van € 79.409).

Het bedrag aan extra belastingheffing in het geval van een gemoedsbezwaarde, wordt door de Belastingdienst gestort op een aparte, door het CAK beheerde, rekening²⁸¹. Als meerdere gemoedsbezwaarden een huishouden vormen, wordt er voor het huishouden één rekening geopend²⁸². De uitvoering van de regeling ligt per 1 januari 2017 bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Tot en met 2016 voerde het Zorginstituut Nederland de regeling uit.

Als de gemoedsbezwaarde of een inwonend kind (jonger dan 18 jaar) kosten voor gezondheidszorg maakt (voor zover ze binnen de Zorgverzekeringswet zouden zijn vergoed), kan de gemoedsbezwaarde deze kosten vergoed krijgen (van het CAK) vanuit deze rekening, tot maximaal het bedrag van de extra belasting²⁸³.

Als de rekening aan het einde van het jaar een positief saldo kende, werd tot 2016 de helft van het bedrag van de belastingheffing in het Zorgverzekeringsfonds gestort²⁸⁴. De rest bleef op de rekening staan. Was het positieve saldo minder dan de helft van de belastingheffing dan werd het volledige restsaldo in het Zorgverzekeringsfonds gestort.

De halvering van het restsaldo is per 1 januari 2016 vervallen, zodat het volledige positieve saldo (indien van toepassing) vanaf 2016 op de rekening blijft staan.

Voorbeeld: een gemoedsbezwaarde betaalt in 2026 een extra belastingheffing van € 2.380. De gemoedsbezwaarde claimt en krijgt vergoed een bedrag van € 932. Aan het eind van het jaar is er een bedrag van € 1.448 over. Dit saldo blijft op de rekening staan.

²⁷⁸ Artikel 5.4 lid 3 onder a Regeling zorgverzekering

²⁷⁹ Artikel 2 lid 2b Zvw

²⁸⁰ Artikel 57 lid 1 Zvw

²⁸¹ Artikel 70 lid 1 Zvw

²⁸² Artikel 70 lid 2 Zvw

²⁸³ Artikel 70 lid 4 Zvw

²⁸⁴ Artikel 39 lid 2d Zvw

Er wordt door het CAK geen rente gegeven over het saldo van de rekening.

7.4 Illegalenregeling

Als mensen zonder toestemming van de overheid in Nederland verblijven (illegalen), kunnen zij geen aanspraak maken op het Nederlandse sociale stelsel. Zij kunnen dus niet worden ingeschreven voor de Zorgverzekeringswet.

Toch zal een zorgverlener een illegaal die medisch noodzakelijke zorg nodig heeft niet aan zijn of haar lot overlaten. Gevolg is vaak dat de zorgverlener de behandeling van de illegaal niet vergoed krijgt van een zorgverzekeraar. Tot 2009 kon de eerstelijns zorgverlener, dit zijn bijvoorbeeld huisarts apothekers, verloskundigen en kraamzorginstellingen, (een deel van) het geld terugkrijgen bij de Stichting Koppeling, een aparte stichting die daarvoor in het leven was geroepen. Voor ziekenhuizen, revalidatiecentra en ambulancediensten gold dat in het budget van deze instellingen een aparte post is opgenomen, de voorziening dubieuze debiteuren. Deze beide regelingen zijn per 2009 komen te vervallen.

Per 1 januari 2009 is een nieuwe regeling gemaakt voor het betalen van verleende zorg aan illegalen, voor zover die illegaal zelf de nota niet kan betalen. De nieuwe regeling is onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze regeling geldt voor alle zorg die onder het pakket van de Zorgverzekeringswet of van de Wet langdurige zorg (Wlz) valt.

Het gaat in deze regeling om medisch noodzakelijke zorg die geleverd wordt aan mensen die zonder verblijfsvergunning in Nederland verblijven en dus geen recht hebben op het Nederlandse sociale stelsel. Daarnaast geldt de regeling ook voor een groep mensen die wél legaal in Nederland verblijven, maar die geen recht hebben op de Wlz en dus ook niet op de Zorgverzekeringswet. Het gaat om mensen die:

- een aanvraag hebben lopen voor een tijdelijke verblijfsvergunning en die, op basis van een gerechtelijke uitspraak, niet uitgezet mogen worden totdat is beslist over de aanvraag;
- in bezwaar of beroep zijn tegen een beslissing voor een tijdelijke verblijfsvergunning en die, op basis van een gerechtelijke uitspraak, niet uitgezet mogen worden totdat is beslist over het bezwaar of beroep.

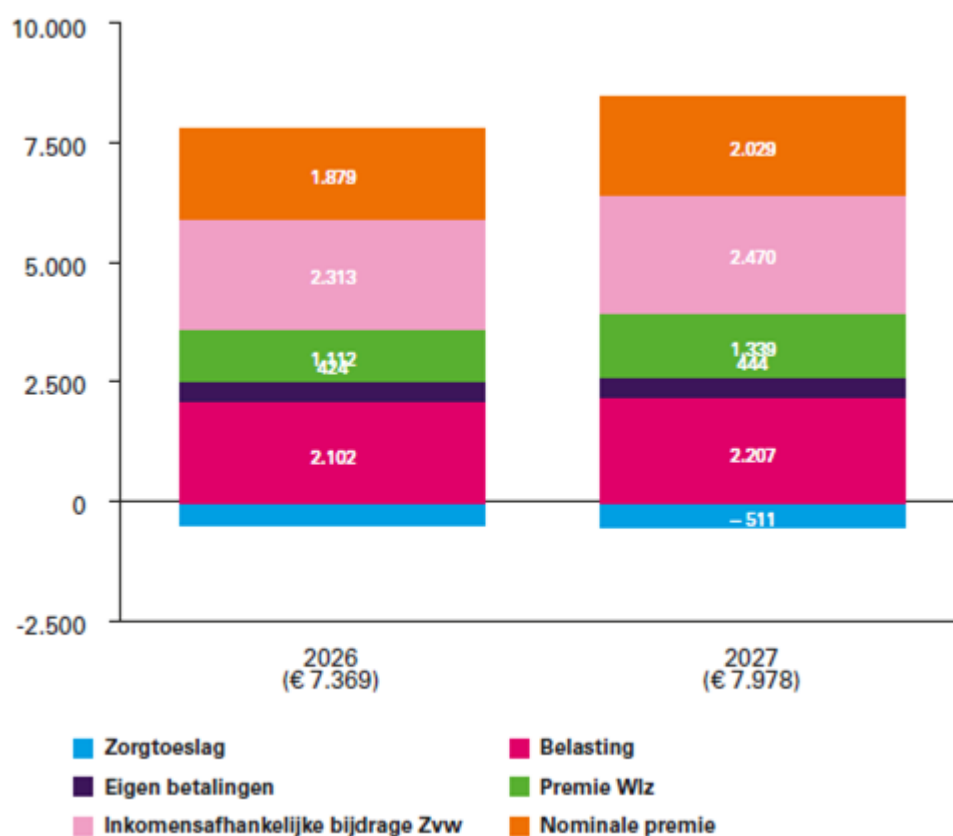
Het begrip “medisch noodzakelijke zorg” kan natuurlijk tot discussies leiden. Daarom is bepaald dat de zorgaanbieder bepaald of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. De zorgverlener moet bij de overweging de verwachte duur van het verblijf in Nederland meenemen.

Verder is bepaald dat de kosten van de geleverde zorg niet op een andere manier moeten kunnen worden verhaald, bijvoorbeeld als de vreemdeling in kwestie een zorgverzekering heeft of er aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten vanuit een andere wettelijke regeling.

Als aan al de voorwaarden is voldaan kan de zorgverlener de kosten voor de geleverde zorg indienen bij het CAK.

7.5 Kosten gezondheidszorg per Nederlander

In de Rijksbegroting die op Prinsjesdag wordt gepubliceerd, wordt ook een overzicht van de lasten per volwassene aan zorg weergegeven. Dit overzicht is hieronder opgenomen. Per 2027 nemen de lasten per volwassene met ruim 8% toe, is de verwachting van VWS (van € 7.369 in 2026 naar € 7.978 in 2027). VWS heeft de definitie van deze figuur dit jaar gewijzigd. In dit overzicht tellen ondermeer de middelen voor Wmo beschermd wonen vanaf deze begroting niet meer mee, waardoor de lasten per verzekerde circa € 125 lager uitkomen dan in de vorige begroting.



8 De Regeling betalingsachterstand zorgpremie

8.1. Regeling betalingsachterstand zorgpremie

Mensen met een betalingsachterstand vormen een probleem bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Verzekeraars hebben het recht om mensen met een betalingsachterstand te royeren. Gedurende vijf jaar na roymentsdatum, hoeft de verzekeraar waar de wanbetaler is uitgeschreven vanwege wanbetaling, de wanbetaler niet te accepteren. Voor een andere verzekeraar geldt de acceptatieplicht wel.

Hierdoor zou een “wanbetalerscarrousel” kunnen ontstaan. Geroyeerde wanbetalers gaan van verzekeraar naar verzekeraar totdat ze zich na vijf jaar weer kunnen aanmelden bij de eerste verzekeraar. Om dit onwenselijke effect te voorkomen, zoeken zowel zorgverzekeraars als de overheid vanaf de introductie van de Zorgverzekeringswet een oplossing voor het probleem. Dit heeft geleid tot een wetswijziging per 1 september 2009.

Belangrijk onderdeel van de wetswijziging is dat de wanbetaler na verloop van tijd onder het bestuursrechtelijke premieregime komt te vallen. Onder het bestuursrechtelijk premieregime is de verzekeringnemer een bestuursrechtelijke premie verschuldigd aan het CAK. De uitvoering van de regeling ligt per 1 januari 2017 bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Tot en met 2016 voerde het Zorginstituut Nederland de regeling uit.

Over de periode dat een verzekeringnemer onder het bestuursrechtelijke premieregime valt, is er geen privaatrechtelijke nominale premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd. De verzekeringnemer blijft wel privaatrechtelijk premieplichtig aan de zorgverzekeraar voor de premieachterstand van vóór het bestuursrechtelijke premieregime. Gedurende de periode dat de verzekeringnemer onder het bestuursrechtelijke premieregime valt is de verzekeringnemer bestuursrechtelijke premie verschuldigd aan het CAK.

Zorgverzekeraars kunnen er zelf voor kiezen om deel te nemen aan de Regeling betalingsachterstand zorgpremie. Alle verzekeraars hebben zich momenteel geconformeerd.

Een verzekeringnemer kan de zorgverzekering niet kan opzeggen als er sprake is van premieachterstand waarvoor de verzekeraar een aanmaning heeft verstuurd ²⁸⁵. Hierbij geldt dat:

1. Niet alleen als de verzekeringnemer een bedrag aan achterstallige premie en incassokosten heeft openstaan kan verzekeringnemer niet opzeggen, maar ook als de verschuldigde rente (als gevolg van premieachterstand) niet is betaald.
2. De verzekeringnemer wel kan opzeggen als de verzekeraar de verzekering heeft geschorst (wel premiebetaling verschuldigd, niet met terugwerkende kracht dekking) óf als de verzekeraar de verzekering heeft opgeschort (premiebetaling blijft verschuldigd, bij betaling met terugwerkende kracht dekking).
3. Opzegging van de verzekering is wel mogelijk als de verzekeraar akkoord gaat met de opzegging door de verzekeringnemer met premieachterstand.

Een verzekeraar moet aan een aantal verplichtingen voldoen om een verzekeringnemer met succes onder het bestuursrechtelijke premieregime te brengen ²⁸⁶. De verplichtingen worden in het vervolg beschreven.

²⁸⁵ Artikel 8a lid 1 Zvw

²⁸⁶ Artikel 18a t/m 18d Zvw

8.1.1 Tweedemaandsmelding ²⁸⁷

Een verzekeraar moet binnen tien werkdagen nadat de er een premieachterstand van tenminste twee maandpremies is geconstateerd, de verzekeringnemer een betalingsregeling aanbieden.

De termijn van tien werkdagen is een harde termijn. Wordt die termijn overschreden dan verspeelt de verzekeraar de kans de wanbetaler onder te brengen bij het bestuursrechtelijke regieregim. De verzekeraar heeft dus niet de mogelijkheid om afwijkende afspraken te maken met verzekeringnemer met betrekking tot deze termijn. Dus ook al heeft verzekeringnemer telefonisch toegezegd dat de betaling onderweg is, dan nog moet de tweedemaandsmelding worden gedaan.

Volgens het Protocol Wanbetalers van ZN ²⁸⁸ moet de verzekeraar, voordat de tweedemaandsmelding wordt verstuurd, tenminste twee aanmaningen/ betalingsherinneringen hebben gestuurd aan verzekeringnemer. De eerste factuur wordt niet als aanmaning/ betalingsherinnering gezien.

De geconstateerde premieachterstand moet de hoogte hebben ter hoogte van twee maandpremies. Dit houdt in dat de termijn waarover de premie (gedeeltelijk) niet betaald is, langer kan zijn dan twee maanden.

Voorbeeld:

Een verzekeringnemer heeft alleen zichzelf verzekerd. De maandpremie is € 100.

Maand 1: de verzekeringnemer voldoet € 60, totale premieschuld is € 40.

Maand 2: de verzekeringnemer voldoet € 50, totale premieschuld is nu € 90.

De verzekeraar mag nog geen tweedemaandsmelding doen, omdat de premieschuld nog geen twee maanden bedraagt (dan zou de premieschuld namelijk € 200 moeten zijn).

Als de verzekeringnemer voor meerdere betalende verzekerden een zorgverzekering heeft afgesloten, wordt uitgegaan van het totaal van de te betalen maandpremie.

Voorbeeld:

Een verzekeringnemer heeft naast zichzelf ook een andere betalende verzekerde verzekerd. De maandpremie is € 200.

Maand 1: de verzekeringnemer voldoet € 100, totale premieschuld is € 100.

Maand 2: de verzekeringnemer voldoet € 100, totale premieschuld is nu € 200.

De verzekeraar mag nog geen tweedemaandsmelding doen, omdat de premieschuld nog geen twee maanden bedraagt (dan zou de premieschuld namelijk € 400 moeten zijn, uitgaande van de totale maandpremie van € 200).

Als de verzekeraar een premieachterstand van twee maanden constateert, moet een betalingsregeling aan de verzekeringnemer worden aangeboden. Deze betalingsregeling moet een aantal elementen bevatten ²⁸⁹:

Zekerheid toekomstige premiebetaling

De verzekeringnemer moet zorgen dat de verzekeraar meer zekerheid krijgt voor de betaling van toekomstige premies. Hiervoor moet de verzekeringnemer:

1. een machtiging voor automatische incasso afgeven, óf
2. Een betalingsopdracht aan een derde geven die namens verzekeringnemer betaalt. Hierbij is te denken aan werkgever of uitkeringsinstelling.

Het gaat hierbij expliciet over toekomstige premietermijnen (nieuw vervallen premietermijnen). De openstaande premies kunnen dus niet zonder meer met de machtiging of betalingsopdracht worden geïncasseerd.

²⁸⁷ Artikel 18a Zvw

²⁸⁸ Protocol Incassotraject Wanbetalers Zorgverzekeringswet (ZN, 16 maart 2011)

²⁸⁹ Artikel 18a lid 2 Zvw

Afwikkeling bestaande schulden

De betalingsregeling moet ook afspraken bevatten over hoe de reeds bestaande premieschuld wordt voldaan. Naast de twee openstaande maandpremies, kunnen deze afspraken ook gaan over andere schulden die uit de zorgverzekering voortkomen. Voorbeelden zijn de terugvordering van een door de verzekeraar voorgeschooten eigen risico, een eigen bijdrage of renteverplichtingen en incassokosten.

De wet laat de verzekeraar vrij in de invulling van de betalingsregeling. Hoe de betalingsregeling vorm wordt gegeven is uiteraard afhankelijk van de omstandigheden.

Toezegging verzekeraar met betrekking tot het in dekking houden van de verzekering

Zolang de betalingsregeling loopt en verzekeringnemer zich ook aan de betalingsregeling houdt, zal de verzekeraar de dekking niet opschorten of schorsen, of de verzekering als gevolg van wanbetaling royeren.

Deze toezegging van de verzekeraar maakt deel uit van de betalingsregeling.

De verzekering kan wel door de zorgverzekeraar worden beëindigd als gevolg van het vervallen van verzekeringsrecht of het aantoonbaar bewust frauderen van de verzekeringnemer.

Tegelijkertijd kan de verzekeringnemer, zolang de premieachterstand bestaat, de zorgverzekering in principe niet beëindigen. Om te voorkomen dat de verzekeringnemer toch probeert te switchen, wordt de naam van de verzekeringnemer opgenomen in een register van verzekerden met betalingsachterstand. De opname in het register wordt doorgehaald nadat alle schulden aan de verzekeraar zijn voldaan. Als een verzekeringnemer zich bij een andere verzekeraar aanmeldt zal die zorgverzekeraar de verzekeringnemer kunnen weigeren, omdat de verzekeringnemer de oude zorgverzekering niet kan opzeggen ²⁹⁰.

Een verzekeringnemer kan, naast zichzelf, nog andere verzekerden hebben verzekerd. Als het gaat om verzekerden voor wie premie verschuldigd is, moet de verzekeraar aanbieden om de zorgverzekering van de verzekerde te beëindigen of de verzekerde zelf verzekeringnemer te laten worden. Op deze manier loopt de premieschuld van de oorspronkelijke verzekeringnemer niet dubbel op. De mogelijkheid dat een handelingsbekwame verzekerde (niet zijnde verzekeringnemer) elders een verzekering kan sluiten is overigens al in de Zorgverzekeringswet opgenomen ²⁹¹.

De verzekeraar verklaart zich, als onderdeel van de betalingsregeling, akkoord met het beëindigen van de zorgverzekering van een verzekerde die door de verzekeringnemer is verzekerd. Aan die akkoordverklaring zit wel de voorwaarde dat gegarandeerd is dat de verzekerde zelf elders of bij dezelfde verzekeraar een zorgverzekering heeft afgesloten. De ingangsdatum van deze nieuwe verzekering is de dag waarop de betalingsregeling ingaat.

Wordt de verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten dan geldt dat de verzekerde een machtiging voor automatische incasso of een betalingsopdracht aan een derde moet afgeven voor premiebetaling.

De verzekeringnemer heeft vier weken de tijd om de *volledige* betalingsregeling te aanvaarden. Dit moet de verzekeraar duidelijk vermelden in de aanbiedingsbrief. Is de verzekeringnemer het niet eens met één van de onderdelen van de betalingsregeling, dan gaat de gehele betalingsregeling niet door.

Laat de verzekeringnemer binnen de termijn van vier weken niets van zich horen als reactie op de betalingsregeling, dan wordt de verzekeringnemer geacht de betalingsregeling af te wijzen.

De verzekeraar moet aangeven dat, als de betalingsregeling niet in zijn geheel wordt aanvaard, de verzekeringnemer onder het bestuursrechtelijke incassoregiem wordt gebracht bij een premieschuld van zes maanden. Daarnaast moet verzekeringnemer gewezen worden op de mogelijkheid om schuldhelpverlening in te roepen. Het verstrekken van informatie m.b.t. schuldhelpverlening is toegevoegd in de Tweede Kamer ²⁹².

Als verzekeringnemer voor een andere betalende verzekerde een zorgverzekering heeft afgesloten, wordt aan verzekeringnemer aangeboden de verzekerde zelf verzekeringnemer te maken, om te voorkomen dat de schuld van de eerste verzekeringnemer oploopt. De verzekerde ontvangt van de verzekeraar kopieën van alle stukken die in het kader van de aangeboden betalingsregeling aan verzekeringnemer worden gestuurd. Uit

²⁹⁰ Artikel 8a Zvw

²⁹¹ Artikel 7 lid 2 Zvw

²⁹² Amendement Smilde, kamerstukken 31 736 8 (28 januari 2009)

deze stukken blijkt dat verzekeringnemer premieachterstand heeft en dat de verzekeringnemer ervoor kan kiezen de verzekerde zelfstandig verzekeringnemer te laten worden.

De verzekeringnemer kan niet akkoord gaan met omzetting van de verzekering van een verzekerde zodat de verzekerde zelfstandig verzekeringnemer wordt, zonder dat verzekeringnemer akkoord gaat met het restant van de betalingsregeling. Het verzelfstandigen van een verzekerde is onderdeel van de betalingsregeling en is dus ook een onderdeel waar de verzekeringnemer mee akkoord moet gaan.

De verzekerde kan er overigens, ook al gaat een verzekeringnemer akkoord met de mogelijkheid dat de verzekerde zelf eigen verzekeringnemer wordt, voor kiezen om gewoon verzekerde te blijven. De verzekeraar verklaart zich bereid de verzekering van de verzekerde te beëindigen, maar de verzekerde moet zelf de actie ondernemen. De verzekeringnemer heeft, naast de al bestaande wettelijke opzegmogelijkheden, geen extra mogelijkheid om de verzekerde uit te laten schrijven.

Als de verzekeringnemer de betalingsregeling afwijst, kan een betalende verzekerde alsnog voor zichzelf een zorgverzekering afsluiten ²⁹³. De verzekeringnemer kan de verzekering van de verzekerde dan, onder overlegging van een verzekeringsbewijs, alsnog laten beëindigen.

8.1.2 Vierdemaandsmelding ²⁹⁴

Als vier maandpremies achterstand in de premiebetaling wordt geconstateerd, moet een verzekeraar weer in actie komen. Er wordt hierbij, in tegenstelling tot de tweedemaandsmelding, geen termijn opgelegd waarbinnen de verzekeraar actie moet ondernemen. Het in actie komen van de verzekeraar moet “zo spoedig mogelijk” plaatsvinden. Dit betekent niet dat de verzekeraar het doen van de vierdemaandsmelding onbeperkt kan uitstellen.

Het moet gaan om totaal vier maandpremies, waarbij eventuele incassokosten of opgelegde rente niet wordt meegerekend.

In de vierdemaandsmelding moet de verzekeraar aan verzekeringnemer het voornemen kenbaar maken dat de premie-incasso, bij een premieachterstand van zes maanden, wordt overgedragen aan het CAK voor bestuursrechtelijke premie-incasso.

Verder moet de verzekeraar vermelden dat, als verzekeringnemer het niet eens is met het bestaan van de openstaande vordering of de hoogte daarvan, verzekeringnemer dat binnen vier weken na ontvangst van de vierdemaandsmelding moet laten weten aan de verzekeraar. Reageert de verzekeringnemer niet binnen vier weken dan wordt de verzekeringnemer geacht in te stemmen met het bestaan van de schuld en/of de hoogte daarvan.

Overigens geldt deze procedure ook als de verzekeringnemer naar aanleiding van de tweedemaandsmelding bezwaar maakt tegen de (hoogte van de) openstaande premie.

Als de verzekeringnemer het bestaan van de schuld en/of de hoogte daarvan betwist, moet de zorgverzekeraar nagaan of een en ander klopt. Komt de verzekeraar tot de conclusie dat het bestaan van de premieschuld en de hoogte daarvan correct zijn, dan moet de verzekeraar aangeven dat het standpunt wordt gehandhaafd. Dit moet aan de verzekeringnemer worden meegedeeld en ook aan eventuele verzekerden.

De verzekeraar moet aangeven dat het voornemen om de verzekeringnemer onder te brengen in het bestuursrechtelijke regieregim nog steeds van kracht is. Verzekeringnemer en/of verzekerde kunnen dit voorkomen door binnen vier weken het geschil voor te leggen aan een onafhankelijke geschilleninstantie, zoals de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), of door naar de rechter te stappen. De verzekeraar kan de verzekeringnemer pas aanmelden voor het bestuursrechtelijk regieregim als de verzekeringnemer in beroep- en bezwaarmogelijkheden onherroepelijk in het ongelijk is gesteld.

²⁹³ Artikel 7 lid 2 Zvw

²⁹⁴ Artikel 18b Zvw

Als een betalingsregeling wordt afgesproken nadat er premieachterstand ter hoogte van vier maanden is ontstaan, mag de verzekeraar geen melding doen dat de verzekeringnemer onder het bestuursrechtelijke premieregime wordt gebracht. Door het afsluiten van een betalingsregeling geeft verzekeringnemer aan actief aan de premieachterstand te willen werken. Daar past de dreiging van het bestuursrechtelijke premieregime niet bij.

Als de verzekeringnemer de premieschuld niet betaalt en nieuwe premietermijnen ook niet betaalt, zal de verzekeraar alsnog de melding van overdracht naar het bestuursrechtelijke premieregime doen.

8.1.3 Zesdemaandsmelding ²⁹⁵

Heeft een verzekeringnemer zes of meer maandpremies openstaan dan kan de zorgverzekeraar die verzekeringnemer onder het bestuursrechtelijke incassoregime brengen. Bij het bepalen of er zes maanden premie openstaat, moet worden gekeken naar alle zorgverzekeringen die de verzekeringnemer heeft afgesloten. In de memorie van toelichting staat:

“De groeiachterstand kan ontstaan in zes maanden, indien de verzekeringnemer in het geheel geen premie betaalt, of over een periode van meer dan zes maanden, indien hij althans nog zijn premie gedeeltelijk betaalt. (...)

Is eerder niet ingegaan op het aanbod, bedoeld in artikel 18a, derde lid, dan zal de verzekeraar de totale premieachterstand delen door het aantal door de verzekeringnemer gesloten zorgverzekeringen waarvoor premieplicht bestaat. De verzekeringen zullen dan gemeld worden zodra een achterstand van zes maanden per verzekering bestaat.”

Als een verzekeringnemer meerdere premiebetalende verzekerden heeft verzekerd, kan het dus best lang duren voordat er zes maandpremies openstaan.

Voorbeeld:

Een verzekeringnemer heeft naast zichzelf ook negen andere betalende verzekerden verzekerd. De maandpremie is € 100 per verzekerde. Totale maandpremie is dus € 1.000 voor deze verzekeringnemer. De verzekeringnemer besluit voor één van de verzekerden de premie niet meer te voldoen:

Maand 1: de verzekeringnemer voldoet € 900, totale premieschuld is € 100.

Maand 2: de verzekeringnemer voldoet € 900, totale premieschuld is nu € 200

(...)

Maand 10: de verzekeringnemer voldoet € 900, totale premieschuld is nu € 1.000 (dus nog maar één maandpremie)

(...)

Maand 20: de verzekeringnemer voldoet € 900, totale premieschuld is nu € 2.000 (dus twee maandpremies)

(...)

Maand 60: de verzekeringnemer voldoet € 900, totale premieschuld is nu € 6.000 (dus zes maandpremies)

In dit (theoretische) voorbeeld kan de verzekeraar dus eerst na 60 maanden de betreffende verzekeringnemer onder het bestuursrechtelijke premieregime brengen.

De verzekeraar moet, bij het overdragen van de verzekeringnemer naar het CAK voor het bestuursrechtelijke premieregime, het CAK voorzien van de nodige persoonsgegevens. Het CAK heeft deze gegevens nodig om de bestuursrechtelijke premie op te leggen en om de verzekeraar de compensatiebijdrage te verstrekken.

²⁹⁵ Artikel 18c Zvw

Het gaat om de volgende gegevens ²⁹⁶:

- BSN verzekeringnemer;
- NAW-gegevens verzekeringnemer;
- Geboortedatum verzekeringnemer;
- Telefoonnummer verzekeringnemer;
- Achterstallige perioden van premiebetaling.

Een wanbetaler kan alleen door een zorgverzekeraar bij het CAK worden aangemeld met een adres dat overeenkomt met het adres in de Basisregistratie Personen (BRP, vroeger het GBA).

De te verstrekken persoonsgegevens zijn geen bijzondere persoonsgegevens. Bijzondere persoonsgegevens zijn gegevens die te maken hebben met gezondheid, ras, godsdienst etc. ²⁹⁷ Voor het verstrekken van bijzondere persoonsgegevens is specifieke toestemming van de betreffende persoon nodig. De gegevens die aan het CAK moeten worden verstrekt vallen niet onder bijzondere persoonsgegevens. De gegevensverstrekking aan het CAK kan worden gezien als gebruik van de persoonsgegevens voor het doel waarvoor zij verstrekt zijn ²⁹⁸, namelijk het uitvoeren van een zorgverzekering.

Bij de verstrekking en uitwisseling van gegevens wordt het Burgerservicenummer (BSN) gebruikt.

Een kopie van de melding aan het CAK wordt verstrekt aan de verzekeringnemer en ook aan eventuele verzekerden. Op deze manier zijn alle betrokken op de hoogte van het onder het bestuursrechtelijke premieregime brengen van de betreffende zorgverzekering(en).

De zorgverzekeraar mag de verzekeringnemer niet aanmelden bij het CAK voor het bestuursrechtelijke premieregime als:

1. De verzekeringnemer de (hoogte van de) openstaande premie betwist en de verzekeraar haar definitieve standpunt nog niet bekend gemaakt heeft aan verzekeringnemer en eventuele verzekerden;
2. De verzekeraar haar standpunt op de betwisting wel bekend heeft gemaakt, maar de termijn van vier weken waarbinnen verzekeringnemer of verzekerde elders bezwaar kunnen maken nog niet afgelopen is;
3. De verzekeringnemer de betwisting van de (hoogte van de) openstaande premie bij een geschillencommissie of de rechter heeft neergelegd en er nog niet onherroepelijk is beslist;
4. De verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een wettelijk erkende schuldhulpverlener en een overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft afgesloten en kan overleggen. Overigens is schuldbemiddeling verboden voor zover de schuldbemiddelaar niet in de Wet op het consumentenkrediet wordt genoemd ²⁹⁹.

Zolang iemand zich aan de verplichtingen van een schuldsaneringstraject houdt of zolang de termijnen die staan voor beroep en bezwaar bij betwisting van de (hoogte van de) openstaande schuld niet afgelopen zijn, kan er dus geen melding plaatsvinden bij het CAK. Vooral in het geval van beroep en bezwaar bestaat het risico dat de schuld flink op zal lopen. Een eventuele rechtsgang kan veel tijd kosten. Voor deze methode is echter gekozen met het oog op de rechtsbescherming van de verzekeringnemer.

Als blijkt dat de verzekeringnemer ten onrechte bezwaar en beroep heeft ingediend tegen de (hoogte van de) premieschuld, krijgt de verzekeraar met terugwerkende kracht de compensatiebijdrage ontvangen van het CAK. Dit staat in de memorie van toelichting ³⁰⁰:

²⁹⁶ Protocol Incassotraject Wanbetalers Zorgverzekeringswet (ZN, 18 november 2008)

²⁹⁷ Artikel 16 Wet bescherming persoonsgegevens

²⁹⁸ Artikel 11 lid 1 Wet bescherming persoonsgegevens

²⁹⁹ Artikel 47 lid 1 jo. artikel 48 Wet op het consumentenkrediet

³⁰⁰ Memorie van toelichting, artikelsgewijs op artikel 18c (17-10-2008)

“Om te voorkomen dat de zorgverzekeraars onevenredig nadeel ondervinden van het feit dat het bestuursrechtelijk regiem voor die wanbetalers, die tijdig maar naar later blijkt ten onrechte tegen een voorgenomen melding opkomen, later ingaat dan de maand volgende op de maand waarin een premieachterstand van zes maanden is bereikt, zullen de zorgverzekeraars met terugwerkende kracht (tot en met de datum waarop de premie-achterstand zes maanden bedroeg) een bijdrage krijgen indien het niet aan hen te wijten is dat de mededeling aan het Zorginstituut Nederland uiteindelijk later dan die datum is verricht. Immers, de wanbetaler is gedurende de looptijd van de procedure weliswaar nominale premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd gebleven, maar zal deze, gezien het feit dat het naar later blijkt inderdaad om een wanbetaler gaat, vaak niet hebben betaald.”

De verzekeraar moet bij het aanmelden van een verzekeringnemer bij het CAK, een verklaring afgeven dat de verzekeraar aan alle vereisten van de vierdemaandsmelding is voldaan. Daarnaast moet verklaard worden dat er geen sprake is van openstaand bezwaar of beroep van de verzekeringnemer tegen de (hoogte van de) openstaande premie. Zonder deze verklaring neemt het CAK de aanmelding voor het bestuursrechtelijke premieregim niet in behandeling.

Dit betekent niet dat een verzekeraar niet hoeft te voldoen aan de verplichtingen rond de tweedemaandsmelding. Een zorgverzekeraar krijgt pas een compensatiebijdrage van het CAK als ook is voldaan aan alle eisen rond de tweedemaandsmelding ³⁰¹.

8.2.1 Bestuursrechtelijk incassoregim ³⁰²

Het bestuursrechtelijke incassoregim gaat in per de eerste van de kalendermaand nadat de zorgverzekeraar de melding tot overdracht van de premie-incasso aan het CAK heeft gedaan.

Het CAK zal een systeem van marginale toetsing moeten ontwikkelen om de aanmeldingen te toetsen ³⁰³.

Een verzekeringnemer die geen bezwaar heeft ingediend tegen de (hoogte van de) openstaande premie kan niet alsnog bij het CAK bezwaar indienen. De bezwaarmogelijkheid eindigt als verzekeringnemer geen gebruik maakt van de eerdere bezwaarmogelijkheden of de mogelijkheden tot indienen van bezwaar en beroep zijn opgebruikt.

Schematisch ziet het tijdspad tot de overdracht van de premie-incasso aan het CAK er als volgt uit, uitgaande van vooruitbetaling van de premie:

1. Maand 0 – de verzekeraar legt de premie voor maand 1 op.
2. Maand 1 – de verzekeraar legt de premie voor maand 2 op.
3. Maand 2 – de verzekeraar constateert een premieachterstand van twee maanden. Binnen tien werkdagen doet de verzekeraar de tweedemaandsmelding
4. Maand 4 – er wordt een premieachterstand van vier maanden geconstateerd. De verzekeraar stuurt de vierdemaandsmelding
5. Maand 6 – er wordt een premieachterstand van zes maanden geconstateerd. De verzekeraar meldt dit aan het CAK met het verzoek de incasso over te nemen.
6. Maand 7 – ingangsdatum opleggen bestuursrechtelijke premie door CAK.

Dit tijdspad wordt uiteraard anders als een verzekeringnemer of verzekerde de (hoogte van de) openstaande premie bestrijdt.

Op grond van de Zorgverzekeringswet wordt de bestuursrechtelijke premie vastgesteld op 110% tot 130% van de gemiddelde zorgpremie. Het exacte bedrag wordt jaarlijks vastgelegd in de Regeling Zorgverzekering. Momenteel bedraagt de opslag 10%. De bestuursrechtelijke premie per maand voor mensen met een betalingsachterstand is in 2026 vastgesteld op € 172,70 ³⁰⁴.

³⁰¹ Artikel 34a lid 2 Zvw in het gewijzigd voorstel van wet, kamerstukken 31 736 A (3 februari 2009)

³⁰² Artikel 18d Zvw

³⁰³ Memorie van toelichting, artikelsgewijs op artikel 18d Zvw (17-10-2008)

³⁰⁴ Artikel 6.5.2 lid 2 Regeling Zorgverzekering

Tegen de hoogte van de bestuursrechtelijke premie kan verzekeringnemer geen beroep of bezwaar indienen. De hoogte van de bestuursrechtelijke premie is wettelijk vastgelegd. Het CAK heeft in de hoogte van de bestuursrechtelijke premie geen beleidsvrijheid.

De verzekeringnemer kan op drie manieren onder het bestuursrechtelijke premierégiem uitkomen. Het bestuursrechtelijke premierégiem eindigt als:

- verzekeringnemer de volledige openstaande schuld met betrekking tot de zorgverzekering (dus premie inclusief bijkomende kosten (rente, incassokosten) en eventuele eigen bijdragen) aan de zorgverzekeraar heeft betaald of de schulden zijn kwijtgescholden ³⁰⁵;
- verzekeringnemer onder een schuldsaneringsregeling komt te vallen, uitgesproken door een rechter;
- verzekeringnemer een minnelijke schuldsaneringsregeling aangaat door bemiddeling van een wettelijk erkende schuldhulpverlener. De verzekeraar moet in deze minnelijke schuldsaneringsregeling partij zijn.

Verzekeraars zijn verplicht om, als één van deze situaties zich voordoet, dit direct aan het CAK te melden. Verzekeringnemer en eventuele verzekerden ontvangen van deze melding een afschrift.

Het bestuursrechtelijke premierégiem eindigt op de eerste dag van de maand volgend op het doen van de melding door de verzekeraar ³⁰⁶.

Dit houdt dus in dat, na een melding van een verzekeraar, het CAK per de eerste van de daaropvolgende maand geen bestuursrechtelijke premie meer oplegt:

- Maand 7 - ingangsdatum opleggen bestuursrechtelijke premie door CAK.
- Maand 10 (fictief genomen): verzekeraar doet een melding dat het CAK het bestuursrechtelijke premierégiem kan beëindigen.
- Maand 11 – Het CAK stopt met opleggen bestuursrechtelijke premie, de verzekeraar wordt zelf verantwoordelijk voor het opleggen en innen van de premie.

Het incassorisico over de maanden van het bestuursrechtelijke incassoregiem blijft bij het CAK. In het voorgenomde voorbeeld blijft de bestuursrechtelijke premie gedurende de maanden 7 t/m 10 bij het CAK verschuldigd.

Als een verzekeringnemer vindt dat de verzekeraar te laat is met het afmelden bij het CAK, moet de verzekeringnemer bezwaar indienen bij de zorgverzekeraar. Daarna staat eventueel bezwaar en beroep open bij een onafhankelijke geschillenbeoordelaar (SKGZ) of een bij de rechter. Wordt de verzekeringnemer in het gelijk gesteld dan zal het CAK de ten onrechte geïnde bestuursrechtelijke premie terugstorten. De verzekeraar moet de compensatiebijdrage aan het CAK terugbetalen en zelf alsnog nominale premie bij de verzekeringnemer in rekening brengen.

Als er geen sprake meer is van een schuld ten aanzien van de zorgverzekeraar zal de verzekeringnemer worden verwijderd uit het register van personen met premieachterstand.

In een aantal gevallen zal de verzekeraar aan het CAK schriftelijk verzoeken om het bestuursrechtelijke incassoregiem te laten herleven. Dit is het geval als:

1. De schuldsaneringsregeling door de rechter wordt beëindigd, anders dan omdat de vorderingen zijn afgelost of omdat de verzekeringnemer in staat wordt geacht om de schulden zelf af te gaan lossen. Het gaat hier dus om de gevallen dat niet (meer) voldaan kan worden aan de afspraken van de schuldsaneringsregeling ³⁰⁷;

³⁰⁵ Memorie van toelichting, artikelsgewijs op artikel 18d Zvw (17-10-2008)

³⁰⁶ Artikel 18d lid 1 Zvw in het gewijzigd voorstel van wet, kamerstukken 31 736 A (3 februari 2009)

³⁰⁷ Artikel 350 lid 3 Faillissementswet

2. verzekeringnemer zich niet houdt aan de afspraken van de minnelijke schuldsaneringsregeling. De verzekeraar moet in dit geval een handtekening van de schuldhulpverlener overleggen waarmee wordt verklaard dat de verzekeringnemer de verplichtingen niet is nagekomen.

Het bestuursrechtelijke premieregime van het CAK gaat dan weer in per de eerste van de volgende kalendermaand. Schematisch verloopt dat als volgt:

- Maand 11 – Het CAK stopt met het opleggen van de bestuursrechtelijke premie, de verzekeraar wordt zelf verantwoordelijk voor het opleggen en innen van de premie.
- Maand 13 – De verzekeringnemer houdt zich niet aan de afspraken van de schuldregeling of de schuldsaneringsregeling wordt voortijdig beëindigd. De verzekeraar meldt de verzekeringnemer weer aan bij het CAK voor het bestuursrechtelijke premieregime.
- Maand 14 - ingangsdatum opnieuw opleggen van de bestuursrechtelijke premie door CAK.

Het CAK heeft verschillende mogelijkheden om de bestuursrechtelijke premie te incasseren. Zo kan het CAK gebruik maken van broninhouding (loonbeslag, beslag op een uitkering of op een aanvullingspensioen), rechtstreeks ontvangen van de Zorgtoeslag van de dienst Toeslagen (Belastingdienst) of de premie via een dwangbevel invorderen.

8.2.2 Compensatiebijdrage verzekeraars ³⁰⁸

Als een verzekeringnemer aan het CAK wordt overgedragen voor het bestuursrechtelijke incassoregime, heeft de verzekeraar geen nieuw incassorisico meer. Maar de verzekeraar loopt nog wel schaderisico, omdat een voorwaarde voor de overdracht naar het bestuursrechtelijk incassoregime is, dat de verzekeraar de dekking van de verzekering(en) van de betreffende verzekeringnemer niet opschort of schorst. Hiervoor ontvangt de verzekeraar een bijdrage van het CAK.

De uitvoering van de regeling ligt vanaf 1 januari 2017 bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Tot en met 2016 voerde het Zorginstituut Nederland de regeling uit.

Er zijn wel voorwaarden verbonden aan het ontvangen van de compensatiebijdrage:

1. De verzekeraar moet zich hebben gehouden aan alle verplichtingen in het incassotraject, voorafgaande aan de ingang van het bestuursrechtelijke incassoregime;
2. De verzekeraar moet voldoende inspanningen hebben geleverd om tot premie-inning te komen. Het gaat in ieder geval om (gelijkwaardige) verplichtingen, zoals afgesproken in het incassoprotocol wanbetalers;
3. De verzekeraar moet, als daarvan sprake is, de verzekeringnemer tijdig afmelden van het bestuursrechtelijke incassoregime. Verder moet de verzekeraar de verzekeringnemer medewerking verlenen bij initiatieven om de schuld af te lossen.

De mogelijkheid om te beoordelen of de verzekeraar aan deze voorwaarden heeft voldaan ligt niet bij het CAK, maar bij de NZa. Als de NZa vindt dat een verzekeraar zich niet aan de voorwaarden houdt, zal de NZa het CAK hiervan op de hoogte stellen. Het CAK kan dan besluiten de compensatiebijdrage niet uit te keren.

De details met betrekking tot de hoogte en uitbetaling van de compensatiebijdrage worden in de “Beleidsregels verstrekking bijdrage aan zorgverzekeraars voor het verzekerd houden van wanbetalers van de nominale premie Zorgverzekeringswet” vastgelegd. De hoogte van de compensatiebijdrage is gelijk aan de naar een maandbedrag herleidde standaardpremie voor de Zorgtoeslag ³⁰⁹. Voor 2026 is de standaardpremie € 2.119 ³¹⁰. Voor 2027 wordt de standaardpremie door VWS ingeschat op € 2.277.

³⁰⁸ Artikel 34a Zvw in het gewijzigd voorstel van wet, kamerstukken 31 736 A (3 februari 2009)

³⁰⁹ Regeling Zorgverzekering artikel 6.5.5 lid 2 onder D

³¹⁰ Regeling vaststelling standaardpremie en bestuursrechtelijke premies 2026, Staatscourant 2025 nr. 40022

8.3 Wijzigingen Regeling betalingsachterstand zorgpremie (per 2016) ³¹¹

De wens bestond om de Regeling betalingsachterstand zorgpremie nog verder aan te scherpen. Daarom heeft de regering een wetswijziging ingediend bij de Tweede Kamer. Dit wetsvoorstel is eind 2015 aangenomen door de Eerste Kamer en is ingegaan per 2016.

Het wetsvoorstel wijzigde de volgende punten:

Wanbetalersgerelateerd:

- Een wanbetaler kan alleen door een zorgverzekeraar bij het CAK worden aangemeld na 6 maanden met een adres dat overeenkomt met het adres in de Basisregistratie Personen (BRP, vroeger het GBA).
- Als iemand een zorgverzekering wil sluiten, zal diegene ook een adres moeten opgeven dat overeenkomt met een adres in de BRP. Zonder geldig BRP-adres kan de zorgverzekeraar de aspirant verzekerde niet accepteren, tenzij de verzekerde binnen een redelijke termijn zorgt voor een geldige BRP-inschrijving. Als de verzekeraar vaststelt dat uit de BRP blijkt dat het adresgegeven langer dan drie maanden in onderzoek is of wanneer de persoon in kwestie in de BRP geregistreerd staat als “vertrokken onbekend waarheen”, mag die verzekeraar de conclusie trekken dat het adresgegeven in de BRP onvoldoende grond biedt voor het sluiten van een verzekering.
- In een aantal gevallen zal de verzekeraar een aspirant verzekerde ook moeten inschrijven zonder geldige BRP-inschrijving. Dit betreft de situaties:
 - Dat de verzekerde een verklaring van de Svb kan overleggen waaruit blijkt dat er recht op Wlz is. Deze verklaring wordt door de Svb afgegeven bij bijvoorbeeld bijzondere groepen personen dit in specifieke situaties verzekeringsrecht in Nederland hebben. Hierbij valt te denken aan werknemers van internationale organisaties, internationale ambtenaren of internationale detachering.
 - Dat de verzekerde kan aantonen dat hij in het buitenland woont, maar in Nederland werkt en in Nederland inkomstenbelasting afdraagt.
 - Dat de verzekerde niet verweten kan worden dat er (nog) geen geldige BRP-inschrijving is, omdat de gemeente de inschrijving nog in onderzoek heeft of om een andere reden nog niet heeft kunnen verwerken. De verzekerde moet aantonen dat het niet aan hem of haar te verwijten is dat de inschrijving nog niet rond is.
- Tot 1 juli 2016 bedraagt de bestuursrechtelijke premie voor mensen met een betalingsachterstand 130% van de standaardpremie (zoals voor de Zorgtoeslag wordt bepaald). Dit bedrag is, mede door de verhogingen van het verplichte eigen risico, steeds meer uit de pas gaan lopen met de gemiddelde nominale premie die verzekeraars vragen. Daarom regelt het wetsvoorstel dat de bestuursrechtelijke premie voortaan vóór 15 november in een ministeriële regeling wordt vastgesteld voor het daaropvolgende jaar. Hierdoor kan ook differentiatie plaats vinden van de bestuursrechtelijke premie, als daar voor bepaalde groepen mensen met een betalingsachterstand behoefte voor is. De bestuursrechtelijke premie moet tussen 110% en 130% van de gemiddelde premie (in plaats van de bestuursrechtelijke premie) worden vastgesteld. In 2025 is het percentage op 110% van de gemiddelde premie vastgesteld.
- Ook kan in ministeriële regeling worden bepaald dat bepaalde groepen mensen met een betalingsachterstand eerder terug worden gevoerd naar verzekeraars dan de nu in de Zorgverzekeringswet genoemde situaties. Er wordt hierbij gesproken over de situatie dan een wanbetaler een aantal maanden achter elkaar de bestuursrechtelijke premie heeft voldaan, en dus blijkbaar ook de gewone premie kan betalen. Als de verzekeringnemer vervolgens de premie bij de verzekeraar niet voldoet, moet de verzekeraar dit doorgeven aan het CAK. Het bestuursrechtelijk incassoregime herleeft dan per de eerste van de volgende kalendermaand.

³¹¹ Kamerstukken 33.683

- Naast de huidige beëindigingsgronden bestuursrechtelijk incassoregiem (schuld wordt voldaan, verzekeringnemer valt onder schuldsaneringsregeling, aangaan van een minnelijke schuldsaneringsregeling door bemiddeling van een wettelijk erkende schuldhelpverlener) wordt een nieuwe beëindigingsgrond toegevoegd, namelijk als een verzekeraar en de verzekeringnemer een betalingsregeling overeen zijn gekomen. De verzekeraar moet hiervan melding aan het CAK doen. Als de verzekeringnemer zich niet houdt aan de afspraken van de betalingsregeling moet de verzekeraar dit ook doorgeven aan het CAK. Het bestuursrechtelijk incassoregiem herleeft dan per de eerste van de volgende kalendermaand.
- Zorgverzekeraars ontvangen een compensatiebijdrage zolang de verzekering van de betreffende wanbetaler niet wordt opschort of geschorst. Momenteel is die compensatiebijdrage gelijk aan de standaardpremie (voor de Zorgtoeslag). Het wetsvoorstel regelt dat de hoogte van de compensatiebijdrage en de voorwaarden waarop de compensatiebijdrage wordt verstrekt aan zorgverzekeraars, in de Regeling Zorgverzekeringen (ministeriele regeling) wordt vastgelegd. Op deze manier kan er meer differentiatie worden gerealiseerd in de voorwaarden voor de compensatiebijdrage. Zo kunnen verzekeraars die actiever maatregelen treffen om mensen met een betalingsachterstand te voorkomen, een hogere bijdrage ontvangen dan verzekeraars die alleen aan de minimumeisen voldoen. Op deze manier worden actievere zorgverzekeraars beloond voor hun inspanningen.

Overige onderdelen wetswijziging

- De bestuursrechtelijke premie die wordt opgelegd door het CAK als iemand onverzekerd is en, ondanks waarschuwingen van het CAK zich niet heeft verzekerd en als gevolg daarvan door het CAK is ondergebracht bij een zorgverzekeraar (opsporing onverzekerden) is gekoppeld aan de bestuursrechtelijke premie voor mensen met een betalingsachterstand. Ook voor de bestuursrechtelijke premie voor voormalig onverzekerden geldt dat in het wetsvoorstel wordt geregeld dat de hoogte jaarlijks wordt vastgesteld door een ministeriële regeling voor het daaropvolgende jaar.
- Als een verzekerde in het buitenland gedetineerd wordt, blijft momenteel de Zorgverzekering gewoon doorlopen. In het wetsvoorstel wordt geregeld dat de rechten en plichten uit de zorgverzekering van rechtswege worden opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde buiten Nederland in detentie zit. Dit moet de verzekerde zelf aangeven en aantonen met een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of een verklaring van Reclassering Nederland. Het einde van de detentie moet ook door de verzekerde (of een zaakwaarnemer) zelf worden gemeld. Als de datum van ontslag uit detentie lastig te bepalen is, kan dat worden aangetoond door een verklaring van het Ministerie van Buitenlandse Zaken of Reclassering Nederland. De opschorting van rechtswege geldt momenteel wel voor personen die in Nederland in detentie zitten.

8.4 Wijziging Regeling betalingsachterstand zorgpremie in verband met onder bewindstelling (per 1 juli 2019)

Vanaf 1 juli 2019 is het eenvoudiger geworden voor mensen die onder bewind zijn gesteld om uit de Regeling betalingsachterstand zorgpremie te komen. Voorheen gold dat alleen mensen in een wettelijke of minnelijke schuldregeling de mogelijkheid hadden om betalingsafspraken met de zorgverzekeraar te maken. Zo'n betalingsafpraak leidt tot afmelding van de verzekeringnemer bij het CAK, zodat de bestuursrechtelijke premie niet langer betaald hoeft te worden.

Per juli 2019 is er – onder voorwaarden – ook voor mensen die onder bewind zijn gesteld de mogelijkheid om een betalingsafpraak te maken en zo geen bestuursrechtelijke premie meer te hoeven betalen. De voorwaarden die gelden zijn:

1. De betreffende verzekeringnemer is onder bewind gesteld en de bewindvoerder is benoemd door de kantonrechter.
2. De verzekeringnemer heeft het verplicht eigen risico verzekerd of het verplicht eigen risico wordt door de verzekeringnemer (gespreid) betaald.
3. Er mag niet zijn gekozen voor een vrijwillig eigen risico.
4. Nadat de verzekeringnemer in totaal maximaal 36 maanden heeft afgelost, wordt een eventueel restant van de schuld door de zorgverzekeraar kwijtgescholden.
5. De bewindvoerder zorgt ervoor dat de zorgverzekeringspremie en de aflossingen op de schuld worden betaald.
6. De verzekeringnemer zegt toe dat hij de betaling van de premies voortzet nadat het bewind is geëindigd.

Als niet langer wordt voldaan aan (een van) de voorwaarden, dan moet de onder bewind gestelde de bestuursrechtelijke premie weer gaan betalen.

8.5 Vroegsignalering en gegevensuitwisseling (per 1 januari 2021)

Volgens de Wet gemeentelijke schulphulpverlening (Wgs) zijn gemeenten verantwoordelijk voor integrale schuldhulpverlening aan alle inwoners van de betreffende gemeente. Hoe eerder een gemeente met de inwoner in gesprek kan gaan om eventuele betalingsproblemen op te lossen, hoe beter. Hiervoor is de zogenaamde "vroegsignalering" in de Wgs opgenomen.

Deze vroegsignalering houdt in dat bepaalde instanties verplicht zijn aan de gemeente te melden als er een betalingsachterstand ontstaat. Woningverhuurders, energiebedrijven, drinkwaterbedrijven en zorgverzekeraars vallen onder deze verplichting. Zorgverzekeraars zijn verplicht om de volgende gegevens aan de gemeente te verstrekken ³¹²:

- naam, adres, postcode, woonplaats, telefoonnummer, e-mailadres, geboortedatum en burgerservicenummer van de verzekeringnemer en verzekerden;
- het identificatienummer van de zorgverzekeraar;
- de verschuldigde openstaande bedragen (premie, verplicht eigen risico, vrijwillig eigen risico, de eigen bijdragen, de eigen betalingen, de rente, de incasso- en deurwaarderskosten);
- gegevens over de acties die de zorgverzekeraar heeft ondernomen om de verzekeringnemer tot betalen te bewegen;
- eventuele bedragen vanuit de bijstand die rechtstreeks door de uitkeringsinstantie worden ingehouden en rechtstreeks aan de zorgverzekeraar worden betaald.

Als het CAK betrokken is bij de premieachterstand is ook het CAK verplicht om gegevens aan de gemeente te verstrekken.

³¹² Artikel 7b.1 lid 2 Regeling zorgverzekering

De zorgverzekeraar kan een betalingsachterstand pas melden aan de gemeente als er eerst geprobeerd is met behulp van sociaal verantwoorde incasso alsnog de premie te incasseren. Dit betekent dat de zorgverzekeraar in ieder geval:

1. Tenminste eenmaal een schriftelijke betalingsherinnering heeft gestuurd;
2. Zich heeft ingespannen om in persoonlijk contact te treden om te wijzen op mogelijkheden om betalingsachterstanden te voorkomen en te beëindigen;
3. De verzekerde gewezen heeft op de mogelijkheden voor schuldhulpverlening;
4. De verzekerde aangeboden hebben gegevens door te geven aan gemeenten.

Als een gemeente een signaal krijgt dat er sprake is van een betalingsachterstand moet de gemeente aanbieden hierover met de inwoner in gesprek te gaan om hulp te bieden bij het aflossen van schulden. De inwoner is niet verplicht de aangeboden hulp te accepteren, maar als het hulpaanbod wordt geaccepteerd meldt de gemeente dat aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar blokkeert de vordering vervolgens gedurende 30 dagen. In deze periode moet de hulpverlener van de gemeente de inwoner hebben benaderd om te kijken hoe de schulden aangepakt kunnen worden. De hulpverlener brengt namens de gemeente de financiële situatie van de inwoner in kaart en stelt een plan van aanpak op. In dit plan van aanpak wordt op hoofdlijnen beschreven welke schuldhulpverlening wordt gegeven en onder welke voorwaarden.

Om de samenwerking tussen gemeenten en – ondermeer – zorgverzekeraars te vereenvoudigen, is er een Landelijk Convenant Vroegsignalering opgesteld. Brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is bij het opstellen van het convenant betrokken geweest.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten heeft het proces van vroegsignalering schematisch weergegeven:



8.6 Afschaffing opslag bestuursrechtelijke premie

Het kabinet is van plan om de opslag op de bestuursrechtelijke premie voor verzekerden met een betalingsachterstand af te schaffen. Op grond van de Zorgverzekeringswet wordt de bestuursrechtelijke premie vastgesteld op 110% tot 130% van de gemiddelde zorgpremie. Het exacte bedrag wordt jaarlijks vastgelegd in de Regeling Zorgverzekering. Momenteel bedraagt de opslag 10%. De bestuursrechtelijke premie per maand voor mensen met een betalingsachterstand is in 2026 vastgesteld op € 172,70 ³¹³.

Als het voornemen om de opslag te laten vervallen wordt gerealiseerd, wordt de bestuursrechtelijke premie gelijk wordt aan de gemiddelde zorgpremie. Hiervoor moet de Zorgverzekeringswet worden gewijzigd. De ingangsdatum is nog niet bekend maar zal op z'n vroegst in 2028 zijn. Totdat de wijziging in werking treedt, blijft de bestaande regeling van toepassing.

³¹³ Artikel 6.5.2 lid 2 Regeling Zorgverzekering

9 De Zorgtoeslag

9.1 Recht op de Zorgtoeslag

Alle verzekerden die nominale premie betalen, hebben in principe recht op een toelage in de premie van de Zorgverzekering ³¹⁴. Dit komt dus neer op alle verzekerden vanaf 18 jaar ³¹⁵. Deze toelage wordt de Zorgtoeslag genoemd. Echtgenoten of partners hebben een gezamenlijke aanspraak op de Zorgtoeslag.

Een militair, een gemoedsbezwaarde, een gedetineerde en een onverzekerde betalen geen nominale premie, en hebben dus ook geen recht op de Zorgtoeslag.

Een partner van een militair, een gemoedsbezwaarde of een gedetineerde die wel verzekerd is volgens de Zorgverzekeringswet, en dus nominale premie betaalt, heeft wel recht op Zorgtoeslag. In deze gevallen wordt de berekening uitgevoerd als bij een echtpaar/ partners. Dat wil zeggen dat bij de berekening van de normpremie wordt uitgegaan van het inkomen van beide partners (gezinsinkomen). De standaardpremie wordt uiteraard bij de berekening van de Zorgtoeslag ook tweemaal genomen. De berekende Zorgtoeslag wordt door twee gedeeld. Deze manier van berekenen kan ook pro-rata worden doorgevoerd, bijvoorbeeld als een gedetineerde een gedeelte van het jaar in detentie is.

Een (verzekerde) partner van een bewust onverzekerde persoon heeft zelf ook geen recht op Zorgtoeslag!

Voor Nederlanders die in het buitenland recht hebben op Zorgtoeslag wordt de hoogte van de zorgtoeslag gerelateerd aan de woonlandfactor, die ook voor de premieberekening van deze groep wordt gehanteerd. Zie voor de woonlandfactor ook paragraaf "Aanmelden" in het hoofdstuk "Buitenland".

9.2 Berekening van de Zorgtoeslag

Voor de Zorgtoeslag zijn vier begrippen van belang:

- De standaardpremie: een jaarlijks door de overheid berekend bedrag en is een gemiddeld nominaal premiebedrag van alle verzekerden. In 2026 is de Standaardpremie € 2.119 ³¹⁶ (voorlopige inschatting voor 2027: € 2.277).
- De normpremie: het premiebedrag wat de verzekerde, gezien het inkomen, volgens de overheid kan betalen aan nominale premie ³¹⁷.
- Het drempelinkomen: wordt berekend over het minimumloon (inclusief vakantietoeslag) en wordt jaarlijks opnieuw vastgesteld. Het drempelinkomen voor 2026 is € 29.736 ³¹⁸
- Het toetsingsinkomen: het gezinsinkomen van de betreffende persoon/ personen. Mensen die belastingaangifte aangifte doen kunnen het verzamelinkomen opgeven, dus het inkomen minus aftrekposten.

De Zorgtoeslag is het verschil tussen de standaardpremie en de normpremie.

³¹⁴ Artikel 1 onderdeel c Wet op de Zorgtoeslag

³¹⁵ Artikel 16 lid 1 Zvw

³¹⁶ Regeling vaststelling standaardpremie en bestuursrechtelijke premies 2026, Staatscourant 2025 nr. 40022

³¹⁷ Artikel 1 onderdeel g Wet op de Zorgtoeslag

³¹⁸ Minimumloon 2026: € 2.294,40 / maand (art 8 lid 1 sub b Wet minimumloon) * 12 (maanden) * 108% (vakantietoeslag)

De normpremie wordt als volgt berekend in 2026 ³¹⁹:

- Voor één persoon: 1,912% over het drempelinkomen + 13,730% over het verschil tussen het toetsingsinkomen en het drempelinkomen. Is het toetsingsinkomen lager dan het drempelinkomen dan is de normpremie 1,912% van het drempelinkomen.
- Voor een echtpaar / partners: 4,289% over het drempelinkomen + 13,730% over het verschil tussen het toetsingsinkomen en het drempelinkomen. Is het toetsingsinkomen lager dan het drempelinkomen dan is de normpremie 4,289% van het drempelinkomen.

Om te bepalen in welk geval mensen toeslagenpartner van elkaar zijn heeft de Belastingdienst een stroomschema gemaakt. Op <http://www.Belastingdienst.nl/rekenhulpen/toeslagpartner/> is door middel van het beantwoorden van vragen te beoordelen of mensen elkaars toeslagenpartner zijn.

Bedraagt de normpremie minder dan de standaardpremie (of bij partners minder dan tweemaal de standaardpremie), dan heeft de verzekerde recht op een Zorgtoeslag (dus feitelijk een premieruggaaf) ³²⁰. Deze Zorgtoeslag wordt via de Belastingdienst uitgekeerd ³²¹. Verzekerden die menen recht op een Zorgtoeslag te hebben, moeten de Zorgtoeslag bij de Belastingdienst aanvragen. De aanspraak op de Zorgtoeslag wordt maandelijks beoordeeld in verband met mogelijke wijzigingen in de omstandigheden ³²².

Voorbeelden, gebaseerd op de cijfers van 2026:

Gegevens:

het drempelinkomen is € 29.736

De standaard premie per verzekerde is € 2.119

Verzekerde zonder partner en zonder inkomen:

De normpremie is € 568,55 (1,912% van € 29.736).

Deze verzekerde krijgt een Zorgtoeslag van **€ 1.550** op jaarbasis (afgerond € 129 per maand).

Verzekerde zonder partner met een toetsingsinkomen van € 30.000:

De normpremie is € 604,80 (1,912% van € 29.736 + 13,730% van (€ 30.000 – € 29.736)).

Deze verzekerde krijgt een Zorgtoeslag van **€ 1.514** op jaarbasis (afgerond € 126 per maand).

Verzekerde zonder partner met een toetsingsinkomen van € 45.000:

De normpremie is € 2.664,30 (1,912% van € 29.736 + 13,730% van (€ 45.000 – € 29.736)).

Deze verzekerde krijgt geen zorgtoeslag, omdat de normpremie hoger is dan de standaardpremie (€ 2.119).

Verzekerde met partner, beide zonder inkomen:

De normpremie is € 1.275,38 (4,289% van € 29.736).

Deze verzekerden krijgen een Zorgtoeslag van **€ 2.962,62** op jaarbasis (afgerond € 247 per maand).

Voor een (Zorgverzekeringswet) verzekerde partner van een militair, een gemoedsbezwaarde of een gedetineerde wordt de berekende Zorgtoeslag door twee gedeeld.

Verzekerde met partner met een toetsingsinkomen van € 30.000:

De normpremie is € 1.311,62 (4,273% van € 29.736 + 13,730% van (€ 30.000 – € 29.736)).

Deze verzekerden krijgen een Zorgtoeslag van **€ 2.926** op jaarbasis (afgerond € 244 per maand).

³¹⁹ Artikel 2 lid 3 Wet op de Zorgtoeslag

³²⁰ Artikel 2 lid 1 Wet op de Zorgtoeslag

³²¹ Artikel 4 lid 1 Wet op de Zorgtoeslag

³²² Artikel 2 lid 5 Wet op de Zorgtoeslag

Voor een (Zorgverzekeringswet) verzekerde partner van een militair, een gemoedsbezwaarde of een gedetineerde wordt de berekende Zorgtoeslag door twee gedeeld.

Verzekerde met partner met een toetsingsinkomen van € 55.000:

De normpremie is € 4.744,12 (4.273% van € 29.736 + 13,730% van (€ 55.000 – € 29.736)).

Deze verzekerden krijgen geen Zorgtoeslag, omdat de normpremie hoger is dan tweemaal de standaardpremie (€ 4.238).

Voor een (Zorgverzekeringswet) verzekerde partner van een militair, een gemoedsbezwaarde of een gedetineerde wordt de berekende Zorgtoeslag door twee gedeeld.

Hoeveel Zorgtoeslag iemand krijgt is dus afhankelijk van het inkomen. De Belastingdienst keert de Zorgtoeslag uit vanaf € 24 per jaar. Voor 2026 geldt dat alleenstaanden met een inkomen tot € 40.857 per jaar Zorgtoeslag kunnen krijgen, en dat partners met een gezinsinkomen tot € 51.142 Zorgtoeslag krijgen ³²³.

De maximale Zorgtoeslag voor 2026 is volgens de proefberekening van de Belastingdienst € 129 per maand en voor partners € 246 per maand ³²⁴. In 2027 wordt dat respectievelijk € 140 per maand en € 268 per maand, volgens de inschattingen van VWS.

9.3 Praktische feiten rond de Zorgtoeslag

De Belastingdienst berekent en betaalt de zorgtoeslag. Voor de uitvoering van onder andere de zorgtoeslag en de huurtoeslag is een apart kantoor geopend. Veel informatie over de zorgtoeslag is te vinden op de speciale website <https://www.Belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/zorgtoeslag/>.

De zorgtoeslag die over 2025 is uitbetaald, wordt in 2026 op basis van definitieve inkomstengegevens naverrekend. Dit kan dus leiden tot een naheffing of een nabetaling.

Overigens voert de Belastingdienst tussentijds ook controles uit om te kijken of mensen wel recht hebben op zorgtoeslag, of wellicht een verminderd recht. Een wijziging in de hoogte van de zorgtoeslag kan bij salarisverhogingen, wijziging in de persoonlijke situatie (samenwonen, trouwen) of bij onverzekerd zijn of raken voorkomen.

De uit te keren bedragen worden door de Belastingdienst afgerond op hele getallen en per maand uitgekeerd. Bedraagt de zorgtoeslag op jaarbasis minder dan € 24, dan keert de Belastingdienst de zorgtoeslag niet uit. Jaarbedragen tussen € 24 en € 60 worden ineens uitgekeerd, in plaats van per maand.

³²³ <https://www.Belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/zorgtoeslag/content/maximaal-inkomen-voor-zorgtoeslag>

³²⁴ <https://www.Belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/toeslagen/content/hulpmiddel-proefberekening-toeslagen>

9.4 Aanpassing berekening normpremie tot 2040

Regelmatig worden de percentages voor de berekening van de normpremie aangepast. De laatste wijziging wordt per 2026 doorgevoerd ³²⁵.

Door de percentages waarmee de normpremie wordt berekend stapsgewijs te verhogen, wordt de daarmee berekende normpremie hoger en wordt er minder Zorgtoeslag uitgekeerd. De percentages worden tot 2040 jaarlijks stapsgewijs verhoogd. In onderstaande tabel staan de rekenpercentages in de betreffende jaren.

	Zonder partner		Met partner	
Jaar	% drempel-inkomen	% boven drempel-inkomen	% drempel-inkomen	% boven drempel-inkomen
2026	1,912%	13,730%	4,289%	13,730%
2027	1,930%	13,760%	4,307%	13,760%
2028	1,946%	13,790%	4,323%	13,790%
2029	1,960%	13,820%	4,337%	13,820%
2030	1,975%	13,850%	4,352%	13,850%
2031	1,990%	13,880%	4,367%	13,880%
2032	2,005%	13,910%	4,382%	13,910%
2033	2,020%	13,940%	4,397%	13,940%
2034	2,035%	13,970%	4,412%	13,970%
2035	2,050%	14,000%	4,427%	14,000%
2036	2,065%	14,030%	4,442%	14,030%
2037	2,080%	14,060%	4,457%	14,060%
2038	2,095%	14,090%	4,472%	14,090%
2039	2,110%	14,120%	4,487%	14,120%
2040	2,125%	14,150%	4,502%	14,150%

9.5 Vermogenstoets bij de Zorgtoeslag

Vanaf 2013 is er een vermogenstoets ingevoerd bij de berekening van de Zorgtoeslag ³²⁶. Dit houdt in dat, naast de inkomenstoets die al gold voor de bepaling van de hoogte van de Zorgtoeslag, ook wordt gekeken naar het vermogen dat iemand heeft.

Als een huishouden een vermogen heeft dat hoger is dan een bepaald bedrag, is er geen recht op Zorgtoeslag, ook al zou dat huishouden op basis van het inkomen wel recht hebben op Zorgtoeslag. Voor 2026 geldt dat er met een vermogen van meer dan € 146.011 (peildatum 1 januari 2026) er geen recht meer op Zorgtoeslag voor een alleenstaande. Bij partners is dat bedrag in 2026 € 184.633 ³²⁷.

Personen die in wel Zorgtoeslag ontvangen maar waarvan achteraf blijkt dat het vermogen boven de grens voor de Zorgtoeslag komt, zullen de ontvangen Zorgtoeslag achteraf moeten terugbetalen. Huishoudens die in een bepaald jaar boven de vermogensgrens komen te vallen, moeten de betaling van de Zorgtoeslag zelf stop laten zetten.

³²⁵ Besluit percentages drempel- en toetsingsinkomen zorgtoeslag in verband met gewijzigde percentages met ingang van het berekeningsjaar 2026, Staatsblad 2025, 412

³²⁶ Artikel 2a Wet op de Zorgtoeslag

³²⁷ <https://www.Belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/zorgtoeslag/content/maximaal-vermogen-zorgtoeslag>

Het kabinet wil de vermogensgrenzen voor de Zorgtoeslag per 1 januari 2027 verlagen. Zowel de grens voor alleenstaanden als de gezamenlijke grens voor toeslagpartners wordt met € 30.686 verlaagd. Na verwerking van de indexatie en de voorgenumen verlaging komen de grensbedragen in 2027 dan op € 119.122 voor een alleenstaande en € 158.748 voor partners.

Door deze maatregel kunnen huishoudens hun recht op Zorgtoeslag verliezen, ook als zij op basis van hun inkomen daarvoor wel in aanmerking komen. Daarnaast is het kabinet van plan om de vermogensgrens vanaf 2028 verder te verlagen tot het heffingvrije vermogen in box 3.

9.6 Aanpassing partnerbegrip toeslagen

Het kabinet wil met het wetsvoorstel Wet vereenvoudiging partnerbegrip toeslagen het begrip toeslagpartner per 1 januari 2027 aanpassen. Het criterium voor samengestelde gezinnen vervalt. Twee volwassenen die op hetzelfde adres staan ingeschreven met een minderjarig kind van één van hen, worden daardoor niet meer uitsluitend om die reden toeslagpartners. Zijn deze volwassenen getrouwd, of wonen zij samen en hebben zij samen een kind, dan blijven zij wel toeslagpartners. Zij voldoen dan aan een andere wettelijke voorwaarde voor toeslagpartnerschap.

Ook vervallen de regels waardoor een toeslagpartnerschap blijft doorlopen nadat de grond daarvoor is vervallen, alleen omdat betrokkenen nog op hetzelfde adres wonen. Verder kunnen minderjarigen niet langer toeslagpartner zijn. Voor personen van wie het toeslagpartnerschap eindigt, wordt het recht op Zorgtoeslag voortaan afzonderlijk beoordeeld, op basis van hun eigen inkomen en vermogen.

De extra kosten die het gevolg zijn van deze vereenvoudiging worden gedekt door de vermogensgrenzen voor ondermeer de Zorgtoeslag te verlagen.

De wetswijziging van de vereenvoudiging van het partnerbegrip en de verlaging van de vermogensgrenzen is op het moment van schrijven (eind september 2026) nog niet definitief, maar ligt voor in de Eerste Kamer.

10 Collectiviteiten

10.1 Collectiviteitskorting

Een zorgverzekeraar had bij de introductie van de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid om een collectiviteitskorting te geven op de premiegrondslag van de modelovereenkomst tot maximaal 10%. ³²⁸. Per 2020 is de maximale collectiviteitskorting van 10% teruggebracht naar 5% (zie ook paragraaf 10.1.2). Per 2023 is de collectiviteitskorting volledig uit de Zorgverzekeringswet geschrapt.

De collectiviteitskorting kon alleen worden gegeven over de nominale premie ³²⁹. De collectiviteit moest gesloten zijn met een werkgever of met een rechtspersoon die de belangen van natuurlijke personen behartigt ³³⁰. Dit betekende dat ook patiëntenorganisaties en belangengroeperingen een collectiviteit kunnen sluiten.

De korting kon in geval van een werkgeverscollectiviteit worden gegeven aan alle deelnemers van de collectiviteit, dus ook aan eventueel meeverzekerde gezinsleden ³³¹. Als het gaat om een collectiviteit met een rechtspersoon, dan hangt het af van de formulering van de statuten. Als daarin stond dat de belangen worden behartigd van de aangesloten leden dan kan die rechtspersoon een collectief ziektekostencontract sluiten voor de leden.

Het ministerie van VWS heeft bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet in 2005 aangegeven dat een collectiviteit met een rechtspersoon moet voldoen aan de volgende voorwaarden:

- de rechtspersoon richt zich op de behartiging van belangen van een duidelijk van de rest van de bevolking onderscheidbare groep personen;
- een verzekeringsplichtige die van de door de belangenbehartiger bedongen collectiviteitskorting gebruik wil maken, behoort tot die groep personen. Dus als het gaat om een patiëntenvereniging, dan kunnen alleen diegenen voor wie de patiëntenvereniging de belangen behartigt (zoals omschreven in de statuten), deelnemen aan de collectiviteit. Vermeldt de statuten dat de patiëntenvereniging de belangen behartigt van de patiënten en hun gezinsleden, dan kunnen ook de gezinsleden deel uitmaken van de collectiviteit ³³².

Dit moest dus uit de statuten van de betreffende rechtspersoon blijken. Als partners, kinderen in de statuten genoemd zijn, kunnen ze van de collectiviteitskorting gebruik maken.

Overigens werd het begrip “onderscheidbare groep” door VWS uitgelegd als “een groep met een van niet aangeslotenen onderscheidbaar belang.” Dit opende de deur voor veel rechtspersonen, want als de doelstelling van een rechtspersoon is “het bieden van collectiviteitskorting voor de aangesloten personen”, dan is dat al een onderscheidbaar belang ten opzichte van personen die zich niet aansluiten. Deze laatste groep werd geacht geen belang te hechten aan collectiviteitskorting.

Tijdens de parlementaire behandeling heeft toenmalig minister Hoogervorst aangegeven erop toe te zien dat de collectiviteitskorting niet wordt betaald door de premie voor individuele verzekerden te verhogen (kruisbestuiving). De Minister van VWS had de mogelijkheid om maatregelen te nemen om misbruik van de collectiviteitskorting tegen te gaan. Dit kon door middel van een Algemene Maatregel van Bestuur.

³²⁸ Artikel 18 lid 2 Zvw

³²⁹ Artikel 18 lid 2 Zvw

³³⁰ Artikel 18 lid 5 Zvw

³³¹ 24-3-2005 Min VWS beantwoording Eerste Kamervragen pagina 55

³³² nota naar aanleiding van het verslag van de behandeling van de I&A Wet in de Eerste Kamer dd. 20-6-2005

De verzekeraar bepaalde welke korting er wordt gegeven. De korting kon ook afhankelijk worden gesteld van de hoeveelheid deelnemers aan de collectiviteit ³³³, dus hoe groter de vulling, hoe hoger de korting. De minister heeft gesteld dat de collectiviteitskorting:

- gebaseerd moet zijn op de door de verzekeraar te realiseren kostenbesparing voor de betreffende collectiviteit (dus bijvoorbeeld door collectieve incasso en doeltreffende zorginkoop. Let op: korting voor termijnbetaling valt hierbuiten, dat kan ook aan individuele verzekerden worden gegeven!);
- niet ten laste mag komen van de individuele premiestelling (kruissubsidie) ³³⁴.

Bij restitutiepolicen kan er al geen kostenbesparing worden gerealiseerd door effectieve zorginkoop. De korting voor restitutiepolicen zou daarom beperkt moeten zijn geweest. Maar in praktijk was er geen verschil in collectiviteitskorting bij een restitutiepolicen of een naturapolis. Ook voor naturapolis is het moeilijk aantoonbaar dat er een kostenbesparing kan worden gegeven van 5%. In 2007 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een onderzoek uitgevoerd naar de effecten van collectiviteitskorting op de individuele premiestelling. De NZa heeft geen gevallen van kruissubsidie geconstateerd.

Bij een collectiviteit wordt door de contractant bepaald welke modelovereenkomst er wordt gekozen voor het collectieve contract. De verzekeraar gaf de korting over de premiegrondslag van de modelovereenkomst ³³⁵.

In de overeenkomst die werd gesloten tussen de contractant en de zorgverzekeraar, moest de verleende korting worden vermeld, inclusief eventuele kortingsstaffel in het geval van deelname afhankelijke korting. Daarnaast moest worden opgenomen of de korting wordt verleend aan de contractant of aan de deelnemers ³³⁶.

Als een werkgever optrad als verzekeringnemer en de volledige premie betaalde, kon de korting alleen aan de werkgever worden gegeven ³³⁷. Als een werkgever alleen faciliterend optrad (dus bij een begunstigingscontract, de werknemer fungeert als verzekeringnemer) kon de korting aan zowel de werkgever als de verzekeringnemer worden gegeven. Korting aan de verzekeringnemer (of dit de werkgever is of de werknemer) kon alleen worden gegeven in de vorm van premiekorting, dus niet als bijvoorbeeld een administratievergoeding ³³⁸.

Als een werknemer uit dienst ging bij een werkgever kan de verzekeraar ervoor kiezen om de collectiviteitskorting tot 1 januari daaropvolgend te laten doorlopen ³³⁹ of om de collectiviteitskorting per direct te laten vervallen. Bij vervallen van de collectiviteitskorting heeft de verzekerde geen mogelijkheid om tussentijds van verzekeraar te switchen. Het vervallen van de collectiviteitskorting is namelijk geen aanpassing van de premiegrondslag.

³³³ Artikel 18 lid 3a Zvw

³³⁴ Memorie van Antwoord van VWS aan de Eerste Kamer 24 maart 2005

³³⁵ Artikel 18 lid 1 Zvw

³³⁶ Artikel 18 lid 3b Zvw

³³⁷ Toelichting amendement 67 dd 21-12-2004 van Schippers cs

³³⁸ Artikel 18 lid 4 Zvw

³³⁹ Memorie van Antwoord van VWS aan de Eerste Kamer 24 maart 2005

10.1.1 Gepensioneerden en de werkgeverscollectiviteit

Oorspronkelijk was onduidelijk of gepensioneerden deel kunnen uitmaken van een werkgeverscollectiviteit. De wettekst waarin de collectiviteitskorting wordt beschreven, heeft het over korting voor werknemers en de gezinsleden ³⁴⁰. Gepensioneerden zijn juridisch gezien geen personeelsleden meer. In de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet wordt niet gesproken over gepensioneerden.

VWS heeft aangegeven dat ook gepensioneerden deel kunnen nemen aan een werkgeverscollectiviteit, als werkgevers dat willen. In de praktijk kunnen gepensioneerden in veel gevallen inderdaad deelnemen aan werkgeverscollectiviteiten.

10.1.2 Collectiviteitskorting afgebouwd

De laatste jaren neemt het percentage collectief verzekerden langzaam af. Deze trend was aanleiding voor het ministerie van VWS om in 2016 onderzoek te laten doen naar collectieve zorgverzekeringen. Uit dit onderzoek van de NZa blijkt dat collectiviteiten netto nog wel voordelig zijn, maar dat het absolute premievoordeel ten opzichte van individueel verzekerden steeds verder daalt. Daarnaast is het aantal collectiviteiten met specifieke, zorginhoudelijke afspraken, bijvoorbeeld over extra fysiotherapiebehandelingen of psychologische zorg voor bedrijven met fysiek of mentaal zware beroepen beperkt. De meerwaarde van collectiviteiten is dan ook zeer beperkt, volgens VWS.

De minister van VWS roept eind 2016 marktpartijen op om na te gaan of het grote aanbod aan collectieve verzekeringen wel echt bijdraagt aan de zorg. Met name binnen zogenoemde ‘gelegenheidscollectiviteiten’ – bijvoorbeeld voor klanten van supermarkten en loterijen – worden maar weinig aanvullende zorginhoudelijke afspraken gemaakt. Binnen (grotere) werkgeverscollectiviteiten en collectiviteiten voor gemeenten, patiëntenorganisaties en ouderenbonden zijn dat er aanmerkelijk meer. Juist het maken van zorginhoudelijke afspraken binnen een collectiviteit vindt de minister erg belangrijk.

Ook de onoverzichtelijkheid van de zorgmarkt baart de minister zorgen. De wildgroei aan collectiviteiten is enorm. Zorgpolissen die onder de naam van een collectieve verzekering worden aangeboden, blijken bovendien vaak dezelfde als de polis die de zorgverzekeraar rechtstreeks aanbiedt. Daardoor lijkt het aantal verzekeropties groter dan in werkelijkheid.

Eind juni 2018 heeft minister Bruins (VWS) in een brief aan de Tweede Kamer onder andere het volgende geschreven:

“Het idee achter collectiviteiten is dat verzekeraars voor een specifieke groep verzekerden gericht bepaalde zorg inkopen. Hierdoor moet de zorg voor deze groep doelmatiger en beter worden. De besparing die hiermee in theorie gehaald kan worden, mag dan in de vorm van een korting van maximaal 10% worden teruggegeven aan deze groep verzekerden. In de praktijk blijkt van specifieke inkoop of zorginhoudelijke afspraken echter geen sprake.”

“De verstrekte korting is niet het resultaat van een inkoopvoordeel, maar van een opslag op de premie. Feitelijk is de korting een sigaar uit eigen doos voor verzekerden. Er wordt een verschil in premie gemaakt zonder inhoudelijke basis.”

“Ik ben voornemens om de maximale korting per algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 18, zesde lid, van de Zvw met ingang van 2020 te verlagen naar 5% als eerste stap.”

“Ik heb met zorgverzekeraars besproken dat ik hen nog een kans wil bieden om de korting te legitimeren via zorginhoudelijke elementen. Eind 2020 laat ik daar onderzoek naar doen en zie ik hoe verder te gaan met collectiviteitskorting.”

³⁴⁰ Artikel 18 lid 1 Zvw

Samenvattend constateert de minister in zijn brief:

- Er zijn te veel collectiviteiten en dat leidt tot onduidelijkheid voor consumenten;
- Er is bij collectiviteiten sprake van een fictieve korting, omdat deze korting niet gebaseerd is op daadwerkelijk inkoopvoordeel. Volgens Bruins is van specifieke inkoop of zorginhoudelijke afspraken geen sprake bij collectiviteiten.

Als gevolg hiervan neemt minister Bruins de volgende maatregelen:

- De maximale korting op de basisverzekering is per 2020 verlaagd van 10% naar 5%. Deze wijziging is in juni 2019 in het Staatsblad gepubliceerd ³⁴¹;
- In 2020 is er vervolgonderzoek gedaan naar de zorginhoudelijke lading van collectiviteiten. Wordt niet in voldoende mate voldaan aan de verwachtingen, dan dreigt de collectiviteitskorting uit de wet geschrapt te worden.

Naast het – volgens minister Bruins – niet (voldoende) zorginhoudelijk laden van collectiviteiten is ook het aantal collectiviteiten een probleem voor de politiek. Het grote aantal collectiviteiten leidt tot onduidelijkheid voor verzekerden, aldus de minister. Het is zaak om het aantal collectiviteiten naar beneden te brengen.

10.1.3 Collectiviteitskorting per 2023 afgeschaft

Medio 2020 is het resultaat gepubliceerd naar het vervolgonderzoek wat onderzoeksbureau Equalis heeft uitgevoerd in opdracht van VWS naar de zorginhoudelijke lading van collectiviteiten.

Belangrijk en positief is, dat uit dit vervolgonderzoek is gebleken dat er inmiddels bij maar liefst 89% van de onderzochte collectiviteiten sprake is van aanvullende, inhoudelijk afspraken. In 2016 was dat percentage slechts 20%.

Een andere vraag waar het onderzoek van VWS zich op heeft gericht, is het punt in hoeverre zorgcollectiviteiten ervoor zorgen dat er daadwerkelijk op de zorgkosten wordt bespaard. Volgens het onderzoeksrapport geldt dat er bij geen van de onderzochte collectiviteiten sprake is van daadwerkelijk aangetoond effect. In 18% van de collectiviteiten bij een van de grote verzekeraars (CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis) is wel aannemelijk gemaakt dat de zorgcollectiviteit leidt tot besparing van de zorgkosten. Volgens het onderzoek is er bij deze verzekeraars bij 42% van de onderzochte zorgcollectiviteiten sprake van een theoretisch effect.

Dit betekent niet dat de collectiviteiten eigenlijk voor de show zorginhoudelijk geladen zijn. De resultaten van de meeste zorginhoudelijke afspraken zijn lastig te meten omdat het meten van de effecten van zorginzet erg complex is of vanwege privacy-gerelateerde kwesties. In sommige gevallen lopen de zorginhoudelijke afspraken nog niet lang genoeg om te kunnen meten. Deze nuances worden ook door de onderzoekers in het rapport genoemd.

In het onderzoek wordt geconcludeerd dat er niet alleen sprake is van zorginhoudelijke afspraken op het gebied van zorgkosten, maar dat er ook veel werkgeverscollectiviteiten zijn waar afspraken zijn gemaakt op het gebied van verzuimreductie, re-integratie en het inzetbaar houden van werknemers. Voor het ministerie van VWS is dit minder relevant, omdat zij vooral naar de zorgkosten vanuit de Basisverzekering kijken.

Ondanks de toegenomen toegevoegde zorginhoudelijke lading van collectiviteiten heeft toenmalig minister Van Ark van VWS aan de Tweede Kamer laten weten het beleidsvoornemen te hebben om de collectiviteitskorting op de basisverzekering per 2023 volledig af te schaffen.

Belangrijke reden hiervoor is dat, volgens het ministerie van VWS, niet met harde cijfers te onderbouwen is wat zorgcollectiviteiten besparen aan zorgkosten. Daardoor ontstonden, volgens VWS, “constructies waarbij verzekeraars eerst de prijs voor alle verzekerden verhogen en daarop vervolgens een korting weggeven voor bepaalde groepen, zogeheten kruissubsidiëring.”

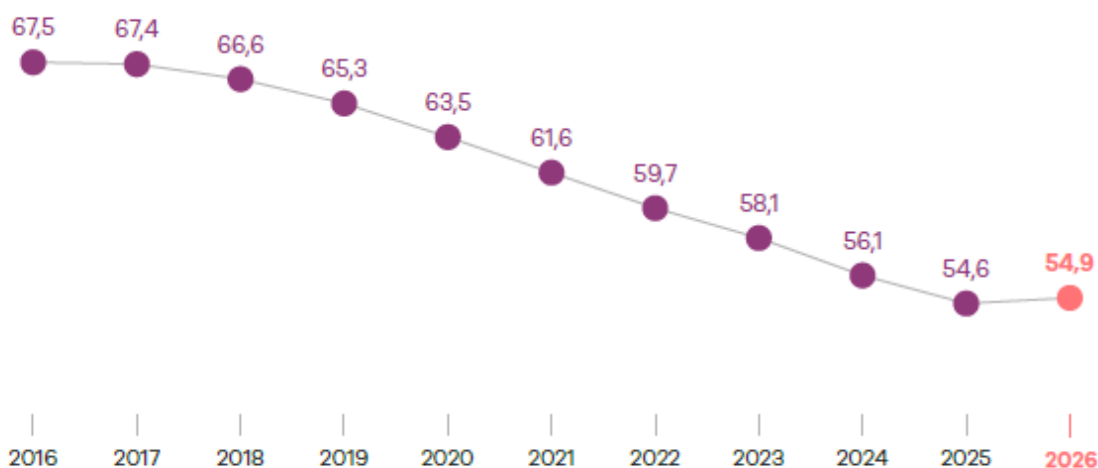
³⁴¹ Staatsblad 2019, 214 (<https://zoek.officiëlebekendmakingen.nl/stb-2019-214.html>)

“Met ingang van 2020 werd de korting voor de basiszorgverzekering door de minister voor Medische Zorg en Sport al teruggebracht van 10 naar maximaal 5 procent. De praktijk laat zien dat kruissubsidiëring hiermee onvoldoende is gedaald en dat een korting op de basisverzekering daarmee niet te rechtvaardigen is. Daarom volgt nu volledige afschaffing van de korting.” Aldus de minister.

Het wetsvoorstel wat de afschaffing van de korting moet regelen, is per 1 januari 2023 ingegaan. De afschaffing van de collectiviteitskorting geldt alleen voor de basisverzekering, dus voor aanvullende pakketten kunnen zorgverzekeraars zelf bepalen hoe hoog de eventuele korting is.

10.2 Collectivisering van de markt

Bij de introductie van de Zorgverzekeringswet is het aantal collectiviteiten enorm toegenomen. In 2005 was 29% van de verzekerden (totaal van particulier en ziekenfonds) via een collectiviteit verzekerd. In 2006 is dat percentage toegenomen tot 52% van de verzekerden. In 2014 is dat percentage zelfs toegenomen naar 70,5%. In de groei is na 2014 een kentering gekomen. Vanaf 2015 is er sprake van een afname van het percentage collectief verzekerden naar 54,6% in 2025. In 2026 is weer een kleine groei te zien naar 54,9%³⁴².



Overzicht percentage collectief verzekerden (bron: Vektis)

De mogelijkheid tot invulling van functioneel omschreven aanspraken (zie de paragraaf “Functionele omschrijving”) binnen het kader van de Zorgverzekeringswet geeft verzekeraars de mogelijkheid om bijvoorbeeld arbeidsrelevante zorg aan te bieden. Zo zouden werknemers bij ziekte de bedrijfsarts kunnen bezoeken in plaats van de huisarts. Ook kunnen zorgverzekeraars afspraken maken met ziekenhuizen over eventuele snellere behandeling van werknemers. Voor grote concentraties van bedrijven zouden bedrijfzorgcentra opgericht kunnen worden, waarin alle relevante zorgverleners gebundeld kunnen worden. In praktijk is hier echter weinig gebruik van gemaakt.

Werkgevers zijn ook in financieel opzicht steeds meer verantwoordelijk voor arbeidsongeschikte of zieke werknemers. Vanaf 2004 moeten werkgevers arbeidsongeschikte werknemers twee jaar loon doorbetalen. Voor een werkgever is het dus van groot belang om de werknemers van zo goed mogelijke zorg te voorzien, en daar biedt de Zorgverzekeringswet mogelijkheden voor.

Met de Zorgverzekeringswet is het verschil tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden verdwenen, zodat bedrijven al hun werknemers hetzelfde Zorgverzekeringspakket kunnen aanbieden.

³⁴² Zorgthermometer 2026 – Vektis

Daarnaast bood de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid aan bedrijven om korting op de nominale premie te bedingen bij verzekeraars.

Verder zijn er vanaf 2006 ook veel collectieve contracten gesloten met belangenverenigingen, zoals patiëntenverenigingen, ouderenbonden en vakbonden. In de loop van de tijd zijn er steeds meer bijzondere constructies bedacht waarbij er weinig of geen sprake is van een homogene groep verzekerden, dus waarbij de toegevoegde waarde van de collectiviteit twijfelachtig is. Ook onder druk van de politiek en de dreiging van het verbieden van collectiviteitskorting op de basisverzekering worden dergelijke collectiviteiten wel steeds meer afgebouwd door zorgverzekeraars.

10.3 Geen verplichte deelname

Een zorgverzekeraar heeft acceptatieplicht³⁴³. De verzekerde heeft de vrije keuze voor welke zorgverzekeraar er wordt gekozen. Een bedrijf kan de werknemers niet verplichten deel te nemen aan een collectief contract. Wat dat betreft lijkt de Zorgverzekeringswet op de Ziekenfondswet.

Daarnaast betaalt een werkgever verplicht de inkomensafhankelijke bijdrage over het loon van de werknemers. Het totaal aan inkomensafhankelijke bijdragen moet 50% van de macroschadelast opleveren. Het percentage van de inkomensafhankelijke bijdrage kan dus jaarlijks oplopen. Het grootste gedeelte van de inkomensafhankelijke bijdragen wordt door de werkgevers betaald als verplichte werkgeversbijdragen. Omdat de werkgevers geen grip hebben op de hoogte van dit bedrag, zullen de werkgevers minder snel geneigd zijn om naast de verplichte werkgeversbijdrage nog een vrijwillige bijdrage te geven om werknemers te stimuleren deel te nemen aan een collectiviteit.

Aan de andere kant is het van belang voor werkgevers dat werknemers in ieder geval wel voor ziektekosten verzekerd zijn. In het kader van de re-integratieverplichtingen die de Wet Verbetering Poortwachter werknemer en werkgever oplegt, kan het zo zijn dat de werkgever verplicht is medische kosten voor de werknemer te betalen, als de werknemer hier geen ziektekostenverzekering voor heeft. Bij een ziekenhuisopname kan dat aardig in de papieren lopen.

In het kader van besparingen die een werkgever kan realiseren door de Zorgverzekering in te zetten bij het terugdringen van het verzuim binnen zijn bedrijf, kan het toch lonen om een extra werkgeversbijdrage te geven aan de werknemers om ze te stimuleren deel te nemen aan de collectiviteit.

*Voorbeeld: een bedrijf heeft 1.000 werknemers en een loonsom van € 30.000.000 (gemiddeld € 30.000 per werknemer). De werkgever geeft een werkgeversbijdrage van € 120 per werknemer per jaar om werknemers te stimuleren deel te nemen aan een collectief Zorgcontract. Door goede zorginkoop van arbeidsgerelateerde zorg weet de zorgverzekeraar het verzuim met ½ % te reduceren. Deze verzuimreductie van ½ % betekent een besparing van € 150.000 voor de werkgever, tegen een investering van € 120.000 (€ 120 * 1.000 werknemers). De werkgever bespaart zo per jaar € 30.000.*

In de meeste gevallen zal de werkgever niet optreden als verzekeringnemer, maar de collectiviteit faciliteren als contractant. Dit heeft als nadeel dat, als de collectiviteit wordt overgesloten naar een andere verzekeraar, elke werknemer als verzekeringnemer de zorgverzekering apart op moet zeggen.

³⁴³ Artikel 3 lid 1 Zvw

10.4 Het wettelijke kader van de Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet wordt privaatrechtelijk uitgevoerd ³⁴⁴ door verzekeraars die winst mogen maken en met winstoogmerk mogen werken ³⁴⁵. Deze privaatrechtelijke uitvoering wordt, zoals dat officieel heet, geborgd door publiekrechtelijke kaders, zoals acceptatieplicht ³⁴⁶, verbod op premiedifferentiatie ³⁴⁷ etc.

Oorspronkelijk mochten voormalig ziekenfondsen gedurende de ziekenfondsreserve alleen inzetten als zij gedurende tien jaar geen winstoogmerk zouden hebben. Zou een zorgverzekeraar eerder met winstoogmerk gaan werken, dan zou de ziekenfondsreserve teruggeëist kunnen worden. Deze termijn is eind 2015 verlengd met twee jaar, dus tot 2018 ³⁴⁸.

In 2017 heeft de Tweede Kamer een initiatiefwet aangenomen waarin wordt geregeld dat zorgverzekeraars geen winst mogen uitkeren aan investeerders of aandeelhouders. Nadat de wet is aangenomen, hebben toezichthouders DNB en NZa vrij negatief geadviseerd over de initiatiefwet. De indieners hebben inmiddels een aanpassing (een novelle) op de wet ingediend ³⁴⁹. Onduidelijk is nog wanneer de Tweede en de Eerste Kamer het gewijzigde wetsvoorstel zullen behandelen. Medio september 2024 is de stand van zaken nog ongewijzigd.

De privaatrechtelijke verzekeraars moeten voldoen aan de Europese richtlijnen voor verzekeringsondernemingen ³⁵⁰. Dit betekent dat de verzekeraars de nodige vergunningen moeten hebben, zich onder toezicht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) moet hebben gesteld en zich hebben aangemeld bij het Zorginstituut Nederland om een vereveningsbijdrage te kunnen ontvangen.

10.5 De financieel adviseur en de Zorgverzekeringswet

Werkgevers maken vaak gebruik van financieel adviseurs voor advies over collectieve verzekeringen. Financieel adviseurs ontvangen daarvoor provisie van de verzekeraar of rekenen een fee voor het advies. Financieel adviseurs spelen een belangrijke rol in de collectivisering van de markt.

Omdat de Zorgverzekeringswet privaatrechtelijk uitgevoerd wordt ³⁵¹, valt de Zorgverzekering ook onder de regels van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

Als een assurantieadviseur een verzekerde adviseert om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, zal de verzekeringnemer zelf de zorgverzekering moeten opzeggen. De zorgverzekering is voor de zorgverzekeraar onopzegbaar is (behalve in zeer speciale omstandigheden, zie ook hoofdstuk 4). Deze onopzegbaarheid door de zorgverzekeraar is één van de publiekrechtelijke waarborgen die zijn ingebouwd in het zorgstelsel.

De andere kant hiervan is dat over het algemeen alleen de verzekeringnemer de zorgverzekering kan beëindigen. Het collectief oversluiten van een collectiviteit of een verzekeringsportefeuille is daarom niet aan de orde bij zorgverzekeringen.

³⁴⁴ Algemene Toelichting Zvw deel V (De inhoud van de Zorgverzekering)

³⁴⁵ Artikel 121 Zvw

³⁴⁶ Artikel 3 lid 1 Zvw

³⁴⁷ Artikel 17 lid 5 Zvw

³⁴⁸ Artikel 2.1.9 Invoerings- en aanpassingswet Zvw

³⁴⁹ Kamerstuk 34 995 nr. 2 (wetsvoorstel) en nr. 3 (memorie van toelichting)

³⁵⁰ Artikel 1 lid a Zvw

³⁵¹ Algemene Toelichting Zvw deel V (De inhoud van de Zorgverzekering)

10.6 Actieve provisietransparantie en collectieve zorgverzekeringen

Vanaf 1 juli 2024 is het verplicht om, voorafgaand aan de totstandkoming van een individuele verzekering, aan de consument aan te geven hoe hoog de provisie op het product is. Doel van de wetgever is om het gesprek tussen consument en adviseur op gang te brengen over dienstverlening en beloning.

Bij een zorgcollectiviteit wordt de overeenkomst gesloten tussen een contractant (bijvoorbeeld een werkgever, een specifieke doelgroep of een gemeente) en een zorgverzekeraar. Bij veel zorgcollectiviteiten spelen adviseurs een adviserende rol bij de totstandkoming en het onderhoud ervan. Ook hebben adviseurs vaak een actieve rol in het benaderen van potentiële deelnemers aan de collectiviteit.

Bij het merendeel van de zorgcollectiviteiten is de contractant echter geen verzekeringnemer. In vrijwel alle gevallen is de verzekeringnemer bij een zorgcollectiviteit de consument die ervoor kan kiezen de zorgverzekering af te sluiten onder de collectiviteitsvoorwaarden. In dat geval is de werknemer of de inwoner van een bepaalde gemeente dus verzekeringnemer. Alleen in het geval van een collectiviteit waarbij de (bijvoorbeeld) werkgever de volledige premie betaalt voor de deelnemers en niet (deels) inhoudt op het salaris, geldt deze werkgever ook als verzekeringnemer.

De verplichting om voorafgaand aan de totstandkoming van de zorgverzekering actief mee te delen hoe hoog de provisie wordt, geldt ook als het gaat om de verzekeringnemer (consument) die wordt geadviseerd en/of bemiddeld naar een zorgcollectiviteit waarvoor een adviseur provisie ontvangt. Lastig hierbij is vaak dat een deel van de verzekeringnemers die zich bij een collectiviteit aanmelden, niet via de adviseur komen, maar rechtstreeks aankloppen bij de zorgverzekeraar. Ze worden bijvoorbeeld door de contractant rechtstreeks naar de zorgverzekeraar verwezen of komen er (bij toeval) op de site van de zorgverzekeraar achter dat ze deel kunnen nemen aan een zorgcollectiviteit. Op de site van de zorgverzekeraar maken ze vervolgens gebruik van de 'adviesmodule' en de daaraan gekoppelde 'aanvraagstraat'. Hoe kan in deze gevallen worden voldaan aan de vereisten van actieve provisietransparantie?

De AFM heeft hier meer duiding over gegeven en adviseert om met behulp van twee vragen in te schatten of het onder actieve provisietransparantie valt of niet.

Vraag 1: betreft het een schadeverzekering?

De eerste vraag die je kunt stellen is of de overeenkomst die je beoordeelt als schadeverzekering gekwalificeerd kan worden. De zorgverzekering die onder een zorgcollectiviteit valt is hoe dan ook een schadeverzekering.

Maar de collectiviteitsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en (bijvoorbeeld) werkgever zal meestal niet als schadeverzekering gekwalificeerd kunnen worden. Het gaat hier meestal om een soort mantelovereenkomst of faciliteitenovereenkomst waaronder de werknemers een zorgverzekering kunnen sluiten. De collectiviteitsovereenkomst zelf zal dan ook niet onder actieve provisietransparantie vallen. Maar het is belangrijk om dit per situatie goed in te schatten.

Vraag 2: wat is de rol van de adviseur bij de (individuele) zorgverzekering?

De verplichting om de provisie actief transparant te maken geldt voor de adviseur bij adviseren en/of bemiddelen. Als daar – bij de totstandkoming van een individuele zorgverzekering – geen sprake van is, geldt actieve provisietransparantie niet en is er sprake van execution only door de aanbieder.

In de praktijk zullen veel adviseurs bij zorgcollectiviteiten actief zijn in het benaderen van potentiële verzekerden, zoals werknemers. Zo verzorgt de adviseur mailings aan potentiële deelnemers, richt landingspagina's in met (online) adviesmodules voor zorgcollectiviteiten en verzorgt spreekuren op locatie om de werknemers te wijzen op de voordelen van de collectiviteit. In deze gevallen is er veelal sprake van bemiddelen en moet de adviseur dus actief transparant zijn over de provisie.

Maar in het geval dat iemand zich, zonder tussenkomst van een adviseur, op de website van de zorgverzekeraar aanmeldt voor een zorgverzekering die onder een zorgcollectiviteit valt, is er geen sprake van

adviseren en/of bemiddelen en hoeft de adviseur niet alsnog actieve transparant te zijn met betrekking tot de provisie.

Advies: leg je overwegingen vast!

Deze twee vragen helpen verder bij het bepalen of ziektekostenverzekeringen die onder zorgcollectiviteiten vallen ook onder de regels van de actieve provisie transparantie moeten vallen. Maar ze bieden geen waterdicht antwoord: er zal per situatie moeten worden gekeken wanneer de adviseur wel en wanneer niet actief transparant moet zijn over de provisie. Het blijft een open norm, met ruimte voor eigen invulling.

Het advies is dan ook om in beleid vast te leggen hoe wordt omgegaan met zorgverzekeringen die onder een collectiviteit vallen. Daarbij is het een tip om ook in je dienstverlening met de contractant van de collectiviteit, bijvoorbeeld de werkgever of de gemeente, vast te leggen hoe potentiële verzekerden worden benaderd en wanneer er wel wordt geadviseerd en/of bemiddelt en wanneer niet.

11 Overige bepalingen en ontwikkelingen

11.1 Ontkoppeling Zorgverzekering en aanvullende verzekering(en)

Bij de behandeling van het wetsvoorstel van de Zorgverzekeringswet in de Tweede Kamer, is er een belangrijke toevoeging gedaan. De Tweede Kamer heeft een artikel toegevoegd, die zorgverzekeraars verbiedt om de Zorgverzekering en de aanvullende verzekering (en) te koppelen. Als een verzekerde de Zorgverzekering opzegt, dan kunnen de aanvullende verzekering(en) niet door de verzekeraar worden beëindigd ³⁵², tenzij de verzekerde die uiteraard ook zelf opzegt.

De bedoeling van deze aanvulling is dat verzekerden makkelijker over kunnen stappen van verzekeraar. Iemand met een slechte gezondheid kan op een aanvullende verzekering worden geweigerd door een zorgverzekeraar. Als iemand met een slechte gezondheid zou willen overstappen van verzekeraar, zou de dreigende beëindiging van de aanvullende verzekering(en) deze verzekerde kunnen weerhouden ³⁵³. Door deze toevoeging in de Zorgverzekeringswet kan iemand zijn of haar aanvullende verzekeringen bij de oude verzekeraar handhaven en voor de Zorgverzekering naar een nieuwe verzekeraar gaan.

11.2 Identificatieplicht bij het gebruik maken van zorg

De Zorgverzekeringswet stelt dat verzekerden zich bij het raadplegen van een zorgverlener moeten identificeren ³⁵⁴. Deze identificatieplicht is in 2005 al ingevoerd voor ziekenfondsverzekerden die gebruik maken van zorg in poliklinieken en ziekenhuizen ³⁵⁵.

Als iemand zich niet kan identificeren met een paspoort, een identiteitsbewijs of een rijbewijs, is deze persoon verplicht zich binnen 2 weken te identificeren ³⁵⁶. De zorgverlener neemt het Burgerservicenummer van de patiënt op in de administratie ³⁵⁷ en vermeldt het nummer op de declaratie ten behoeve van de zorgverzekeraar ³⁵⁸.

11.3 De vereveningsregeling

De Zorgverzekeringswet kent, net als de ziekenfondswet, een vereveningsregeling. Dit betekent dat zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage ³⁵⁹ ontvangen uit het de centrale kas, het Zorgverzekeringsfonds ³⁶⁰. Dit systeem bestaat uit verevening vooraf (ex-ante) en verevening achteraf (ex-post).

Bij de berekening van de ex-ante vereveningsbijdrage wordt uitgegaan van een aantal factoren ³⁶¹:

- Leeftijd;
- Geslacht;
- Woonplaats / regio;
- De aard van de inkomsten ³⁶²; als iemand bijvoorbeeld een WAO-uitkering heeft, zal de vereveningsbijdrage hoger zijn omdat een WAO-er gemiddeld meer zorg consumeert;

³⁵² Artikel 120 Zvw

³⁵³ Toelichting amendement 61 dd 16-12-2004 van Heemskerk cs

³⁵⁴ Artikel 118 lid 1 Zvw

³⁵⁵ <http://www.minvws.nl/persberichten/z/2005/wettelijke-identificatieplicht.asp>

³⁵⁶ Artikel 118 lid 2 Zvw

³⁵⁷ Artikel 118 lid 3 Zvw

³⁵⁸ Artikel 118 lid 4 Zvw

³⁵⁹ Artikel 32 lid 1 Zvw

³⁶⁰ Artikel 39 lid 3 onderdeel a Zvw

³⁶¹ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 32 lid 3

³⁶² Concept AMvB dd 15-11-2004 artikel 3.3 lid 1

- Farmaceutische kostengroepen (FKG's), dit is een vereveningsmethodiek waarbij verzekerden eventueel worden aangemerkt als chronisch ziek op basis van het geneesmiddelengebruik in het verleden;
- diagnose kostengroepen (DKG's), dit is een vereveningsmethodiek waarbij verzekerden eventueel worden aangemerkt als chronisch ziek op basis van het zorggebruik in het ziekenhuis;
- Historische hulpmiddelenkosten (HHK): hierbij worden verzekerden ingedeeld op basis van hun hulpmiddelenkosten in het verleden. Dit kenmerk wordt vanaf 2026 toegepast. De hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) worden sinds 2025 niet meer gebruikt.
- Ontbrekende kostenhistorie (OKH): dit kenmerk houdt rekening met verzekerden die in het recente verleden niet onafgebroken onder de Zorgverzekeringswet verzekerd waren. Daardoor ontbreken gegevens over hun eerdere zorgkosten. Dit kenmerk wordt vanaf 2026 toegepast.
- Sociaaleconomische status (SES): hierbij worden verzekerden ingedeeld in 12 klassen op basis van inkomen, leeftijd en gezinsgrootte. Het vereveningskenmerk gaat uit van het gemiddelde inkomen per adres.
- Meerjarige hoge kosten; voor moeilijk normeerbare schades. Hieruit worden hoge kostenposten gedeeltelijk verevend als iemand niet onder een FKG, DKG en/of HKG valt. Het gaat hierbij alleen om mensen die in de bovenste 1,5% van deze groep zorggebruikers vallen.
- Geneeskundige GGZ-kosten:
 - boven lage drempel (LDR).
 - al dan niet alleenwonend.

Bij de berekening van de vereveningsbijdrage wordt ook rekening gehouden met de verwachte opbrengst van het verplichte eigen risico. Niet iedere verzekerde maakt het eigen risico volledig op. Met het eigenrisicomodel wordt geraamd hoeveel een zorgverzekeraar, gelet op de samenstelling van zijn verzekerdenbestand, aan verplicht eigen risico zal ontvangen. Deze geraamde opbrengst wordt bij de berekening van de vereveningsbijdrage in mindering gebracht. Dit deel van de zorgkosten wordt immers door de verzekerden zelf betaald.

Vanaf 2022 is (gefaseerd in fasen) de risicoverevening aangepast op het gebied van seizoenarbeiders. De minister van VWS schrijft in een brief aan de Tweede Kamer:

“(…) In het onderzoek is aangetoond dat seizoenarbeiders in het huidige model worden overgecompenseerd en overige niet-ingezetenen worden ondergecompenseerd. De populatie van seizoenarbeiders is scheef verdeeld over de zorgverzekeraars. Alle zorgverzekeraars hebben mij unaniem verzocht bij de invoering van deze wijziging rekening te houden met het effect op de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars in het licht van onzekerheden vanwege COVID-19, en het effect op het aanbod op de zorgverzekeringsmarkt. Zorgverzekeraars hebben daarom verzocht om een gefaseerde invoering van de aanpassing over 2022 en 2023. Ik erken het belang van een gefaseerde invoering en neem het unanieme voorstel van de zorgverzekeraars over.”

Ook achteraf vindt er nog een verevening plaats, de ex-post verevening. Deze verevening compenseert in ieder geval fluctuaties in de verzekerdenpopulatie van zorgverzekeraars.

De ex-post verevening is in de loop van de jaren grotendeels afgebouwd. Zorgverzekeraars dragen daardoor meer financieel risico en hebben een prikkel om doelmatig zorg in te kopen. Er bestaan echter nog verschillende vormen van compensatie achteraf, waaronder de hogekostencompensatie en de bandbreedteregeling voor de geneeskundige GGZ. Ook wordt de vereveningsbijdrage achteraf aangepast aan de werkelijke verzekerdenaantallen en de kenmerken van deze verzekerden.

De verzekeraar hoeft geen verantwoording van het benutten van de vereveningsbijdrage af te leggen ³⁶³. Voor de bepaling van de bijdrage is het uiteraard wel van belang dat de administratie van de verzekeraar de benodigde gegevens kan opleveren ³⁶⁴. Persoonsgegevens die te maken hebben met de gezondheid van verzekerden en gegevens over de aard van het inkomen kan een verzekeraar niet aanleveren. Voor deze gegevens zorgt het Zorginstituut Nederland ³⁶⁵.

³⁶³ Artikelsgewijze toelichting Zvw artikel 32 lid 1

³⁶⁴ Artikel 92 lid 2 Zvw

³⁶⁵ Artikel 36 lid 1 onderdeel c en lid 4 onderdeel b Zvw

Voor 1 oktober van elk kalenderjaar stelt de Minister het bedrag aan totale verrekeningsbijdrage er het jaar daarop aan de Zorgverzekeraars wordt toegekend ³⁶⁶. Voor 1 november wordt de verzekeraar door het Zorginstituut Nederland op de hoogte gesteld van de hoogte van de bijdrage voor het opvolgende kalenderjaar ³⁶⁷.

Het Zorginstituut Nederland stelt de definitieve vereveningsbijdrage uiterlijk op 1 april van het vierde jaar na het vereveningsjaar vast. Daarbij wordt uitgegaan van de werkelijke gegevens. De verzekeraar ontvangt dan zo nodig een aanvullende bijdrage of moet een deel van de eerder ontvangen bijdrage terugbetalen. Voorafgaand aan deze definitieve vaststelling vinden voorlopige vaststellingen plaats.

In geval van buitengewone onvoorziene gebeurtenissen, zoals een natuurramp, een kernramp of een pandemie, zal de regering gedurende het kalenderjaar extra vereveningsgeld ter beschikking stellen ³⁶⁸.

In 2012 is de macronacalculatie afgeschaft. Sindsdien ligt het risico op macro-over of -onderschrijdingen bij zorgverzekeraars. De bedoeling van de afschaffing was om effectieve zorginkoop en kostenbeheersing door zorgverzekeraars te stimuleren.

Per 2021 wordt de macrocalculatie gedeeltelijk weer ingevoerd. Dit heeft te maken met de onzekerheid rondom de coronapandemie. Naast de extra kosten voor coronazorg is er veel onduidelijkheid rondom reguliere zorg. Door de pandemie is de reguliere zorg fors afgeschaald en onduidelijk is of dit in de toekomst kan en zal worden ingehaald. Minister Van Ark schrijft in september 2020:

“Door macronacalculatie wordt achteraf het in totaal uit te keren bedrag via de risicoverevening aangepast aan de feitelijke gerealiseerde kosten van alle zorgverzekeraars gezamenlijk. Omdat ik het belangrijk vind dat er een prikkel voor verzekeraars gezamenlijk blijft bestaan om doelmatig in te kopen, heb ik gekozen voor een nacalculatiepercentage van 85% voor de deelbedragen variabele zorgkosten, GGZ en eigen risico. Dit geldt zowel bij overschrijdingen als onderschrijdingen. Hierdoor wordt voor zorgverzekeraars het risico voor een overschrijding op macroniveau voor de reguliere zorg voor een groot deel weggenomen, waardoor een risico-opslag in de premie wordt voorkomen.

Indien door een eventuele nieuwe opleving van COVID-19 er in 2021 opnieuw sprake is van zorguitval en dus juist lagere reguliere zorgkosten, moeten zorgverzekeraars 85% van het teveel ontvangen bedrag terugbetalen. Daarmee wordt voorkomen dat zorgverzekeraars tezamen veel profijt hebben van vraaguitval.” ³⁶⁹

Naast de gedeeltelijke herinvoering van de macronacalculatie zijn er per vereveningsjaar 2021 nog meer wijzigingen doorgevoerd in de vereveningsmethodiek:

- De invoering van diagnosekostengroepen voor de bepaling van het deelbedrag voor variabele zorgkosten van een zorgverzekeraar;
- De invoering van de bandbreedteregeling bij het deelbedrag voor de kosten van geneeskundige GGZ. Dit heeft te maken met onzekerheden rondom de financiële effecten van de nieuwe bekostiging van de GGZ. Het gaat hier om een tijdelijke maatregel voor 2022, die echter inmiddels tot en met 2024 is verlengd.

Per 2023 werd een forse premieverhoging verwacht door het ministerie van VWS. In combinatie met de afschaffing van de collectiviteitskorting, zou dit kunnen leiden tot meer overstappers. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars zich vooral zullen richten op gezonde verzekerden, is voor 2023 (eenmalig) een bandbreedteregeling ingevoerd om over- en ondercompensatie op polisniveau te verminderen. Per polis wordt het resultaat van plus of min € 50 voor 75% nagecalculeerd.

³⁶⁶ Artikel 32 lid 4 onderdeel a Zvw

³⁶⁷ Artikel 32 lid 6 Zvw

³⁶⁸ Artikel 33 lid 1 Zvw

³⁶⁹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-947513.pdf>

Naast de invoering van Constrained Regression (zie volgende paragraaf) zijn er nog een aantal (beperkte) aanpassingen doorgevoerd in de ex-ante verevening per 2024. Daarbij gaat het er vooral om dat in vijf Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) het normbedrag op nul wordt gesteld.

11.3.1 Constrained regression als onderdeel vereveningsmethodiek

Per 2024 heeft minister Kuipers een meer definitieve oplossing gevonden voor het probleem dat sommige groepen onder- of juist overgecompenseerd worden vanuit de verevening. Door deze prikkels zouden zorgverzekeraars geneigd kunnen zijn zich op bepaalde groepen verzekerden te richten en andere groepen links te laten liggen.

De aanpassing zit in het toepassen van 'voorwaardelijke restricties', oftewel 'constrained regression' (CR). Dit betekent dat er voorwaarden (constraints) als indicator voor gezond en ongezond worden toegevoegd aan de manier van bepaling van normbedragen. Een constraint die zou kunnen worden toegevoegd is bijvoorbeeld de restrictie dat het gemiddeld vereveningsresultaat op de specifieke groep verzekerden (bijvoorbeeld: diabetici) gelijk is aan nul. Op deze manier is deze groep niet langer voorspelbaar verliesgevend. Door de toevoeging van CR aan het vereveningsstelsel “neemt de ondercompensatie van ongezonde verzekerden en de overcompensatie van gezonde verzekerden sterk af”, aldus Kuipers.

De toepassing van CR zou er ook voor moeten zorgen dat de financiële aantrekkelijkheid van mensen met een vrijwillig eigen risico afneemt.

Vanwege de onzekerheden rond de invoering van het zorgprestatie-model wordt vanaf 2022 een bandbreedteregeling toegepast voor de kosten van geneeskundige GGZ. Deze regeling is ook in 2024, 2025 en 2026 toegepast. Het kabinet heeft besloten de regeling in 2027 voort te zetten. De regeling beperkt zowel positieve als negatieve afwijkingen van het gemiddelde marktresultaat van zorgverzekeraars. Met de voorgenomen wijziging van het Besluit zorgverzekering wordt het mogelijk om de toepassing jaarlijks bij ministeriële regeling vast te leggen. Daarvoor hoeft dan niet telkens het Besluit zorgverzekering te worden aangepast.

11.3.2 Aanpassingen vereveningsregeling per 2026

Per 2026 is de risicoverevening op een aantal punten aangepast:

- **Betere compensatie voor medicijnkosten**
De manier waarop medicijnkosten worden ingedeeld en gecompenseerd (de farmaceutische kostengroepen, of FKG's) wordt gemoderniseerd. Er komt een nieuwe indeling voor geneesmiddelen en er worden twee nieuwe groepen toegevoegd voor de aandoeningen goedaardige prostaatvergroting en chronische migraine. Dit zorgt ervoor dat de compensatie die verzekeraars ontvangen beter aansluit bij de daadwerkelijke kosten voor specifieke patiëntgroepen.
- **Compensatie voor verzekerden met 'ontbrekende kostenhistorie'**
Er wordt een nieuw kenmerk toegevoegd voor mensen die nieuw zijn in de Zorgverzekeringswet (bijvoorbeeld immigranten) of die in de afgelopen jaren niet continu verzekerd waren. Deze groep is voor verzekeraars vaak verlieslatend. Door een specifieke compensatie voor deze groep in te voeren, wordt het speelveld voor verzekeraars gelijk en worden prikkels om deze mensen te weren, weggenomen.
- **Tijdelijke oplossing voor kosten van hulpmiddelen**
De hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) worden vanaf vereveningsjaar 2025 niet meer toegepast. Vanaf 2026 wordt gebruikgemaakt van het nieuwe kenmerk historische hulpmiddelenkosten (HHK). Hierbij wordt de bijdrage gebaseerd op de hulpmiddelenkosten van een verzekerde in het verleden. HHK en het kenmerk ontbrekende kostenhistorie (OKH) zijn voor 2026 als eenmalige aanvullende

vereveningskenmerken opgenomen. Het ontwerp tot wijziging van het Besluit zorgverzekering voorziet in een structurele grondslag voor beide kenmerken vanaf 2027.

- **Extra vangnet voor extreem hoge zorgkosten**

Er bestaat al een regeling die verzekeraars compenseert voor extreem hoge kosten per verzekerde (de hogekostencompensatie, HKC). Vanaf 2026 wordt hier een extra staffel aan toegevoegd. Voor zorgkosten boven de €1,25 miljoen per verzekerde, worden de meerkosten voor 90% gezamenlijk door alle verzekeraars gedragen (dit was 75% voor alle kosten boven €400.000). Dit verkleint het financiële risico voor een individuele verzekeraar bij zeer dure behandelingen en komt de stabiliteit van het systeem ten goede. De verzekeraar behoudt een prikkel van 10% om te blijven sturen op een redelijke prijs en passende zorg.

De wijzigingen waarvoor aanpassing van het Besluit zorgverzekering nodig is, worden voor de vereveningsjaren 2025 en 2026 al door het Zorginstituut Nederland toegepast op basis van gepubliceerde conceptregelingen. Het ontwerp tot wijziging van het besluit is op 16 juli 2026 bij beide Kamers voorgehangen. De voorhangtermijn loopt tot 28 september 2026. Daarna volgen advisering door de Raad van State en de definitieve vaststelling.

11.3.3 Aanpassingen vereveningsregeling per 2027

Het kabinet heeft op 14 september 2026 de definitieve vormgeving van de risicoverevening voor 2027 bekendgemaakt. De aanpassingen betreffen onder meer de farmaceutische kostengroepen, de diagnosekostengroepen en het eigenrisicomodel.

Voor de geneeskundige GGZ blijft de bandbreedteregeling bestaan: afwijkingen van meer dan € 10 per premie-equivalent boven of onder het gemiddelde marktresultaat worden buiten deze bandbreedte voor 90% nagecalculeerd. Daarnaast wordt de hogekostencompensatie voor de GGZ tijdelijk verruimd. In 2027 valt de duurste 1,5% van de GGZ-gebruikers onder deze regeling, tegenover 0,5% in 2026.

De kosten van deze verzekerden worden voor 90% gezamenlijk door de zorgverzekeraars gedragen. Hiermee wil het kabinet het financiële risico van verzekerden met complexe GGZ-zorg evenwichtiger verdelen en de toegankelijkheid van deze zorg verbeteren.

Bij bepaalde vereveningskenmerken worden bovendien de normbedragen achteraf gecorrigeerd op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen. De juridische uitwerking vindt plaats via het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2027. Voor 2028 streeft het kabinet naar een grondige herziening van de GGZ-verevening, mede op basis van gegevens uit het zorgprestatiemodel. De inhoud daarvan wordt nog onderzocht.

11.4 Prinsjesdag 2026 (15 september 2026)

Jaarlijks worden op Prinsjesdag de nodige cijfers en relevante gegevens met betrekking tot de Zorgverzekeringswet bekend gemaakt. Hieronder een overzicht waarin een aantal belangrijkste cijfers uit de begroting voor 2027 van het ministerie van VWS rondom de Zorgverzekeringswet zijn weergegeven:

Item	2023	2024	2025	2026	2027	Vershil '26/'27
Procentuele Wlz-premie	9,65%	9,65%	9,65%	9,65%	9,65%	0,00%
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (normaal tarief)	6,68%	6,57%	6,51%	6,10%	6,27%	0,17%
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (verlaagd tarief)	5,43%	5,32%	5,26%	4,85%	5,02%	0,17%
Maximum bijdrageplichtig inkomen	€ 66.956,00	€ 71.628,00	€ 75.864,00	€ 79.409,00	Nog niet bekend	Nog niet bekend
Nominale rekenpremie	€ 1.599,00	€ 1.708,00	€ 1.802,00	€ 1.812,00	€ 1.964,00	€ 152,00
Gemiddelde nominale opslagpremie (schatting)	€ 51,00	€ 39,00	€ 74,00	€ 67,00	€ 65,00	-€ 2,00
Totale gemiddelde nominale premie	€ 1.650,00	€ 1.747,00	€ 1.876,00	€ 1.879,00	€ 2.029,00	€ 150,00
Verplicht eigen risico	€ 385,00	€ 385,00	€ 385,00	€ 385,00	€ 400,00	€ 15,00
Standaardpremie (tbv Zorgtoeslag)	€ 1.889,00	€ 1.987,00	€ 2.112,00	€ 2.119,00	€ 2.277,00	€ 158,00
Maximale zorgtoeslag alleenstaande	€ 1.858,00	€ 1.483,00	€ 1.573,00	€ 1.550,00	€ 1.680,00	€ 130,00
Maximale zorgtoeslag partners	€ 3.180,00	€ 2.833,00	€ 3.010,00	€ 2.963,00	€ 3.223,00	€ 260,00

Enkele opvallende zaken hierbij zijn:

- VWS verwacht dat de gemiddelde nominale premie per 2027 met € 12,50 per maand (€ 150 per jaar) stijgt, naar € 2.029 per jaar oftewel € 169 per maand. Vorig jaar begrootte VWS op Prinsjesdag € 1.908 voor 2026, terwijl zorgverzekeraars uiteindelijk gemiddeld € 1.879 vaststelden; de raming lag daarmee € 29 te hoog. Op basis van de rekenpremie, die voor 2027 met € 152 stijgt naar € 1.964, gaan zorgverzekeraars doorrekenen welke premie zij zelf denken nodig te hebben. Deze premiestelling voor 2027 moet uiterlijk 12 november 2026 bekend zijn.
- Voor 2027 verwacht VWS dat zorgverzekeraars € 0,6 miljard aan reserves inzetten om de premie te dempen. Zonder die inzet zou de premie € 17 hoger liggen, en doordat er meer wordt ingezet dan de € 0,4 miljard in 2026 valt de stijging € 4 lager uit. Het blijft een verwachting: verzekeraars bepalen zelf of

en hoeveel reserves zij inzetten. Vorig jaar ging VWS voor 2026 nog uit van € 0,1 miljard en werd het € 0,4 miljard.

- De inkomensafhankelijke bijdrage (regulier tarief) stijgt met 0,17 procentpunt naar 6,27%. Na vijf jaren van verlagingen op rij wordt de bijdrage voor het eerst weer naar boven bijgesteld. De stijging komt onder meer door de groei van de zorguitgaven (0,29 procentpunt, waarvan 0,26 door loon- en prijsontwikkeling), door het wegvallen van het grote fondsoverschot dat de premie 2026 eenmalig drukte (0,15 procentpunt) en door een opwaartse correctie van 0,08 procentpunt omdat de grondslag in 2026 lager uitviel dan begroot. Daar staat tegenover dat diezelfde grondslag van 2026 op 2027 meegroeit met de lonen, wat het percentage met 0,31 procentpunt verlaagt.
- De inkomensafhankelijke bijdrage en het nominale deel van de financiering worden altijd in de verhouding 50/50 vastgesteld, met een correctie voor afwijkingen uit voorgaande jaren. Dat nominale deel bestaat uit de nominale premie, de opbrengst van het verplicht eigen risico en de rijksbijdrage voor kinderen tot 18 jaar. Daardoor drukt de indexatie van het eigen risico de nominale premie met € 13: wat via het eigen risico binnenkomt, hoeft niet via de premie te worden opgehaald. Inmiddels is er cumulatief € 3,2 miljard te veel aan inkomensafhankelijke bijdrage binnengekomen, tegen € 3,1 miljard vorig jaar. In de premiestelling 2026 was beoogd hiervan € 0,8 miljard in te lopen, maar dat is niet gelukt: verzekeraars stelden de nominale premie lager vast dan begroot en de opbrengst uit de bijdrage viel hoger uit. Voor 2027 wordt daarom opnieuw € 0,8 miljard ingeboekt, wat betekent dat de financiering uit de bijdrage dit jaar € 0,8 miljard lager ligt dan die uit het nominale deel. Het effect op de premieontwikkeling zelf is nihil.
- Ook het verlaagde tarief van de inkomensafhankelijke bijdrage, dat geldt voor zelfstandigen en gepensioneerden, stijgt met 0,17 procentpunt, naar 5,02%.
- Het maximum bijdrage-inkomen voor 2027 staat nog niet vast. Dat bedrag wordt pas in november bij ministeriële regeling vastgesteld en is gelijk aan het maximumpremieloon voor de werknemersverzekeringen. Voor 2026 kwam het uit op € 79.409.
- Het verplichte eigen risico gaat voor het eerst sinds 2016 omhoog, van € 385 naar € 400. Het kabinet ziet af van de eerder beoogde verlaging naar € 165 en laat het eigen risico vanaf 2027 weer meelopen met de zorgkostenontwikkeling. De aanvullende verhoging met € 60 uit het coalitieakkoord is uitgesteld van 1 januari 2027 naar 1 januari 2028. In 2027 worden wel de voorbereidingen getroffen voor het trancheren van het eigen risico tot maximaal € 150 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg, dat vanwege de implementatietermijn per 2028 ingaat.
- De standaardpremie wordt gebruikt voor de berekening van de zorgtoeslag. Die stijgt in 2027 met € 158 naar € 2.277, na een stijging van € 7 in 2026. De maximale zorgtoeslag voor een alleenstaande stijgt daardoor met € 130 naar € 1.680 en die voor partners met € 260 naar € 3.223. Het gaat om ramingen: de NZa stelt de definitieve standaardpremie in november vast, op basis van de premies die verzekeraars daadwerkelijk hebben vastgesteld, en pas daarna staat de zorgtoeslag 2027 vast.
- De procentuele premie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) blijft gelijk op 9,65%, volgens afspraak. Het tekort in het Fonds langdurige zorg wordt opgevangen via de rijksbijdrage Wlz, die oploopt van € 14,35 miljard in 2026 naar € 15,25 miljard in 2027.

11.5 Pakketwijzigingen per 2027

Het verzekeringspakket kent per 2027 geen inhoudelijke aanpassingen.

De bekostiging van stoppen-met-roken wordt gewijzigd. De NZa introduceert afzonderlijke prestaties voor onder meer korte en intensieve begeleiding, nazorg en terugvalbegeleiding. Apothekers kunnen de bijbehorende medicatie rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareren.

Vanaf 2026 is de vergoeding voor stoppen-met-rokenprogramma's uitgebreid naar maximaal drie stoppen-met-rokenprogramma's per kalenderjaar. In een beleidsregel verduidelijkt de NZa dat terugvalbegeleiding tijdens de nazorg bij hetzelfde programma hoort. Verder vallen ook andere nicotineverslavingen, zoals vaperen, onder de stoppen-met-roken vergoeding.

12 Elektronische verstrekking documenten rond de zorgverzekering

Op 1 juli 2010 is de wet “Wet van 20 februari 2010 tot wijziging van enige bepalingen van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en het Burgerlijk Wetboek teneinde naast het in deze bepalingen gestelde vereiste van schriftelijkheid ook ruimte te bieden aan de ontwikkelingen op het gebied van het elektronisch verkeer” in werking getreden. Deze wet regelt dat verzekeraars –onder voorwaarden- het polisblad op verzoek van de verzekeringnemer elektronisch mogen verstrekken in plaats van op papier.

12.1 Elektronische gegevensstromen

In het kader van het aanbieden van (zorg)verzekeringen zijn er drie soorten documenten die digitaal verstrekt kunnen worden:

1. *Bepaalde mededelingen* in het kader van uitvoering van de verzekering ³⁷⁰;
2. *Polisbladen* ³⁷¹;
3. *Algemene (Polis)voorwaarden*.

Voor elk van deze documenten gelden specifieke vereisten met betrekking tot de elektronische verstrekking.

12.2 Bepaalde mededelingen

Het Burgerlijk wetboek wordt een aantal mededelingen genoemd die een verzekeraar in het kader van uitvoering van de verzekering schriftelijk aan de verzekeringnemer moet verstrekken. Een aantal van deze mededelingen kunnen digitaal worden verstrekt. Voor zorgverzekeringen zijn dit mededelingen in het kader van:

- a. niet voldoen aan mededelingsplicht van de verzekeringnemer ³⁷²;
- b. de gevolgen van het niet betalen van de premie, inclusief beëindiging, opschorting, schorsing als gevolg van wanbetaling ³⁷³;
- c. wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekeringnemer ³⁷⁴.

Voor de laatste mededeling zal jaarlijks kunnen voorkomen bij de prolongatie.

12.2.1 Uitdrukkelijke toestemming

De geadresseerde zal altijd uitdrukkelijk instemming moeten verlenen met het elektronisch ontvangen van deze mededelingen. Onder “uitdrukkelijke instemming” wordt verstaan dat de geadresseerde bewust kiest voor de elektronische verzending (opting in). In de memorie van toelichting staat: “Het verzoek tot toestemming moet uitdrukkelijk onder de aandacht worden gebracht. Een bepaling in algemene voorwaarden waarin wordt ingestemd met elektronische verzending voldoet hier niet aan. De toestemming kan bijvoorbeeld

³⁷⁰ Besluit van 8 februari 2008, houdende regels inzake de verzending van mededelingen langs elektronische weg in het kader van een verzekeringsovereenkomst

³⁷¹ Wet van 20 februari 2010 tot wijziging van enige bepalingen van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en het Burgerlijk Wetboek teneinde naast het in deze bepalingen gestelde vereiste van schriftelijkheid ook ruimte te bieden aan de ontwikkelingen op het gebied van het elektronisch verkeer

³⁷² Artikel 7:929 BW

³⁷³ Artikel 7:934 BW jo artikel 8 lid 3 Zvw

³⁷⁴ Artikel 7:940 lid 4 BW

worden gegeven door het aanvinken van een hokje achter een daartoe strekkende verklaring op de verzekeringsovereenkomst of op een afzonderlijk formulier.”³⁷⁵

De Zorgverzekeringswet geeft in sommige gevallen aan dat, naast communicatie richting verzekeringnemer, ook de verzekerde moet worden geïnformeerd, bijvoorbeeld als verzekeringnemer premieachterstand heeft³⁷⁶. Een verzekerde moet zelfstandig afzonderlijk uitdrukkelijke toestemming geven voor het elektronisch verstrekken van deze mededelingen³⁷⁷.

12.2.2 Ontvangstbevestiging

De wetgever heeft zich gebogen over de vraag hoe duidelijk is dat een bepaalde mededeling de geadresseerde heeft bereikt. Bij elektronische mededelingen ligt dat wat moeilijker dan bij papieren mededelingen. Volgens de wetgever geldt dat “een verklaring als ontvangen kan gelden en dus haar werking heeft wanneer die verklaring een systeem van gegevensverwerking heeft bereikt waarvoor de geadresseerde verantwoordelijkheid draagt”³⁷⁸.

Omdat dit geen garantie biedt dat de mededeling de geadresseerde echt bereikt, is opgenomen dat de verzekeraar een ontvangstbevestiging moet vragen. Zolang de verzekeraar geen (automatische) ontvangstbevestiging heeft ontvangen, heeft de mededeling de geadresseerde niet ontvangen. Als een ontvangstbevestiging uitblijft, zal de verzekeraar de mededeling nogmaals moeten verzenden (al dan niet schriftelijk).

De verplichting tot het ontvangen van ontvangstbevestiging bij mededelingen is per 1 juli 2011 vervallen met de inwerkingtreding van het “Besluit elektronische mededelingen in het kader van een verzekeringsovereenkomst”. Dit scheelt veel werk voor verzekeraars. Nadeel is dat de bewijslast van het aantonen dat de mededeling door de geadresseerde is ontvangen, een stuk lastiger wordt voor de verzekeraar.

12.2.3 Herroeping toestemming

De geadresseerde kan elk moment de toestemming tot het verzenden van elektronische mededelingen intrekken (opting out). Vanaf dat moment moet de verzekeraar de mededelingen weer schriftelijk versturen³⁷⁹.

13.2.4 Overige punten

De elektronische mededelingen moeten op een zodanig manier aan de geadresseerde worden verstuurd, dat de geadresseerde het bericht op een duurzame drager kan opslaan. Onder duurzame drager wordt verstaan “ieder hulpmiddel dat de mogelijkheid biedt om informatie op te slaan op een wijze die deze informatie toegankelijk maakt voor toekomstig gebruik gedurende een periode die is afgestemd op het doel waarvoor de informatie kan dienen, en die een ongewijzigde reproductie van de opgeslagen informatie mogelijk maakt.”³⁸⁰ Hierbij valt te denken aan de harde schijf van een computer of een USB-stick of andere gegevensdragers. Ook een persoonlijke berichtenbox op de website van een online financiële dienstverlener geldt volgens een uitspraak van het Europese hof als een duurzame drager.

³⁷⁵ Staatsblad 45 jaargang 2008, nota van toelichting, pagina 5 (punt 2)

³⁷⁶ Artikel 18a lid 5 Zvw

³⁷⁷ Staatsblad 45 jaargang 2008, nota van toelichting, pagina 5 (punt 2)

³⁷⁸ Staatsblad 45 jaargang 2008, nota van toelichting, pagina 6 (punt 3)

³⁷⁹ Staatsblad 45 jaargang 2008, nota van toelichting, pagina 5 (punt 2)

³⁸⁰ Staatsblad 45 jaargang 2008, nota van toelichting, pagina 5 (punt 1)

12.3 Polisbladen

Sinds 1 juli 2010 bestaat de mogelijkheid voor verzekeraars om het polisblad elektronisch aan de geadresseerde (verzekeringnemer en verzekerde) te verstrekken. Dit is geregeld in de “Wet van 20 februari 2010 tot wijziging van enige bepalingen van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en het Burgerlijk Wetboek teneinde naast het in deze bepalingen gestelde vereiste van schriftelijkheid ook ruimte te bieden aan de ontwikkelingen op het gebied van het elektronisch verkeer”. Om dit mogelijk te maken moesten een aantal wetten, zoals het Burgerlijk Wetboek en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering worden aangepast. Het wetsvoorstel gaat niet alleen over polissen, maar ook over andere onderhandse akten. Een onderhandse akte is een document die dwingend bewijs levert van een verklaring van een partij ten opzichte van een andere partij. Een polis is een document die aangeeft dat de verzekeraar vergoedingen of verstrekkingen betaalt of levert voor de verzekerde conform polisvoorwaarden.

12.3.1 Uitdrukkelijke toestemming

De geadresseerde zal altijd uitdrukkelijk instemming moeten verlenen met het elektronisch ontvangen van polisbladen³⁸¹. Onder “uitdrukkelijke instemming” wordt verstaan dat de geadresseerde bewust kiest voor de elektronische verzending (opting in). In de memorie van toelichting staat: “De eis van toestemming moet uitdrukkelijk onder de aandacht worden gebracht. Instemming met algemene voorwaarden waarin een bepaling is opgenomen dat wordt ingestemd met een elektronische akte voldoet dus niet aan de eis van uitdrukkelijke toestemming. De toestemming kan bijvoorbeeld worden gegeven door het aanvinken van een hokje achter een daartoe strekkende verklaring op de koopovereenkomst, de verzekeringsovereenkomst of op een afzonderlijk formulier.”³⁸²

De Zorgverzekeringswet geeft aan dat (jaarlijkse) zorgpolis moet worden verstrekt aan alle verzekerden afzonderlijk, dus niet alleen aan de verzekeringnemer³⁸³. Elke geadresseerde verzekerde moet zelfstandig afzonderlijk uitdrukkelijke toestemming geven voor het elektronisch verstrekken van de zorgpolis³⁸⁴.

12.3.2 Ontvangstbevestiging niet van toepassing

In het oorspronkelijke wetsvoorstel was ingebouwd dat een elektronische polis pas als ontvangen kon worden beschouwd als de afzender een ontvangstbevestiging van de geadresseerde heeft ontvangen (dus net als bij elektronische mededelingen)³⁸⁵. Deze bepaling is in het behandeltraject vervallen.

Het ontbreken van de verplichting voor de verzekeraar om bij te houden of er een ontvangstbevestiging is ontvangen, scheelt veel werk voor verzekeraars. Nadeel is dat de bewijslast van het aantonen dat het polisblad door de geadresseerde is ontvangen, een stuk lastiger wordt voor de verzekeraar.

12.3.3 Herroeping toestemming

De geadresseerde kan elk moment de toestemming tot het verzenden van elektronische polis intrekken. Vanaf dat moment moet de verzekeraar de mededelingen weer schriftelijk versturen³⁸⁶.

³⁸¹ Artikel 1 lid 3 Besluit verzending mededelingen langs elektronische weg in het kader van een verzekeringsovereenkomst

³⁸² Kamerstuk 31 358 nr. 3, nota van toelichting, pagina 5 (punt 4)

³⁸³ Artikel 9 lid 1 Zvw

³⁸⁴ Kamerstuk 31 358 nr. 3, nota van toelichting, pagina 5 (punt 4)

³⁸⁵ Kamerstuk 31 358 nr. 2, oorspronkelijk wetsvoorstel voor artikel 156a lid 3 Rv

³⁸⁶ Artikel 156a lid 2 Rv

12.3.4 Digitale handtekening

Een onderhandse akte moet ondertekend zijn ³⁸⁷. Dit geldt uiteraard ook voor een elektronische akte / polis. De wet laat in het midden welke vorm van elektronische handtekening voldoet voor onderhandse akten. Er wordt gesteld dat dit afhangt van het doel waarvoor de gegevens worden gebruikt en van alle overige omstandigheden ³⁸⁸. In het geval van de –met publiekrechtelijke waarborgen omgeven- zorgpolis lijkt de conclusie redelijk dat de elektronische zorgpolis moet zijn voorzien van een gekwalificeerde elektronische handtekening die voldoet aan de wettelijke vereisten ³⁸⁹.

12.3.5 Overige punten

De elektronische polis moet op een zodanige manier aan de geadresseerde worden verstuurd, dat de geadresseerde de polis op een duurzame drager kan opslaan. Onder duurzame drager wordt verstaan “ieder hulpmiddel dat de mogelijkheid biedt om informatie op te slaan op een wijze die deze informatie toegankelijk maakt voor toekomstig gebruik gedurende een periode die is afgestemd op het doel waarvoor de informatie kan dienen, en die een ongewijzigde reproductie van de opgeslagen informatie mogelijk maakt.” ³⁹⁰ Hierbij valt te denken aan een CD/DVD-rom, de harde schijf van een computer of een USB-stick. Ook een persoonlijke berichtenbox op de website van een online financiële dienstverlener geldt volgens een uitspraak van het Europese hof als een duurzame drager.

Als een elektronische polis verloren is gegaan kan de geadresseerde de verzekeraar verzoeken een nieuw exemplaar te ontvangen. Dit kan –op verzoek of bij intrekking van de toestemming- ook een schriftelijke polis zijn ³⁹¹.

12.4 (Polis)voorwaarden

Naast de elektronische aanlevering van het polisblad, kunnen ook de algemene voorwaarden sinds 1 juli 2010 elektronisch te verstrekken. Dit is in dezelfde wetswijziging geregeld als de elektronische polis.

Een beding in de algemene voorwaarden zijn vernietigbaar als de geadresseerde geen mogelijkheid heeft gehad om kennis te nemen van de algemene voorwaarden. Daarom is het op een correcte wijze verstrekken van de polisvoorwaarden belangrijk.

12.4.1 Uitdrukkelijke toestemming niet altijd noodzakelijk

Als een overeenkomst langs elektronische weg wordt afgesloten, wordt de toestemming om de polisvoorwaarden ook elektronisch te ontvangen automatisch aanwezig geacht ³⁹². Is de overeenkomst niet langs elektronische weg tot stand gekomen, dan is er uitdrukkelijke instemming van de geadresseerde nodig.

12.4.2 Herroeping toestemming

De geadresseerde kan elk moment de toestemming tot het verzenden van elektronische polis intrekken. Vanaf dat moment moet de verzekeraar de mededelingen weer schriftelijk versturen.

³⁸⁷ Artikel 156 lid 1 Rv

³⁸⁸ Kamerstuk 31 358 nr. 3, nota van toelichting, pagina 4 (punt 2)

³⁸⁹ Artikel 3:15a lid 2 BW

³⁹⁰ Kamerstuk 31 358 nr. 3, nota van toelichting, pagina 4 (punt 3)

³⁹¹ Kamerstuk 31 358 nr. 3, nota van toelichting, pagina 6 (punt 6)

³⁹² Kamerstuk 31 358 nr. 3, memorie van toelichting, pagina 10 (punt 4)

12.4.3 Overige punten

De elektronische polisvoorwaarden moeten zodanig ter beschikking worden gesteld dat de geadresseerde de polisvoorwaarden kan opslaan en kan doornemen. Dit kan bereikt worden door het mailen van een elektronische versie van de polisvoorwaarden. Maar ook het aanleveren van een deeplink naar de plaats waar de polisvoorwaarden op de website van de verzekeraar staan is mogelijk. Het moet wel gaan om een deeplink, een algemene link naar de homepage van de website is onvoldoende, omdat de geadresseerde vervolgens moet gaan zoeken³⁹³.

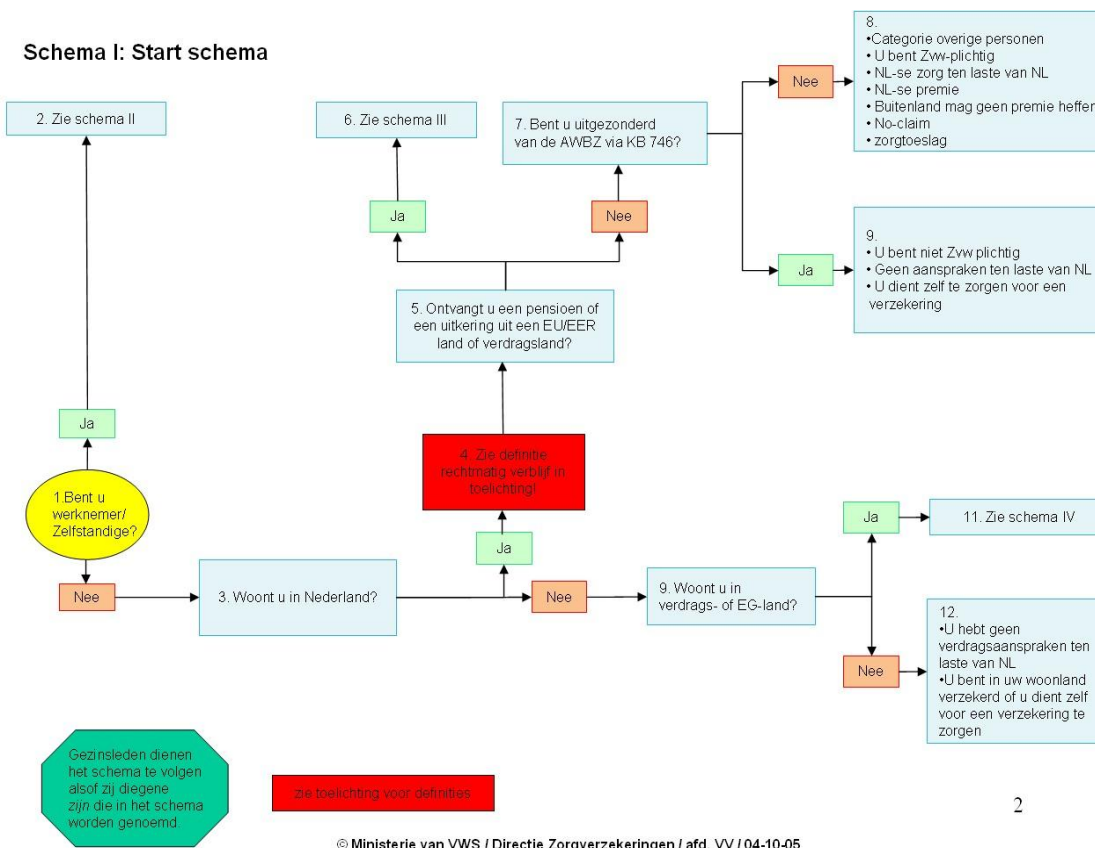
Schematisch overzicht elektronische verstrekking documenten:

	Uitdrukkelijke instemming	Herroeping toestemming	Digitale handtekening
Mededelingen	Ja	Elk moment	Nee
Polisblad	Ja	Elk moment	Noodzakelijk
Polisvoorwaarden	Niet in alle gevallen nodig	Elk moment	Nee

³⁹³ Kamerstuk 31 358 nr. 3, memorie van toelichting, pagina 9 (punt 3)

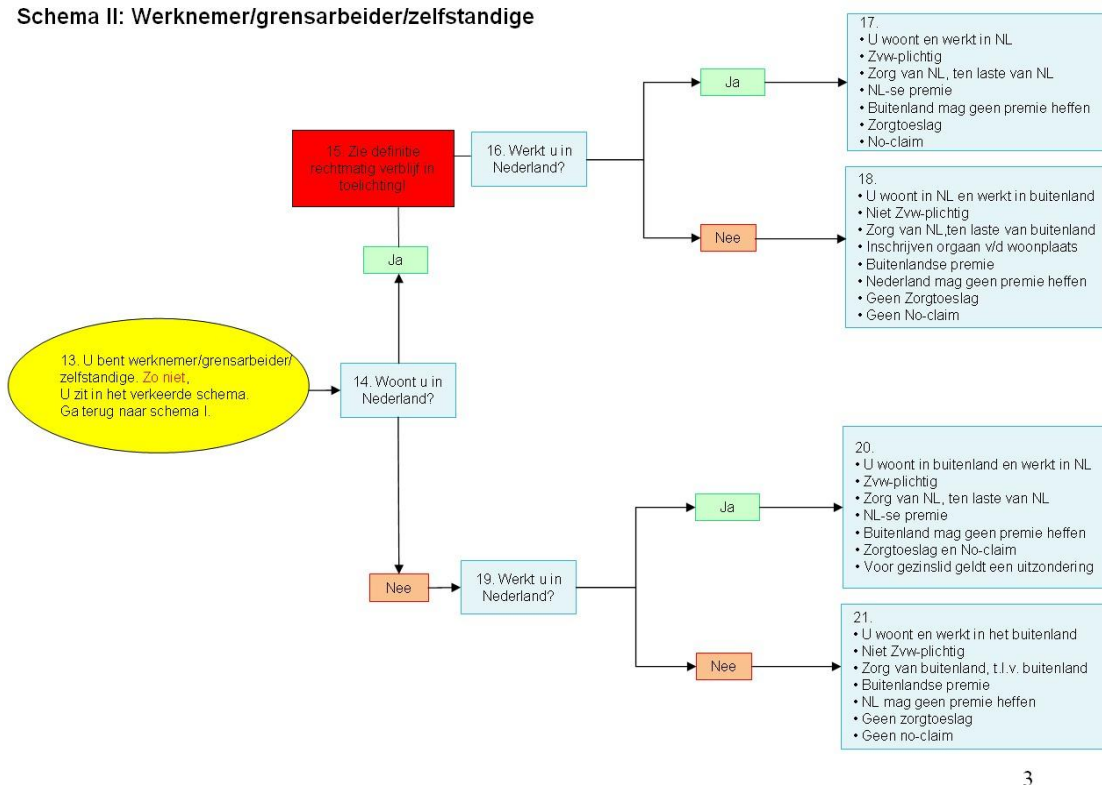
Bijlage 1: Stroomschema VWS mbt bepaling verzekeringsrecht

Schema I: Start schema



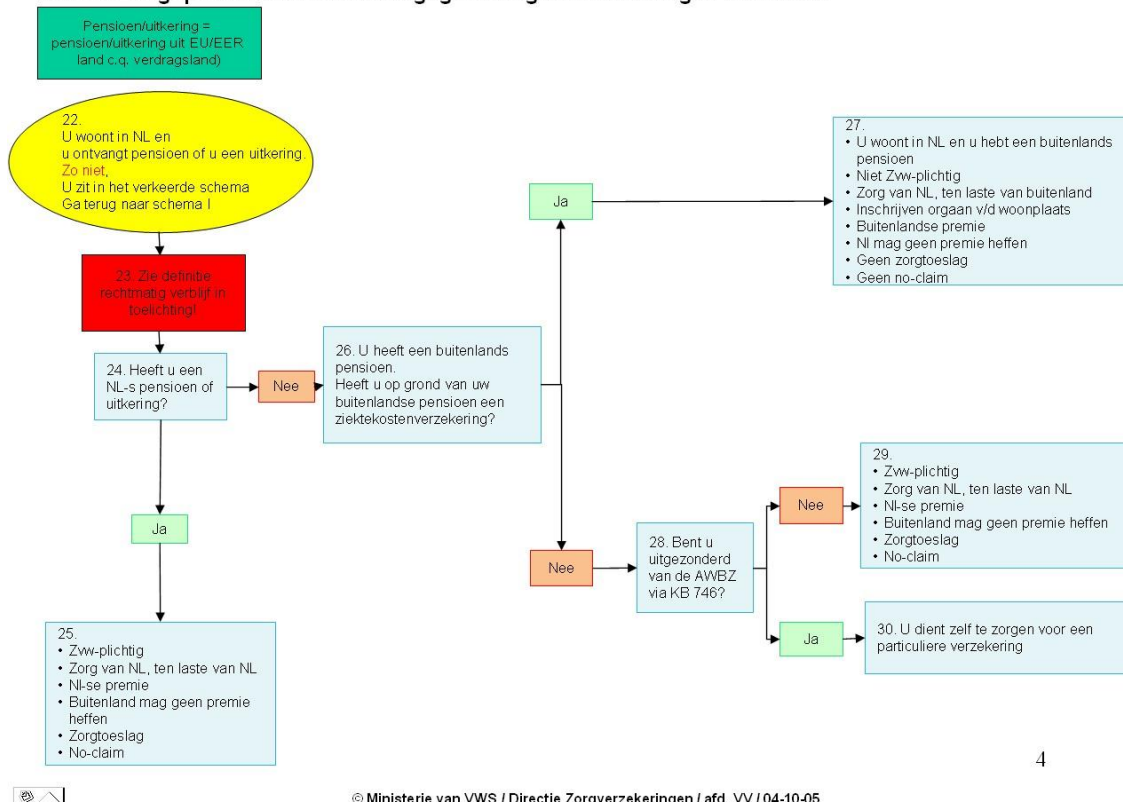
2

Schema II: Werknemer/grensarbeider/zelfstandige

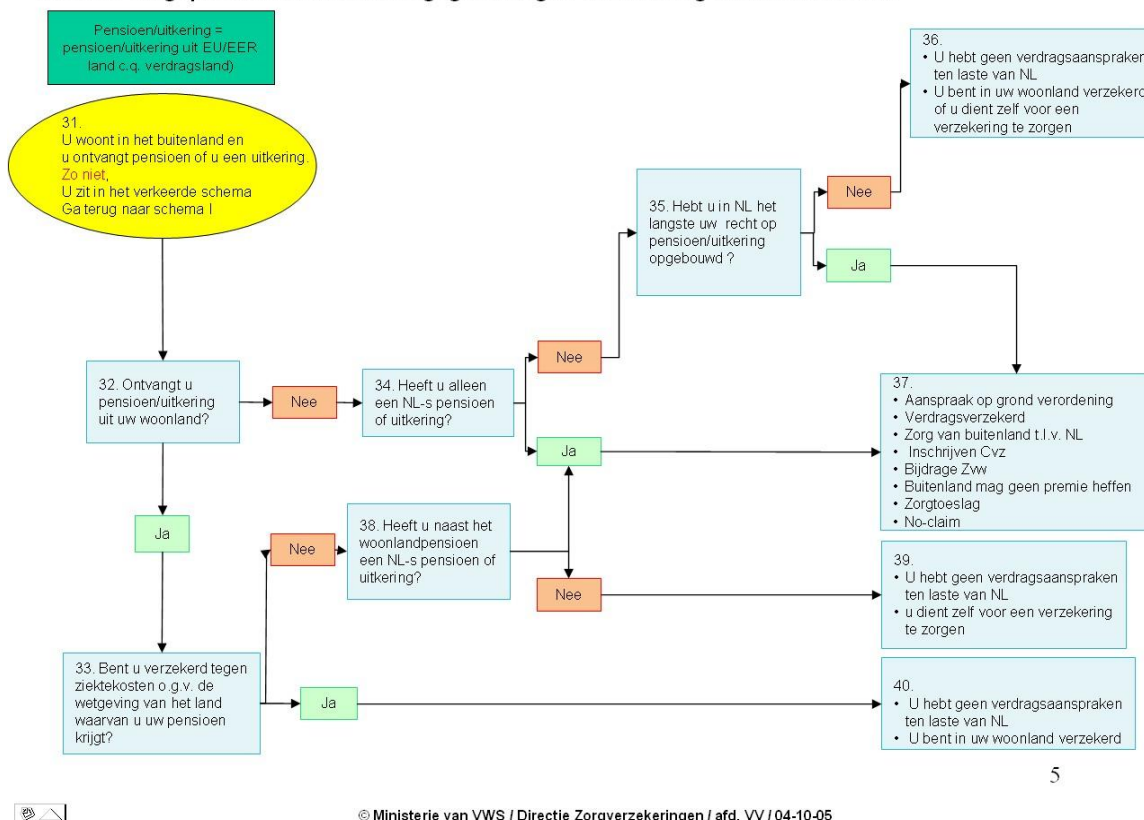


3

Schema III: gepensioneerde/uitkeringsgerechtigde woonachtig in Nederland



Schema IV: gepensioneerde/uitkeringsgerechtigde Woonachtig buiten Nederland



Bijlage 2: Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999

Te vinden op:

<http://wetten.overheid.nl/BWBR0010182/>

Bijlage 3: lijst met (chronische) aandoeningen die in aanmerking komen voor fysiotherapie/ oefentherapie

Te vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/#Bijlage1>

Bijlage 4: uitgebreid schema Nederlanders werkzaam in het buitenland

Schema: Nederlanders werkzaam in het buitenland (EEG Verordening nr. 883/04 en Besluit uitbreiding beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999)

Woonplaats in...?	Werkzaam in...?	Werkzaamheden voor rekening van...?	Verwachte duur van arbeid in buitenland?	Uitgezonderd ter vervanging van een andere gedetacheerde werknemer?	Gevolg	Opmerking	Bron	Uitvoering door
Nederland	EU/EER/ Verdragsland	Nederlandse onderneming (detachering)	Korter dan 24 maanden	Nee	Verzekeringsplichtig in Nederland	In principe geen verlenging mogelijk, tenzij in overleg met de SVB	EEG Verordening 883/2004	Nederlandse verzekeraar
		Nederlandse onderneming (detachering)	Langer dan 24 maanden	Nee	Verzekeringsplichtig volgens sociaal stelsel in woonland		EEG Verordening 883/2004	Buitenland + CZ Verzekeringen
		Nederlandse onderneming (detachering)	Korter dan 24 maanden	Ja	Verzekeringsplichtig volgens sociaal stelsel in woonland		EEG Verordening 883/2004	Buitenland + CZ Verzekeringen
		Buitenlandse onderneming	Maakt niet uit	Maakt niet uit	Verzekeringsplichtig volgens sociaal stelsel in woonland		EEG Verordening 883/2004	Buitenland + CZ Verzekeringen
	Niet-verdragsland	uitsluitend uit hoofde van een dienstbetrekking met een Nederlandse onderneming	Maakt niet uit	n.v.t.	Verzekeringsplichtig in Nederland	Mits er sprake is van een "organische" band met de NL werkgever (Besluit IFZ2000/380M min. van Fin.)	Besluit Uitbreiding en beperking kring verzekerden	Nederlandse verzekeraar
		Buitenlandse onderneming	Korter dan 3 maanden	n.v.t.	Verzekeringsplichtig in Nederland		Besluit Uitbreiding en beperking kring verzekerden	Nederlandse verzekeraar

Woonplaats in...?	Werkzaam in...?	Werkzaamheden voor rekening van...?	Verwachte duur van arbeid in buitenland?	Uitgezonden ter vervanging van een andere gedetacheerde werknemer?	Gevolg	Opmerking	Bron	Uitvoering door
		Buitenlandse onderneming	Langer dan 3 maanden	n.v.t.	Verzekeringsplichtig volgens sociaal stelsel in woonland		Besluit Uitbreiding en beperking kring verzekerden	Buitenland
EU/EER/ Verdragsland	EU/EER/ Verdragsland	Nederlandse onderneming (detachering)	Korter dan 24 maanden	Nee	Verzekeringsplichtig in Nederland	In principe geen verlenging mogelijk, tenzij in overleg met het bevoegde orgaan in het oorspronkelijke woonland.	EEG Verordening 883/2004	Nederlandse verzekeraar
		Nederlandse onderneming (detachering)	Langer dan 24 maanden	Nee	Verzekeringsplichtig volgens sociaal stelsel in woonland		EEG Verordening 883/2004	Buitenland
		Nederlandse onderneming (detachering)	Korter dan 24 maanden	Ja	Verzekeringsplichtig volgens sociaal stelsel in woonland		EEG Verordening 883/2004	Buitenland
		Buitenlandse onderneming	Maakt niet uit	Maakt niet uit	Verzekeringsplichtig volgens sociaal stelsel in woonland		EEG Verordening 883/2004	Buitenland
Niet-verdragsland	Niet-verdragsland	Buitenlandse onderneming	Maakt niet uit	Maakt niet uit	Niet verzekeringsplichtig in Nederland		n.v.t.	Buitenland

Bijlage 5: belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige versie(s) van Zorgverzekeringswet in Praktijk

Belangrijkste wijzigingen in versie 31.1 t.o.v. versie 31.0

Algemeen – waar mogelijk getallen en cijfers opgenomen voor zover bekend vanaf Prinsjesdag 2026

5.14 en 5.14.1 – geüpdatet

6.6.3.4 Mogelijke aanpassingen verplicht eigen risico per 2027 – aangepast aan actualiteit

7.5 Kosten gezondheidszorg per Nederlander - aangepast

8.6 Afschaffing opslag bestuursrechtelijke premie – toegevoegd

9.5 Vermogenstoets bij de Zorgtoeslag – aangepast (voorgenomen wijziging vermogensgrenzen)

9.6 Aanpassing partnerbegrip toeslagen - toegevoegd

11.3.2 Aanpassingen vereveningsregeling per 2026 – aangepast aan actualiteit

11.3.3 Aanpassingen vereveningsregeling per 2027 – toegevoegd (en de alinea's over de verevening geüpdatet.

11.4 Prinsjesdag 2026 - toegevoegd

11.5 Pakketwijzigingen per 2027 - toegevoegd

Belangrijkste wijzigingen in versie 31.0 t.o.v. versie 30.1

Algemeen – waar mogelijk getallen en cijfers opgenomen voor zover bekend op 1 januari 2026

1.4 Militairen in actieve militaire dienst – reservisten toegevoegd

11.4 Prinsjesdag 2025 - verwijderd

11.5 Pakketwijzigingen per 2026 - verwijderd

Belangrijkste wijzigingen in versie 30.1 t.o.v. versie 30.0

Algemeen – waar mogelijk getallen en cijfers opgenomen voor zover bekend vanaf Prinsjesdag 2025

6.6.3.4 Mogelijke aanpassingen verplicht eigen risico per 2027 – aangepast aan actualiteit

7.5 Kosten gezondheidszorg per Nederlander - aangepast

8.5 Vroegsignalering en gegevensuitwisseling (per 1 januari 2021) - toegevoegd

11.3.2 Aanpassingen vereveningsregeling per 2026 - toegevoegd

11.4 Prinsjesdag 2025 - toegevoegd

11.5 Pakketwijzigingen per 2026 - toegevoegd