

De Kleine Gids voor de Nederlandse sociale zekerheid 2026.1

VOORWOORD

Voor u ligt de 112e editie van De Kleine Gids voor de Nederlandse sociale zekerheid. De Kleine Gids verschijnt sinds 1933 en is al lang een begrip. In een handzaam formaat behandelt de Gids de belangrijkste regelingen op het gebied van de sociale zekerheid. De sociale zekerheid is voortdurend in beweging, daarom verschijnt de Gids 2 keer per jaar.

Deze editie biedt u actuele informatie over de Nederlandse sociale zekerheid. U vindt de bedragen en percentages die vanaf 1 januari 2026 gelden.

Er zijn enkele ontwikkelingen op het gebied van de sociale zekerheid te melden.

UWV heeft te maken met achterstanden t.a.v. de beoordeling van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Daarom hanteert UWV sinds 1 januari 2026 in plaats van een beslistermijn van 8 weken, een beslistermijn van 16 weken. Dat geldt niet voor situaties waarin de WIA een kortere beslistermijn noemt.

De Participatiewet is onder de naam Participatiewet in balans op een aantal punten gewijzigd. Het doel van de wetswijzigingen is de rechtszekerheid van bijstandsgerechtigden te vergroten en de professionals meer handelingsruimte te geven om maatwerk te bieden als dat nodig is. De wijzigingen treden gefaseerd in werking. Een deel van de wijzigingen is per 1 januari 2026 ingegaan en een deel zal per 1 januari 2027 ingaan. Op enkele van die wijzigingen mogen gemeenten in 2026 al vooruitlopen. Zie voor de precieze wijzigingen paragraaf 3.6.

De Tijdelijke wet opvang ontheemden Oekraïne en de Regeling opvang ontheemden Oekraïne is per 1 oktober 2025 op verschillende punten gewijzigd. Zie paragraaf 5.9.

Waarschijnlijk treedt met ingang van 1 januari 2027 de Wet handhaving sociale zekerheid in werking. Doel van deze wet is een nieuw, humaner stelsel van maatregelen, boeten en herziening, intrekking en terugvorderingen van uitkeringen

tot stand te brengen. De wet is gericht op een meer passende handhaving van de in de socialezekerheidswetten gestelde verplichtingen. Zie hoofdstuk 6.

Met ingang van 1 januari 2026 zijn de mogelijkheden voor digitaal procederen aanzienlijk verruimd. Het verkeer door burgers met het bestuursorgaan kan in beginsel via een bericht langs elektronische weg plaatsvinden, tenzij een vormvoorschrift daaraan in de weg staat. Zie voor meer informatie paragraaf 7.4. Al deze wijzigingen – en meer – vindt u in deze Kleine Gids. Dit is kortom een editie die u niet wilt missen!

Deze editie van De Kleine Gids is tot stand gekomen met medewerking van mr. F. Aalders, mr. M. van de Graaf, mr. dr. G.M.C.M. Staats, J. Nuyten, drs. E. Labrujère, mr. P.R. Norp, mr. K. Park, mr. B. de Pijper, mr. C. Vanderhilt, I. Weenink, drs. J.W.B. Willemsen en ir. R. van der Zanden.

Stimulansz
A.F. Tienstra
Eindredacteur

In verband met de leesbaarheid zijn formuleringen als ‘hij’ of ‘zij’ zo veel mogelijk vermeden. Daar waar ‘hij’ staat, wordt ook ‘zij’ bedoeld.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord / V

Lijst van afkortingen / XXI

HOOFDSTUK 1

Ziekte, handicap en preventie / 25

- 1.1 Zorgverzekeringswet / 25
 - 1.1.1 Wie verzekeringsplichtig zijn / 25
 - 1.1.2 Afsluiten zorgverzekering / 26
 - 1.1.3 Acceptatieplicht / 27
 - 1.1.4 Zorgplicht / 27
 - 1.1.5 Opzeggen zorgverzekering / 28
 - 1.1.6 Waarop verzekerden recht hebben / 29
 - 1.1.7 Identificatieplicht / 35
 - 1.1.8 Eigen risico / 35
 - 1.1.9 Financiële regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten / 37
 - 1.1.10 Naturapolis of restitutiepolis / 38
 - 1.1.11 Premie / 38
 - 1.1.12 Collectieve verzekering / 41
 - 1.1.13 Aanvullende verzekering / 42
 - 1.1.14 Buitenland / 42
- 1.2 Wet langdurige zorg / 46
 - 1.2.1 Wie verzekerd zijn / 46
 - 1.2.2 Waar verzekerden recht op hebben / 47
 - 1.2.3 Indicatiestelling / 49
 - 1.2.4 Verblijf in een instelling – zorgplan / 50
 - 1.2.5 Zorg in natura / 50
 - 1.2.6 Persoonsgebonden budget / 50
 - 1.2.7 Eigen bijdrage Wlz-zorg / 51

	1.2.8	Eigen bijdrage bij zorg met verblijf en vpt / 53
	1.2.9	Eigen bijdrage bij een modulair pakket en pgb / 54
	1.2.10	Premie / 54
1.3		Loondoorbetaling bij ziekte / 55
	1.3.1	Duur loondoorbetaling / 55
	1.3.2	Hoogte loondoorbetaling / 57
	1.3.3	Geen recht op loondoorbetaling / 57
	1.3.4	Eerste ziektedag en 42e-weeksmelding / 57
	1.3.5	Verzuimbegeleiding en re-integratie / 58
	1.3.6	Regels voor de eerste 2 ziektejaren: poortwachterverplichtingen / 59
	1.3.7	Einde dienstverband tijdens ziekte / 60
	1.3.8	Passende arbeid tijdens ziekte / 60
	1.3.9	Deskundigenoordeel / 61
	1.3.10	Voorschriften en verplichtingen werknemer / 61
	1.3.11	Bereiken maximumtermijn loonbetaling bij ziekte: WIA / 62
	1.3.12	Verhaalsrecht werkgever / 62
1.4		Ziektewet / 62
	1.4.1	Wie verzekerd zijn / 62
	1.4.2	Vrijwillige ZW-verzekering / 65
	1.4.3	Recht op Ziektewetuitkering / 65
	1.4.4	Duur van de Ziektewetuitkering / 69
	1.4.5	Onbetaald verlof / 70
	1.4.6	Gedetineerden en uitreizigers / 71
	1.4.7	Hoogte van de Ziektewetuitkering / 71
	1.4.8	Inkomen naast Ziektewetuitkering / 73
	1.4.9	Samenloop Ziektewetuitkering en arbeidsongeschiktheidsuitkering / 73
	1.4.10	Inkomen beneden sociaal minimum / 73
	1.4.11	Ziekmelding / 74
	1.4.12	Hersteldmelding / 74
	1.4.13	Verzuimbegeleiding en re-integratie / 75
	1.4.14	Personen behorend tot de doelgroep van de Participatiewet / 75
	1.4.15	Passende arbeid tijdens ziekte / 75
	1.4.16	Voorschriften en verplichtingen / 76
	1.4.17	Uitbetaling Ziektewetuitkering en vakantietoeslag / 77
	1.4.18	Uitkering na overlijden / 77
	1.4.19	ZW en buitenland / 78
	1.4.20	Premie Whk voor de ZW / 78
	1.4.21	Eigen risico dragen ZW / 79

- 1.4.22 Verhaalsrecht UWV en eigenrisicodragers / 79
- 1.5 Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen / 79
 - 1.5.1 Wie verzekerd zijn / 80
 - 1.5.2 Vrijwillige verzekering / 80
 - 1.5.3 Wanneer recht op uitkering / 81
 - 1.5.4 Wanneer arbeidsongeschikt / 82
 - 1.5.5 Altijd maar één WIA-uitkering / 85
 - 1.5.6 Duur van de uitkering / 85
 - 1.5.7 Hoogte van de uitkering / 88
 - 1.5.8 Dagloongarantie / 91
 - 1.5.9 Inkomen beneden sociaal minimum / 92
 - 1.5.10 Inkomenscompensatie voor arbeidsongeschikten / 92
 - 1.5.11 Herziening of beëindiging uitkering / 92
 - 1.5.12 Einde en herleving uitkering / 94
 - 1.5.13 Samenloop met WAO, WAZ, Wajong en ZW/loondoorbetaling bij ziekte / 94
 - 1.5.14 Uitkering na overlijden / 95
 - 1.5.15 Vakantie / 95
 - 1.5.16 Buitenland / 95
 - 1.5.17 Aanvraag en herbeoordeling / 96
 - 1.5.18 Re-integratie tijdens WGA en voorzieningen / 97
 - 1.5.19 Verplichtingen en voorschriften / 97
 - 1.5.20 Gevolgen niet-nakomen verplichtingen en voorschriften / 98
 - 1.5.21 Betaling / 99
 - 1.5.22 Verhaalsrecht UWV/eigenrisicodragers / 99
 - 1.5.23 Premie / 99
- 1.6 Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering / 100
 - 1.6.1 Wie verzekerd zijn / 101
 - 1.6.2 Wanneer recht op uitkering / 101
 - 1.6.3 Gedetineerden en uitreizigers / 101
 - 1.6.4 Wanneer arbeidsongeschikt / 101
 - 1.6.5 Duur van de uitkering / 102
 - 1.6.6 Hoogte van de uitkering / 102
 - 1.6.7 Inkomen beneden sociaal minimum / 103
 - 1.6.8 Inkomenscompensatie voor arbeidsongeschikten / 104
 - 1.6.9 Herbeoordeling en herziening uitkering / 104
 - 1.6.10 Samenloop met WIA, WAZ of Wajong / 105
 - 1.6.11 Inkomen / 105
 - 1.6.12 Uitkering na overlijden / 106
 - 1.6.13 Buitenland / 106

	1.6.14	Betaling / 106
	1.6.15	Premie / 106
	1.6.16	Re-integratie en voorzieningen / 107
	1.6.17	Verplichtingen en voorschriften / 107
	1.6.18	Gevolgen niet-nakomen verplichtingen en voorschriften / 107
1.7		Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen / 107
	1.7.1	Alternatieve verzekeringen voor zelfstandigen / 108
	1.7.2	Wanneer recht op WAZ-uitkering / 108
	1.7.3	Wanneer arbeidsongeschikt / 108
	1.7.4	Hoogte van de uitkering / 108
	1.7.5	Inkomenscompensatie voor arbeidsongeschikten / 109
	1.7.6	Herbeoordeling en herziening uitkering / 109
	1.7.7	Inkomen uit arbeid / 109
	1.7.8	Samenloop WAO/WIA en WAZ-uitkering / 109
	1.7.9	Betaling en inhoudingen op de uitkering / 110
	1.7.10	Uitkering na overlijden / 110
	1.7.11	Re-integratie en voorzieningen / 110
	1.7.12	Voorschriften / 110
	1.7.13	Gevolgen niet-nakomen verplichtingen en voorschriften / 110
	1.7.14	WAZ en buitenland / 110
1.8		Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten / 111
	1.8.1	Drie regimes: Wajong tot 2010, Wajong 2010 tot en met 2014 en Wajong vanaf 2015 / 111
	1.8.2	De Wajong vanaf 2015 / 113
	1.8.3	Wajong 2010-2015 / 116
	1.8.4	Inkomensondersteuning Wajong 2010-2015 / 117
	1.8.5	De Wajong tot 2010 / 118
	1.8.6	Regels voor alle Wajong-uitkeringen / 120
	1.8.7	Beëindiging Wajong / 122
	1.8.8	Herleving / 123
	1.8.9	Recht op arbeidsondersteuning / 123
	1.8.10	Verplichtingen / 124
	1.8.11	Inkomen beneden sociaal minimum / 125
	1.8.12	Extra tegemoetkoming / 125
	1.8.13	Hogere uitkering bij hulpbehoevendheid / 125
	1.8.14	Inkomenscompensatie voor arbeidsongeschikten / 125
	1.8.15	Betaling van en inhoudingen op de uitkering / 125
	1.8.16	Overlijdensuitkering / 126
	1.8.17	Wajong en buitenland / 126
	1.8.18	Re-integratie en voorzieningen / 126

	1.8.19	Voorschriften en gevolgen niet nakomen verplichtingen /	126
	1.8.20	Financiering /	127
1.9		Re-integratie-instrumenten van UWV voor arbeidsgehandicapten /	127
	1.9.1	Wie in aanmerking komen /	127
	1.9.2	Re-integratie-instrumenten die voor de werknemer zijn bestemd /	128
	1.9.3	Re-integratietaak en re-integratie-instrumenten voor werkgevers /	132
	1.9.4	Aanvraag van een re-integratie-instrument /	135
	1.9.5	Voorschriften /	135
1.10		Wet sociale werkvoorziening /	135
	1.10.1	Geen nieuwe instroom Wsw /	136
	1.10.2	Arbeidsovereenkomst /	136
	1.10.3	Arbeidsvoorwaarden /	136
	1.10.4	Verschil van mening /	137
	1.10.5	Inlichtingen /	137
1.11		Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 /	137
	1.11.1	Wat is maatschappelijke ondersteuning? /	138
	1.11.2	Welke ondersteuning valt onder de Wmo? /	139
	1.11.3	Welke voorzieningen vallen niet onder de Wmo? /	143
	1.11.4	Toegang tot de Wmo: melding en aanvraag /	143
	1.11.5	Wanneer een maatwerkvoorziening? /	144
	1.11.6	Verplaatsen in de eigen leefomgeving /	145
	1.11.7	Rolstoelen /	147
	1.11.8	Woonvoorzieningen geschikt huis /	147
	1.11.9	Huishoudelijke hulp /	149
	1.11.10	Begeleiding bij de dagelijkse activiteiten /	149
	1.11.11	Dagbesteding /	150
	1.11.12	Doventolkzorg in het kader van de Wmo /	150
	1.11.13	Luisterlijn /	150
	1.11.14	Bijdrage in de kosten Wmo /	151
	1.11.15	Tegemoetkoming aannemelijke meerkosten /	152
	1.11.16	Inspraak gemeentelijk Wmo-beleid /	152
	1.11.17	Melding en onderzoek /	153
1.12		Jeugdwet /	153
	1.12.1	Verantwoordelijkheid gemeenten /	153
	1.12.2	Toegang tot de jeugdhulp /	161
	1.12.3	Soorten jeugdhulp /	162

HOOFDSTUK 2

Ouderdom, overlijden en kinderen / 167

- 2.1 Algemene Ouderdomswet / 167
 - 2.1.1 De pensioengerechtigde leeftijd / 167
 - 2.1.2 Wie verzekerd zijn / 169
 - 2.1.3 Vrijwillige AOW- en/of Anw-verzekering / 170
 - 2.1.4 Inkoop AOW-jaren / 170
 - 2.1.5 Wanneer recht op pensioen / 171
 - 2.1.6 Hoogte van het pensioen / 171
 - 2.1.7 Volledig pensioen of lager pensioen / 173
 - 2.1.8 Samenstelling van het huishouden / 173
 - 2.1.9 Overlijden pensioengerechtigde / 174
 - 2.1.10 In het buitenland / 175
 - 2.1.11 Aanvraag / 175
 - 2.1.12 Terugwerkende kracht / 175
 - 2.1.13 Uitbetaling / 176
 - 2.1.14 Premie / 176
- 2.2 Algemene nabestaandenwet / 176
 - 2.2.1 Wie verzekerd zijn / 177
 - 2.2.2 Vrijwillige AOW- en/of Anw-verzekering / 177
 - 2.2.3 Gelijktelling van ongehuwd samenwonenden met gehuwden / 177
 - 2.2.4 Nabestaandenuitkering / 177
 - 2.2.5 Geen recht / 178
 - 2.2.6 Hoogte van de nabestaandenuitkering / 179
 - 2.2.7 Einde van de nabestaandenuitkering / 180
 - 2.2.8 Samenwonen / 180
 - 2.2.9 Overgangsregeling AWW-Anw / 181
 - 2.2.10 Wezenuitkering / 181
 - 2.2.11 Overlijden nabestaande / 181
 - 2.2.12 Anw in het buitenland / 182
 - 2.2.13 Aanvraag / 182
 - 2.2.14 Terugwerkende kracht / 182
 - 2.2.15 Uitbetaling / 183
 - 2.2.16 Premie / 183
- 2.3 Algemene kinderbijslagwet / 183
 - 2.3.1 Wie verzekerd zijn / 183
 - 2.3.2 Recht op kinderbijslag / 184

2.3.3	Kind met een handicap: dubbele kinderbijslag en extra bijdrage bij intensieve zorg / 186
2.3.4	Peildatum / 187
2.3.5	Ingangsdatum kinderbijslag / 187
2.3.6	Hoogte van de kinderbijslag / 187
2.3.7	Uitbetaling kinderbijslag: welke ouder? / 188
2.3.8	Kinderbijslag in het buitenland / 188
2.3.9	Aanvraag en wijzigingen / 189
2.3.10	Terugwerkende kracht / 189
2.3.11	Uitbetaling / 189
2.3.12	Financiering / 190
2.4	Kindgebonden budget / 190
2.4.1	Hoogte van het budget / 190
2.4.2	Vermogensgrens / 191
2.4.3	Tegemoetkoming in schoolkosten / 191
2.4.4	Alleenstaande-ouderkop / 191
2.4.5	Uitvoering van de regeling / 191
2.5	Aanvullend en vervroegd pensioen / 192
2.5.1	Wie zijn verzekerd / 193
2.5.2	Vrije beroepen / 193
2.5.3	Pensioenpremie / 193
2.5.4	Uitvoering van aanvullende pensioenen / 194
2.5.5	Pensioenopbouw en franchise (inbouw AOW) / 194
2.5.6	Systemen van pensioenopbouw / 195
2.5.7	Eerder met pensioen / 196
2.5.8	Indexering / 196
2.5.9	Vrijwillige voortzetting pensioenregeling / 197
2.5.10	Pensioenbreuk / 197
2.5.11	Afkoop van een opgebouwd pensioen / 198
2.5.12	Informatie over pensioenrechten / 199
2.5.13	Verdeling van ouderdomspensioen bij scheiding / 201
2.5.14	Andere pensioenvormen / 202
2.5.15	Aanvraag van pensioen / 203
2.5.16	Korting pensioenaanspraken en pensioenrechten door een pensioenfonds / 203
2.5.17	Klachten en juridische geschillen / 204
2.5.18	Transitie / 204

HOOFDSTUK 3

Werk en inkomen / 205

- 3.1 Werkloosheidswet / 205
 - 3.1.1 Wie verzekerd zijn en wie niet / 205
 - 3.1.2 Verzekering in het buitenland / 205
 - 3.1.3 Vrijwillige verzekering / 206
 - 3.1.4 Wanneer recht op uitkering / 206
 - 3.1.5 Werkloos / 206
 - 3.1.6 Uitsluitingsgronden / 210
 - 3.1.7 Duur van de uitkering / 211
 - 3.1.8 Hoogte van de uitkering / 213
 - 3.1.9 Beëindiging recht op uitkering / 214
 - 3.1.10 Opnieuw werkloos: herleving of nieuw recht / 215
 - 3.1.11 Betalingsonmacht van de werkgever / 216
 - 3.1.12 Ziekte tijdens werkloosheid / 216
 - 3.1.13 Overlijden tijdens werkloosheid / 217
 - 3.1.14 Pensioenopbouw tijdens werkloosheid / 217
 - 3.1.15 Melding en aanvraag van uitkering / 217
 - 3.1.16 Verplichtingen en voorschriften / 217
 - 3.1.17 Arbeidsverplichtingen en vrijstelling/ontheffing / 219
 - 3.1.18 Gevolgen niet-nakomen verplichtingen en voorschriften / 220
 - 3.1.19 Re-integratie werklozen / 220
 - 3.1.20 Betaling van de uitkering / 222
 - 3.1.21 Inhoudingen op de uitkering / 222
 - 3.1.22 Premie / 223
- 3.2 Toeslagenwet / 223
 - 3.2.1 Voor wie / 223
 - 3.2.2 Toeslag in het buitenland / 225
 - 3.2.3 Leefvormen / 226
 - 3.2.4 Invloed weigering loondervingsuitkering/loonbetaling bij ziekte / 226
 - 3.2.5 Hoogte van de toeslag / 227
 - 3.2.6 Maximering van de toeslag / 227
 - 3.2.7 Vakantietoeslag / 227
 - 3.2.8 Inkomen en inkomensvrijlating / 227
 - 3.2.9 Aanvraag en uitbetaling toeslag / 228
 - 3.2.10 Voorschriften / 228
 - 3.2.11 Aantonen leefsituatie door toestaan huisbezoek / 228
 - 3.2.12 Gevolgen niet-nakomen voorschriften / 229

- 3.3 Wet inkomensvoorziening oudere werklozen / 229
 - 3.3.1 Wie hebben recht? / 229
 - 3.3.2 Hoogte en duur van de IOW-uitkering / 230
 - 3.3.3 Verschillen tussen IOW en IOAW / 231
 - 3.3.4 Verplichtingen / 231
 - 3.3.5 Aanvraag en uitbetaling van de IOW-uitkering / 232
 - 3.3.6 Uitkering na overlijden / 232
- 3.4 Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkloze werknemers / 232
 - 3.4.1 Wie hebben recht? / 232
 - 3.4.2 Hoogte van de IOAW-uitkering / 233
 - 3.4.3 Verschillen tussen IOAW en bijstand (Participatiewet) / 235
 - 3.4.4 Verplichtingen / 235
 - 3.4.5 Aanvraag / 236
 - 3.4.6 Uitbetaling / 236
 - 3.4.7 Uitkering na overlijden / 236
 - 3.4.8 Herleving recht op uitkering / 237
- 3.5 Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen / 237
 - 3.5.1 Wie hebben recht? / 237
 - 3.5.2 Hoogte van de IOAZ-uitkering / 238
 - 3.5.3 Verschil met IOAW / 238
 - 3.5.4 Verplichtingen / 239
 - 3.5.5 Aanvraag / 239
 - 3.5.6 Overige bepalingen / 239
- 3.6 Participatiewet (bijstand) / 240
 - 3.6.1 Wie in aanmerking komen / 240
 - 3.6.2 Wie niet in aanmerking komen / 240
 - 3.6.3 Bijstand in levensonderhoud / 242
 - 3.6.4 Gezamenlijke huishouding / 244
 - 3.6.5 Verplichtingen / 247
 - 3.6.6 Bijzondere bijstand / 249
 - 3.6.7 Vrijlating van vermogen / 251
 - 3.6.8 Inkomsten en uitkering / 251
 - 3.6.9 Zelfstandigen / 253
 - 3.6.10 Terugvordering en verhaal / 254
 - 3.6.11 Overlijdensuitkering / 254
 - 3.6.12 Aanvraag / 254
 - 3.6.13 Bijstand voor personen die de AOW-leeftijd hebben / 255
 - 3.6.14 Uitbetaling / 255

	3.6.15	Bezwaar en beroep / 255
3.7		Re-integratie door de gemeente / 256
	3.7.1	Wie in aanmerking komen / 256
	3.7.2	Budget gemeente / 257
	3.7.3	Re-integratie- en participatie-instrumenten / 258
	3.7.4	Participatieplaatsen / 258
	3.7.5	Loonkostensubsidie, no-riskpolis of werkplekaanpassingen / 259
	3.7.6	Beschut werk / 259
	3.7.7	Re-integratie- en participatieverordening / 260
3.8		Arbeidsrecht en sociale zekerheid / 260
	3.8.1	Definitie arbeidsovereenkomst / 260
	3.8.2	Wettelijk recht op flexibel werken / 261
	3.8.3	Proeftijd / 261
	3.8.4	Einde arbeidsovereenkomst / 262
	3.8.5	Opzegverboden / 265
	3.8.6	Tijdelijke contracten / 267
	3.8.7	Flexibele arbeidsrelaties / 269
3.9		Wet arbeid en zorg / 272
	3.9.1	Zwangerschap, bevalling, adoptie en pleegzorg / 272
	3.9.2	Geboorteverlof en aanvullend geboorteverlof / 277
	3.9.3	Ouderschapsverlof / 279
	3.9.4	Andere verlofvormen / 281
	3.9.5	Onbetaald verlof en sociale verzekeringen / 282
3.10		Wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs) / 283
	3.10.1	Doel Wet gemeentelijke schuldhulpverlening / 283
	3.10.2	Hoe is de toegang tot schuldhulpverlening geregeld? / 284
	3.10.3	Wat valt onder gemeentelijke schuldhulpverlening? / 287
	3.10.4	Wie komen er in aanmerking? / 289
	3.10.5	Wie komen er niet in aanmerking? / 289
	3.10.6	Aanbod schuldhulpverlening / 290

HOOFDSTUK 4

Vreemdelingen / 299

4.1	Rechtmatigheid van verblijf in Nederland / 299
4.2	Zorgverzekering vreemdelingen / 299
4.3	Bijstand en andere inkomensondersteunende voorzieningen / 300
	4.3.1 Bijstand / 300
	4.3.2 Bijzondere verstrekkingen / 301

- 4.3.3 Wet maatschappelijke ondersteuning / 301
- 4.3.4 Toeslagen / 302

HOOFDSTUK 5

Internationale sociale zekerheid / 303

- 5.1 Verdragen en verordeningen / 303
- 5.2 Verordening 883/2004 / 304
 - 5.2.1 Einde werking overgangsbepaling Verordening 883/2004 / 304
- 5.3 Bilaterale verdragen / 304
- 5.4 Doelstellingen / 305
 - 5.4.1 Gelijke behandeling van elkaars onderdanen / 305
 - 5.4.2 Vaststellen welke wetgeving van toepassing is / 306
 - 5.4.3 Het verlenen van uitkeringen en verstrekkingen in het andere land / 308
 - 5.4.4 Samentelling van tijdvakken / 310
 - 5.4.5 Berekening van de uitkeringen of pensioenen / 311
- 5.5 Aanvragen van pensioenen en uitkeringen / 313
- 5.6 Verhuizing naar het buitenland / 314
- 5.7 Beëindiging recht op uitkering bij deelname aan een terroristische organisatie / 314
- 5.8 Brexitdeal / 315
- 5.9 Vluchtelingen uit Oekraïne / 316

HOOFDSTUK 6

Boeten, maatregelen en terug- en invordering / 319

- 6.1 Administratieve maatregel / 320
 - 6.1.1 Maatregelen op te leggen door de gemeenten / 320
 - 6.1.2 Maatregelen op te leggen door de SVB of UWV / 321
- 6.2 Bestuurlijke boete bij uitkeringsfraude / 321
 - 6.2.1 Hoogte boete / 322
 - 6.2.2 Boete door Centraal Administratie Kantoor (CAK) / 324
- 6.3 Terugvordering en invordering / 324
 - 6.3.1 Verrekening en terugbetaling / 325
 - 6.3.2 Afzien van terugvordering / 325
- 6.4 Beslaglegging en beslagvrije voet / 326

HOOFDSTUK 7

Bezwaar, beroep en klachten / 327

- 7.1 Beslistermijnen primaire beslissing / 327
- 7.2 Dwangsom en versneld beroep / 328
- 7.3 Bezwaar en terugkomen op een vaststaande beslissing / 329
 - 7.3.1 Bezwaar / 329
 - 7.3.2 Terugkomen op een vaststaande beslissing / 330
 - 7.3.3 Mediation bij UWV en gemeenten / 331
 - 7.3.4 Afwijkende procedure Zorgverzekeringswet / 331
 - 7.3.5 Procedure Wet langdurige zorg / 331
 - 7.3.6 Rechtstreeks beroep / 332
- 7.4 Beroep / 332
 - 7.4.1 Digitaal procederen / 333
 - 7.4.2 Elektronisch berichtenverkeer met een bestuursorgaan / 333
- 7.5 Hoger beroep / 334
- 7.6 Voorlopige voorziening / 334
- 7.7 Kosten/schadevergoeding / 335
 - 7.7.1 Schadevergoeding bij overschrijding van de redelijke termijn / 335
- 7.8 Kosten van het (hoger) beroep en de voorlopige voorziening / 336
- 7.9 Klachten / 336

HOOFDSTUK 8

Organisatie sociale zekerheid / 337

- 8.1 Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) / 337
- 8.2 Sociale Verzekeringsbank (SVB) / 338
- 8.3 Gemeenten / 338
- 8.4 Digitaal klantdossier / 338
- 8.5 DigiD / 339
- 8.6 Toezicht / 339
- 8.7 Zorgverzekeraars en toezicht op de uitvoering van de Zvw en Wlz / 339
- 8.8 Belastingdienst / 340

HOOFDSTUK 9

Samenvattend overzicht (bedragen) / 341

HOOFDSTUK 10

Structuurschema sociale zekerheid / 349

Trefwoordenregister / 351

HOOFDSTUK 1

Ziekte, handicap en preventie

1.1 Zorgverzekeringswet

Doel en uitvoering

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is een verplichte (privaatrechtelijke) verzekering voor ziektekosten voor iedereen die in Nederland woont of werkt. In de Zvw is een basispakket aan medische zorg vastgelegd. Men kan kiezen voor een naturapolis, een restitutiepolis en soms een mengvorm van beide polissen. Er is een verplicht eigen risico. Daarnaast kan men kiezen voor een (aanvullend) vrijwillig eigen risico en zijn eigen bijdragen verschuldigd voor sommige kostensoorten. Voor zorg die niet in het basispakket van de Zvw zit, kan men een aanvullende verzekering afsluiten.

Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen een nominale premie voor het basispakket van de Zvw. Deze premie kan per zorgverzekeraar verschillen. Naast de nominale premie wordt een inkomensafhankelijke bijdrage geheven. Mensen met een laag inkomen kunnen recht hebben op zorgtoeslag als tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie.

De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. De Belastingdienst int de inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekering. Het Zorginstituut Nederland adviseert de minister over de inhoud van het basispakket. Het CAK stelt de bijdrage vast van mensen die in het buitenland zorg op grond van een verdrag krijgen (zie hierna). Voor meer informatie over de uitvoering en het toezicht daarop, zie hoofdstuk 8.

1.1.1 Wie verzekeringsplichtig zijn

De Zvw legt een verzekeringsplicht op aan iedereen die verplicht verzekerd is op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit zijn alle ingezetenen, dat wil zeggen iedereen die legaal in Nederland woont. Ook personen die in het buitenland wonen, maar wel in Nederland werken en loonbelasting betalen,

zijn verzekeringsplichtig. De verzekeringsplicht geldt echter niet voor onder meer militairen in werkelijke dienst en voor gemoedsbezwaarden. De verzekeringsplicht van gedetineerden wordt voor de duur van de detentie opgeschort.

1.1.1.1 Medische zorg aan onverzekerden

Dak- en thuislozen en verwarde mensen hebben vaak geen zorgverzekering, of de verzekering is niet vast te stellen. Om deze groep te voorzien van noodzakelijke medische zorg is er de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Zorgverleners kunnen de zorgkosten van verleende zorg aan onverzekerden voor 100% door het Rijk vergoed krijgen. De regeling geldt niet voor vreemdelingen die (nog) geen geldige verblijfstitel hebben, zie paragraaf 4.1. Voor Oekraïense vluchtelingen is sinds voorjaar 2022 een uitzondering gemaakt; zij vielen wel onder deze subsidieregeling. Maar als ze gaan werken, moeten ze zelf een zorgverzekering afsluiten.

Vanaf 1 augustus 2022 vallen Oekraïners onder de Regeling Medische zorg Ontheemden uit Oekraïne (RMO). Vanaf die datum hoeven zij geen zorgverzekering meer af te sluiten; eigen risico en eigen bijdrage zijn niet van toepassing.

1.1.2 Afsluiten zorgverzekering

De verzekeringsplicht houdt in dat de verzekeringsplichtige ervoor moet zorgen dat hij verzekerd is. Hij moet dus een zorgverzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar. Het is mogelijk dat iemand (de verzekeringnemer) een zorgverzekering afsluit voor een ander, bijvoorbeeld een echtgenote voor haar partner of kind of een werkgever voor een werknemer. De verzekeringnemer heeft een contract met de zorgverzekeraar en is verplicht de nominale premie te betalen. Degene voor wie de verzekering is afgesloten (de verzekerde), heeft het recht om op elk moment zelf een verzekering af te (laten) sluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar hebben hiervoor wel toestemming nodig van hun wettelijk vertegenwoordiger. Reden om zelf een zorgverzekering af te sluiten kan zijn het bereiken van de 18-jarige leeftijd, einde van militaire dienst, een echtscheiding of het veranderen van baan.

1.1.2.1 Boete bij niet afsluiten zorgverzekering

Het CAK voert de bovengenoemde subsidieregeling voor onverzekerden uit. Om te voorkomen dat een verzekeringsplichtige geen zorgverzekering afsluit en dus onverzekerd is, gaat het CAK iedere maand na welke Wlz-verzekerden geen zorgverzekering hebben afgesloten. Het CAK stuurt die personen een schriftelijke

aanmaning om binnen 3 maanden alsnog een zorgverzekering af te sluiten. Als de verzekeringsplichtige dat niet doet, legt het CAK een boete op van € 529,74. Na 3 aanmaningen (met tussenpozen van 3 maanden) en het opleggen van 2 boetes sluit het CAK voor de verzekeringsplichtige een basispakket zorgverzekering af. De verzekerde betaalt voor deze zorgverzekering een jaar lang een hogere premie. De hoogte van deze premie is in 2026 € 172,70 per maand. De premie wordt ingehouden op het loon of de uitkering.

Als de verzekerde geen (regelmatige) inkomsten heeft, betaalt hij de hogere premie via een acceptgiro van het CJIB. Als de verzekerde recht heeft op zorgtoeslag, maakt de Belastingdienst – in opdracht van het CAK – de zorgtoeslag rechtstreeks over naar het CJIB. De zorgtoeslag is meestal lager dan de premie. Het resterende premiebedrag moet betrokkene nog betalen. Daarnaast moet hij de 2 boetes betalen als hij dat nog niet heeft gedaan. Als de verzekerde niet betaalt, schakelt het CAK een deurwaarder in. De incassokosten moet de verzekerde betalen. Het is mogelijk om de boete in 3 maandelijkse termijnen te betalen.

Voor onverzekerde kinderen tot 18 jaar schrijft het CAK de wettelijke vertegenwoordigers aan. De wettelijke vertegenwoordigers betalen voor kinderen tot 18 jaar geen nominale premie, maar kunnen voor hen wel boetes krijgen.

De kosten van medische zorg in de onverzekerde periode komen voor eigen rekening.

1.1.3 *Acceptatieplicht*

Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen die zich aanmeldt tegen gelijke voorwaarden te accepteren voor de zorgverzekering. Zorgverzekeraars mogen geen onderscheid maken naar gezondheidsrisico's, leeftijd of andere criteria. Een zorgverzekeraar hoeft echter iemand niet te accepteren als die persoon nog geen 5 jaar terug bij hem verzekerd was en toen zijn premie niet betaalde of de verzekeraar opzettelijk heeft misleid.

De acceptatieplicht geldt voor de basisverzekering, niet voor de aanvullende verzekering.

1.1.4 *Zorgplicht*

De zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat verzekerden de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben en waar op grond van het pakket aanspraak op bestaat. Het gaat er niet alleen om dat de kosten betaald worden, maar ook dat een verzekerde de zorg daadwerkelijk en tijdig kan krijgen op een redelijke afstand van de woonplaats. Dit wordt de zorgplicht genoemd. De zorgverzekeraar moet daarbij zorgbemiddeling geven. Dat wil zeggen dat hij binnen een redelijke

termijn de zorg die een verzekerde nodig heeft, moet vinden. Bij een naturaverzekering is zorgbemiddeling vanzelfsprekend, omdat de levering van zorg zelf is verzekerd en niet de vergoeding van de kosten. Bij een restitutieverzekering heeft de verzekerde alleen recht op vergoeding van kosten. De zorgverzekeraar moet daarbij in ieder geval tot zorgbemiddeling overgaan als de verzekerde daar om vraagt. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vindt dat de wachttijd in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), medisch specialistische zorg (msz) en langdurige zorg voor bepaalde groepen patiënten te lang is. In de ggz en msz gaat het vooral om de wachttijd tot het eerste contact met de zorgverlener. Patiënten kunnen zien bij welke zorgaanbieder ze het snelst terecht kunnen op de website www.kiezenindeggz.nl.

Als een verzekerde wisselt van zorgverzekeraar is de nieuwe zorgverzekeraar op grond van de zorgplicht verplicht om lopende indicaties en machtigingen voor een hulpmiddel of andere zorg over te nemen.

1.1.5 *Opzeggen zorgverzekering*

Verzekerden hebben tot 1 januari de tijd de zorgverzekering schriftelijk op te zeggen. De zorgverzekering eindigt dan per 1 januari en de verzekerde heeft tot uiterlijk 1 februari de tijd om een nieuwe zorgverzekering af te sluiten. Deze gaat met terugwerkende kracht in vanaf 1 januari. Verzekerden met een betalingsachterstand van de nominale premie hebben geen recht om over te stappen.

Zorgverzekeraars hebben een overstapservice. De nieuwe zorgverzekeraar zorgt voor opzegging bij de oude verzekeraar als de verzekerde voor 1 januari een verzekering afsluit. De verzekerde moet wel op het aanmeldingsformulier aangeven dat hij dit wil. En hij moet de nieuwe zorgverzekeraar machtigen om de oude verzekering op te zeggen.

1.1.5.1 *Tussentijds opzeggen*

Tussentijdse opzegging is alleen mogelijk als dit in de polisvoorwaarden is toegestaan of als de zorgverzekeraar de premie tussentijds verhoogt of de polisvoorwaarden tussentijds wijzigt. De verzekeraar moet een premiestijging minimaal 6 weken van tevoren aankondigen. De mogelijkheid om tussentijds op te zeggen is er niet als de wijziging een gevolg is van een wettelijke maatregel.

De verzekeringnemer die een zorgverzekering voor een ander (bijvoorbeeld partner of kind) heeft afgesloten, mag de basisverzekering altijd opzeggen als de ander zelf een verzekering afsluit (of door een derde voor zich laat afsluiten).

Als de opzegging gedaan is voor de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat, gaat de opzegging in op deze datum. Een latere opzegging gaat pas in op de eerste dag van de tweede kalendermaand na de dag van opzegging.

Personen die zijn verzekerd door een verzekeringsnemer met achterstand bij de eigen premiebetaling (verzekerde met betalingsachterstand) krijgen na 2 maanden premieachterstand van de zorgverzekeraar een aanbod om een eigen zorgverzekering af te sluiten zonder premieachterstand.

1.1.6 *Waarop verzekerden recht hebben*

De Zvw verzekert een basispakket aan zorg. De verzekerde krijgt de zorg alleen als het nodig is. Zorg die niet in het basispakket is opgenomen, kan misschien via een aanvullende verzekering worden verzekerd (zie hierna). Bijna alle zorg die op grond van de Zvw wordt verstrekt, valt onder het verplicht eigen risico van € 385 (zie hierna).

Op grond van de Zvw heeft een verzekerde onder meer recht op:

- Geneeskundige zorg door huisartsen, verloskundigen en medisch specialisten (na doorverwijzing door de huisarts of bedrijfsarts).
- CAR-T-celtherapie. Op 1 mei 2020 is deze therapie toegelaten tot het basispakket. Vanwege de mogelijke ernstige complicaties die kunnen optreden na de behandeling moeten patiënten een maand waarin de complicaties kunnen optreden, in of nabij een expertziekenhuis verblijven.
- De kosten van behandeling in een erkend nierdialysecentrum, beademingscentrum of door een trombosedienst. Ook als deze behandelingen thuis plaatsvinden, kunnen ze worden vergoed.
- Elektriciteitskosten bij mechanische ademhalingsondersteuning in de thuis-situatie. Sinds 2022 kunnen patiënten deze kosten voortaan rechtstreeks declareren bij hun zorgverzekeraar.
- De eerste 3 ivf-behandelingen of andere vruchtbaarheidsbehandelingen tot 43 jaar. Als de ivf-poging of behandeling is begonnen voordat de vrouw 43 jaar is, mag zij die poging afronden.
- De combinatie-test voor ongeboren kinderen wordt niet langer vergoed. Deze wordt vervangen door de niet-invasieve prenatale test (NIPT) bij medische indicatie per 1 januari 2023 in het basispakket. Hiervoor geldt geen eigen risico. Zonder medische indicatie kan ook een test gedaan worden.
- Revalidatiezorg al dan niet met meerdaagse opname. Hier valt ook de geriatrische revalidatie in een verpleeghuis onder. Deze zorg is voor kwetsbare ouderen die na een bepaalde gebeurtenis (een beroerte, nieuwe heup of knie,

amputatie) in het ziekenhuis zijn behandeld en nog niet naar huis kunnen. De revalidatie heeft als doel om weer terug naar huis te gaan en wordt maximaal 6 maanden vergoed. Deze zorg hoeft niet meteen aan te sluiten op het ziekenhuisverblijf: er kan binnen 1 week na thuiskomst alsnog van de indicatie gebruikgemaakt worden.

- Geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor verzekerden vanaf 18 jaar (zie voor ggz voor jongeren paragraaf 1.12.3). De ggz bestaat uit ggz-huisartsenzorg, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Van de huisarts wordt verwacht dat hij mensen met psychische problemen herkent, helpt en waar nodig doorverwijst. De huisarts krijgt daarbij ondersteuning van andere hulpverleners, bijvoorbeeld een gespecialiseerde praktijkondersteuner ggz. Als de huisarts of de praktijkondersteuner de patiënt onvoldoende kan behandelen, verwijst de huisarts iemand met een lichte tot matige psychische aandoening door naar een zorgaanbieder binnen de basis ggz. De verzekering vergoedt alleen aandoeningen die een DSM-classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) hebben. Een behandeling binnen de basis-ggz kan bestaan uit gesprekken met een psycholoog, psychotherapeut of psychiater of een behandeling via internet. Ook een combinatie van beide is mogelijk. Voor ingewikkelde tot zware psychische aandoeningen of problemen die na behandeling in de basis-ggz nog niet zijn opgelost, kan de huisarts doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz. Bij opname in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, worden de eerste 3 jaren vergoed. Na 3 jaar valt de zorg onder de Wlz. De zorgverzekeraar bepaalt wie de zorg verleent, waar die wordt verleend en stelt de procedurele voorwaarden in zijn polis vast. Van zowel de basis ggz als de gespecialiseerde ggz worden alle behandelingen vergoed. De ggz-zorg valt wel onder het eigen risico.
- Vanaf 2026 kan men 3 (in plaats van 1 keer) per kalenderjaar deelnemen aan een stoppen-met-rokenprogramma. Medicatie en behandeling in verband met stoppen met roken valt niet onder het eigen risico.
- Vergoeding van geneesmiddelen op basis van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en geneesmiddelen die de apotheker zelf maakt. Het is de bedoeling dat de huisarts op het recept de stofnaam vermeldt. Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen slechts 1 of enkele merken geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof te vergoeden en andere merken helemaal niet (het zogenoemde preferentiebeleid). Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden niet vergoed. Verder zijn bijna alle geneesmiddelen die ook zonder recept worden verkocht (zelfzorggeneesmiddelen) van vergoeding uitgesloten. Een aantal zelfzorggeneesmiddelen wordt wel vergoed. Dat zijn laxeermiddelen, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, maagledigingsmiddelen en middelen tegen droge ogen. Deze geneesmiddelen

moeten dan wel langer dan 6 maanden worden gebruikt voor een chronische aandoening en door een arts op recept zijn voorgeschreven. De kosten van het eerste recept moet men zelf betalen. Op de site www.medicijnkosten.nl van het Zorginstituut Nederland kan men nagaan of:

- een middel in het GVS is opgenomen;
 - eventueel nadere voorwaarden gelden (preferentiebeleid);
 - een eventueel vervangend geneesmiddel helemaal vergoed wordt. Sommige verzekerden hebben geneesmiddelen op recept nodig die niet (geheel) vergoed worden. De eigen bijdrage voor deze geneesmiddelen is maximaal € 250 per jaar (NB: Dit bedrag komt boven op het eigen risico van € 385).
- Vrouwen jonger dan 21 jaar krijgen anticonceptiemiddelen (zoals de (prik) pil, het spiraaltje, het pessarium en de anticonceptiepleister) en de morning-afterpil vergoed als deze op recept verkrijgbaar zijn (de morning-afterpil is ook zonder recept verkrijgbaar, maar wordt dan niet vergoed).
 - Verbandmiddelen voor langdurige behandeling bij een ernstige aandoening.
 - Dieetpreparaten als de verzekerde een indicatie heeft voor een bepaalde aandoening, bijvoorbeeld een stofwisselingsstoornis of een voedselallergie.
 - Erfelijkheidsonderzoek.
 - Hulpmiddelen, zoals hoortoestellen, elastische kousen, prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet, gebitsprothesen, communicatiemiddelen, incontinentiemiddelen, pruiken en orthopedische schoenen, maar ook een blindengeleidehond en een hulphond. Voor sommige hulpmiddelen gelden, naast het eigen risico, eigen bijdragen en/of een maximumvergoeding. Sommige verpleegartikelen of hulpmiddelen krijgt men voor maximaal 26 weken in bruikleen. Heeft iemand een artikel langer nodig, dan kan hij dit huren of kopen. Eenvoudige loophulpmiddelen (zoals rollators, looprek, kruk en wandelstok) worden niet meer vergoed, ook niet uit de Wmo. Men kan deze hulpmiddelen zelf huren of kopen.
 - Tandheelkundige hulp van algemene aard voor verzekerden tot 18 jaar. Zij hebben onder meer recht op periodieke controle, sealing, het verwijderen van tandsteen en een fluorideapplicatie bij kinderen die 'blijvende' tanden en kiezen krijgen. Deze mondzorg voor kinderen is uitgezonderd van het verplicht eigen risico. Jongeren tot en met 22 jaar hebben recht op een (uitgestelde) behandeling met implantaten voor blijvende snij- of hoektanden als deze ontbreken door aanleg of ongeval. Verzekerden van 18 jaar en ouder hebben alleen recht op bijzondere tandheelkundige hulp bij bijvoorbeeld zeer ernstige tandheelkundige afwijkingen. Als er geen verband is tussen de indicatie voor tandheelkundige behandeling (bijvoorbeeld het vullen van een gaatje) en de indicatie voor bijzondere tandheekunde (bijvoorbeeld een hazenlip) moet de verzekerde een eigen bijdrage betalen. Voor overige vormen van mondzorg

kunnen verzekerden van 18 jaar en ouder een aanvullende tandartsverzekering afsluiten. Per 1 juli 2020 is een vijfjarig experiment gestart. Geregistreerde mondhygiënist^{en} mogen dan zelfstandig eerste gaatjes boren en vullen, verdoving toedienen en röntgenfoto's maken.

- Opname, behandeling en verpleging in een ziekenhuis (maximaal 365 dagen).
- Paramedische hulp. De zorgverzekeraar kan bepalen dat een verwijzing nodig is van een (huis)arts of specialist. Het gaat om:
 - ergotherapie (maximaal 10 uur per kalenderjaar);
 - dieetadvisering van maximaal 3 uur per jaar aan een verzekerde die lijdt aan COPD of diabetes of die een hoger risico op hart- en vaatziekten heeft. De advisering moet dan wel onderdeel zijn van ketenzorg, dat wil zeggen zorg waarbij verschillende zorgverleners samen afstemmen hoe ze de verzekerde het beste kunnen behandelen;
 - gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor verzekerden met een matig gezondheidsrisico door overgewicht op verwijzing van de huisarts. De GLI richt zich op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl. Er wordt tegelijkertijd gewerkt aan gezonder eten, meer bewegen en aan een blijvende aanpassing van het gedrag op deze terreinen. Een GLI-programma duurt 2 jaar en kent een behandelfase en een onderhoudsfase. Vanaf 2024 is voor kinderen met overgewicht en obesitas een vergoeding opgenomen voor begeleiding door de Centrale Zorgverlener en voor de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI);
 - logopedie als er herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht;
 - fysiotherapie en oefentherapie (Mensendieck en Cesar). Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden deze behandelingen alleen vergoed als het gaat om een chronische en langdurende aandoening die staat vermeld in het Besluit zorgverzekering. Oefentherapie bij ernstige COPD wordt vergoed vanaf de eerste behandeling; het aantal vergoede behandelingen is afhankelijk van de ernst van de aandoening;
 - oefentherapie ernstige axiale spondyloartritis (axSpA, voorheen ziekte van Bechterew genoemd) valt vanaf 2026 in het basispakket. Deze therapie wordt gegeven door een fysiotherapeut of oefentherapeut;
 - extra zorg bij corona. Coronapatiënten die te maken hebben met langdurige klachten, zoals vermoeidheid, verlies in spierkracht of benauwdheid kunnen gebruikmaken van extra paramedische zorg:
 - o Fysiotherapie- en oefentherapie: maximaal 50 behandelingen;
 - o Ergotherapie: maximaal 8 behandeluren (bovenop de bestaande 10 uur);
 - o Dieetadvies: maximaal 7 uur advies (bovenop de bestaande 3 uur).
- Noodzakelijk vervoer per ambulance.

- Zittend ziekenvervoer (per taxi, openbaar vervoer of eigen vervoer) naar een behandelcentrum of ziekenhuis voor: nierdialysepatiënten; kankerpatiënten die een chemokuur, immuuntherapie of radiotherapie krijgen; blinden en slechtzienden; rolstoelgebruikers. Behalve vervoer voor de behandeling, is ook vervoer voor consultatie, onderzoek en controles verzekerd. Ook zittend ziekenvervoer naar een verpleegkundig kinderdagverblijf wordt vergoed, net zoals het vervoer naar revalidatiezorg voor ouderen. Vanaf 2021 valt ziekenvervoer van en naar de dagbehandeling bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking onder de basisverzekering.
Het vervoer moet medisch noodzakelijk zijn. In de zorgpolis kan staan dat voor het ziekenvervoer vooraf toestemming van de zorgverzekeraar nodig is en een verklaring van een behandelend arts waarin staat dat de verzekerde in aanmerking komt voor ziekenvervoer. De zorgverzekeraar bepaalt of de kosten worden vergoed, onder welke voorwaarden en voor welke periode. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage van € 126 per kalenderjaar. Daarnaast valt het ziekenvervoer onder het verplicht eigen risico. De vergoeding bedraagt € 0,40 per kilometer. De kilometervergoeding wordt berekend met de ANWB-routeplanner. Een verzekerde die niet tot een van de bovengenoemde groepen behoort kan toch voor vergoeding van vervoer in aanmerking komen. Dat is het geval als hij langere tijd vervoer nodig heeft voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en het erg onredelijk is om dat vervoer niet te vergoeden. Om te beoordelen of een verzekerde een beroep kan doen op deze hardheidsclausule gebruiken zorgverzekeraars een formule. Daarbij wordt gekeken naar onder meer het aantal maanden dat vervoer nodig is, het aantal keren per week en het aantal kilometers per enkele reis.
- Een alternatief voor zittend ziekenvervoer is de logeervergoeding bij een behandeling van minimaal 3 aaneengesloten dagen. De logeervergoeding is maximaal € 91 per nacht. Er is vooraf toestemming nodig.
- Kraamzorg aan moeder en kind vanaf de dag van de bevalling is vanaf 2024 flexibeler inzetbaar en mag tot een periode van 6 weken na de bevalling worden verleend. Dit was een periode van 10 dagen. In de zorgpolis staat hoe en wanneer de verzekerde kraamzorg moet aanvragen. Als de kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het aantal in het ziekenhuis doorgebrachte dagen in mindering gebracht. Voor een bevalling zonder medische indicatie thuis of poliklinisch is de eigen bijdrage kraamzorg voor moeder en kind samen € 5,40 per uur. Blijft men na de bevalling in een kraamhotel of zonder medische indicatie in een ziekenhuis, dan is de eigen bijdrage voor de verleende kraamzorg voor zowel de moeder als het kind € 21,50 per dag per persoon. Daar bovenop komt het in rekening gebrachte

tarief (van de instelling) voor zover dat hoger is dan € 152 per dag voor moeder en kind afzonderlijk. Moet na de bevalling alleen de moeder of alleen het kind op medische gronden opgenomen blijven in het ziekenhuis, dan hoeft voor beiden geen eigen bijdrage betaald te worden.

- Zintuiglijk gehandicaptenzorg. Dat is de zorg voor gehandicapten die niet goed kunnen horen of zien of een taalontwikkelingsstoornis hebben. De vergoeding is voor behandelingen die de gehandicapte en zijn omgeving leert omgaan met de beperking. Hiervoor is een verwijzing van een arts nodig. Het gaat om de zintuiglijk gehandicaptenzorg zonder opname. Individuele begeleiding, de doventolk en verblijf in een instelling worden vergoed via de Wmo en de Wlz.
- Zorg door een specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten.
- Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging). Denk aan een verpleegkundige die thuis komt wassen of een injectie geven en aan palliatieve terminale thuiszorg. Wijkverpleging valt niet onder het verplicht eigen risico en er wordt geen eigen bijdrage geheven.
- Verzorging kinderen met een intensieve zorgvraag buiten het ziekenhuis. Verzorging bij jeugdigen die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, valt onder de Zvw. Verzorgende handelingen bij jeugdigen gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) valt onder de Jeugdwet.
- Voor verpleging en verzorging zonder verblijf is onder bepaalde voorwaarden een pgb te krijgen. Hiermee kan de patiënt of zijn verzorger zelf de geïndiceerde zorg inkopen bij een zorgverlener naar eigen keuze.
- Vergoeding voor tijdelijk verblijf in een zorginstelling. Het gaat om kortdurend verblijf voor patiënten die om medische redenen (nog) niet thuis kunnen wonen.
- Plastisch chirurgische ingrepen. Bijvoorbeeld een bovenooglidcorrectie bij een ernstige gezichtsbeperking door verslapping of verlamming van het ooglid. Ook het operatief plaatsen van een borstprothese voor vrouwen en transgenders zonder borstgroei wordt vergoed vanuit de basisverzekering.
- Paramedische herstellzorg voor coronapatiënten wordt tot 1 januari 2025 vergoed onder voorwaarde dat ze meedoen aan onderzoek naar het effect van de herstellzorg. Er is recht op maximaal 50 behandelingen fysiotherapie, 10 uur extra ergotherapie en 7 uur extra diëtetiek (binnen 6 maanden). Deze zorg is bedoeld voor mensen die na herstel van COVID-19 ernstige klachten houden.
- Vanaf 2024 is in het kader van de Ketenaanpak valpreventie voor ouderen met een hoog valrisico een vergoeding opgenomen voor de valrisicobeoordeling