



## **Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 mei 2026, kenmerk 4369398-1096262-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering en de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden in verband met het opvragen van aanvullende informatie bij zorgaanbieders teneinde misbruik en oneigenlijk gebruik tegen te gaan [KetenID W GK027657]**

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 122a, tiende lid, van de Zorgverzekeringswet en artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies;

Besluit:

### **ARTIKEL I**

Artikel 7a.1 van de Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

1. In de aanhef van het eerste lid wordt 'De gegevens als bedoeld in' vervangen door 'De gegevens, bedoeld in'.
2. Het eerste lid, onderdeel c, komt te luiden:
  - c. het door het CAK te vergoeden bedrag, zijnde het bedrag, bedoeld in onderdeel b, verminderd met ontvangen betalingen of vergoedingen van de vreemdeling, zijn verzekeraar of derden;
3. Onder vervanging van de punt aan het slot van het eerste lid, onderdeel d, door een puntkomma, wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:
  - e. de Algemene GegevensBeheer-code van de declarerende zorgaanbieder, zoals geregistreerd in het AGB-register dat wordt beheerd door Vektis.
4. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:
  3. Een zorgaanbieder die voor het eerst een bijdrage als bedoeld in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet aanvraagt, overlegt:
    - a. het nummer waarmee de zorgaanbieder geregistreerd is bij de Kamer van Koophandel;
    - b. een kopie van een lopende, met een zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of gemeente gesloten overeenkomst krachtens welke de zorgaanbieder voor rekening van die zorgverzekeraar respectievelijk Wlz-uitvoerder op grond van een zorgverzekering respectievelijk de Wet langdurige zorg verzekerde zorg zal verlenen, dan wel voor rekening van de gemeente jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet of maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 zal verlenen;
    - c. een kopie van een recente declaratie op basis van de overeenkomst, bedoeld in onderdeel b, en een kopie van een bankafschrift waaruit blijkt dat de declaratie voldaan is.

### **ARTIKEL II**

De Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 komt te luiden:

#### **Artikel 1**

In deze regeling wordt verstaan onder:

*AGB-code*: de Algemene GegevensBeheer-code van een zorgaanbieder zoals geregistreerd in het AGB-register dat wordt beheerd door Vektis;



*minister*: Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;  
*onverzekerde persoon*: persoon als bedoeld in artikel 3, eerste lid, voor wiens zorg op grond van deze regeling subsidie kan worden verstrekt;  
*Wlz-uitvoerder*: Wlz-uitvoerder als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg.

## B

Artikel 3 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt 'waarvan' vervangen door 'van wie'.
2. in het tweede lid wordt 'in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet met uitzondering van krachtens die wet uitgesloten vormen van zorg of diensten, en slechts' vervangen door 'bij en krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet,'.
3. In het derde lid wordt 'van die zorg' vervangen door 'van zorg als bedoeld in het tweede lid'.
4. In het vierde lid, onderdeel a, vervalt ', bedoeld in het eerste lid'.
5. Het vijfde lid komt als volgt te luiden:
  5. Subsidie wordt uitsluitend verstrekt indien de zorgaanbieder:
    - a. met de Staat een overeenkomst sluit waarbij de Staat hem belast met en hij zich verplicht tot het verrichten van de dienst van algemeen economisch belang, bedoeld in artikel 4, en
    - b. de in artikel 6, vijfde en zevende lid, bedoelde gegevens overlegt.

## C

In artikel 3a, onderdeel a, vervalt ', bedoeld in artikel 3, eerste lid,'.

## D

Artikel 6 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het vijfde lid, onderdeel c, komt te luiden:
  - c. het door het CAK te vergoeden bedrag, zijnde het bedrag, bedoeld in onderdeel b, verminderd met ontvangen betalingen of vergoedingen van de onverzekerde persoon, zijn verzekeraar of derden.;
2. Onder vervanging van de punt aan het slot van het vijfde lid, onderdeel f, door een puntkomma, wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:
  - g. zijn AGB-code.
3. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:
  7. Een zorgaanbieder overlegt bij de eerste aanvraag tot vaststelling van een subsidie als bedoeld in deze regeling de volgende gegevens:
    - a. het nummer waarmee de zorgaanbieder geregistreerd is bij de Kamer van Koophandel;
    - b. een kopie van een lopende, met een zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of gemeente gesloten overeenkomst krachtens welke de zorgaanbieder voor rekening van die zorgverzekeraar respectievelijk Wlz-uitvoerder op grond van een zorgverzekering respectievelijk de Wet langdurige zorg verzekerde zorg zal verlenen, dan wel voor rekening van de gemeente jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet of maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 zal verlenen;
    - c. een kopie van een recente declaratie op basis van de overeenkomst, bedoeld in onderdeel b, en een kopie van een bankafschrift waaruit blijkt dat de declaratie voldaan is.

## ARTIKEL III

1. Dit artikel is van toepassing op zorgaanbieders die op 1 juli 2026 een overeenkomst met het CAK hebben krachtens welke zij zorg verlenen als bedoeld in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet of krachtens welke zij een dienst van algemeen economisch belang verrichten als bedoeld in de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.



2. Voor zorgaanbieders als bedoeld in het eerste lid gelden artikel 7a.1, derde lid, van de Regeling zorgverzekering en artikel 6, zevende lid, van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden voor de eerste aanvraag tot vaststelling van een subsidie die zij doen na 30 juni 2029 of, indien dat eerder is, na de datum waarop hun overeenkomst met het CAK is geëindigd.

#### **ARTIKEL IV**

1. Artikel 7a.1, derde lid, van de Regeling zorgverzekering geldt niet voor zorgaanbieders:
  - a. die op het moment waarop zij een bijdrage als bedoeld in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet aan het CAK vragen geen overeenkomst met het CAK hebben als bedoeld in dat artikel, en
  - b. waaraan het CAK voor 1 juli 2026 een bijdrage als bedoeld in dat artikel heeft verstrekt.
2. In afwijking van het eerste lid geldt artikel 7a.1, derde lid, van de Regeling zorgverzekering voor de eerste aanvraag tot verstrekking van een bijdrage na 30 juni 2026 voor zorgaanbieders die:
  - a. verpleging en verzorging verlenen als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering, of
  - b. aan niet in een instelling verblijvende personen persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging verlenen als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet langdurige zorg.
3. Voor zorgaanbieders die op het moment waarop zij een bijdrage als bedoeld in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet aan het CAK vragen geen overeenkomst met het CAK hebben als bedoeld in dat artikel en die reeds voor 1 juli 2026 een bijdrage als bedoeld in dat artikel hebben aangevraagd, maar waaraan het CAK voor die datum geen bijdrage heeft verstrekt, geldt artikel 7a.1, derde lid, van de Regeling zorgverzekering voor de eerste aanvraag na 30 juni 2026.

#### **ARTIKEL V**

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 juli 2026.
2. Het tweede onderdeel van de in artikel I opgenomen wijziging van artikel 7a.1 van de Regeling zorgverzekering en artikel II, onderdeel D, subonderdeel 1, werken voor via VECOZO aangeleverde verzoeken om een bijdrage of aanvraag van een subsidie terug tot en met 1 januari 2025.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
S.Th.M. Hermans*



## TOELICHTING

### Algemeen

#### 1. Samenvatting

Met de onderhavige wijziging van artikel 7a.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) en de Subsidiereling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) wordt beoogd misbruik en oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Ook is een technische wijziging aangebracht teneinde beide regelingen in lijn te brengen met het digitaal declaratieproces. Tevens is van de gelegenheid gebruik gemaakt om enkele tekstuele verbeteringen door te voeren.

#### 2. Inleiding

Op 1 januari 2009 zijn bepalingen in werking getreden op grond waarvan zorgaanbieders een bijdrage kunnen vragen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen aan hier te lande verblijvende vreemdelingen die behoren tot bepaalde, in de Vreemdelingenwet 2000 omschreven groepen, die – omdat zij niet verzekeringsplichtig zijn – geen zorgverzekering kunnen afsluiten en die bovendien de kosten van de verleende zorg niet zelf kunnen betalen. Dit is geregeld in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en uitgewerkt in artikel 3b.1 van het Besluit zorgverzekering en artikel 7a.1 van de Rzv. Dit geheel van regels wordt wel de ‘Regeling onverzekerbare vreemdelingen’ (OVV) genoemd.

De SOV voorziet sinds 1 maart 2017 in de subsidiëring van zorgaanbieders die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde personen of aan personen van wie de verzekering niet is vast te stellen. Het gaat hier niet om de vreemdelingen als bedoeld in de OVV, maar bijvoorbeeld om dakloze ingezetenen, bepaalde groepen arbeidsmigranten, en onvolgende verzekerde buitenlandse studenten of toeristen.

#### 3. Fraude en het voorkomen daarvan

De Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) constateren in een brief aan de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport<sup>1</sup> mogelijke fraude met de SOV en de OVV. Op basis van beschikbare gegevens schatten de inspecties in dat ongeveer 15% van de declaraties die ten laste van de OVV worden ingediend en ongeveer 4% van de declaraties die ten laste van de SOV worden gebracht, vermoedelijk sprake is van fraude. Het gaat daarbij vooral om aanbieders die wijkverpleging en begeleiding aanbieden.<sup>2</sup> De inspecties wijzen op verschillende kwetsbaarheden bij de uitvoering van de SOV en de OVV, waaronder de laagdrempeligheid van het declareren.

Naar aanleiding hiervan en van enkele nieuwe signalen is door een werkgroep ‘aanpak fraude SOV en OVV’ van het Ministerie van VWS in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), een zorgverzekeraar, het CAK, de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), geïnventariseerd welke maatregelen genomen kunnen worden om fraude met de twee regelingen tegen te gaan.<sup>3</sup> De werkgroep maakt daarbij onderscheid tussen maatregelen die op korte termijn kunnen worden genomen, en maatregelen voor de langere termijn. Laatstbedoelde maatregelen kunnen om verschillende redenen niet snel worden ingevoerd, bijvoorbeeld omdat ze wetwijziging vergen of grote gevolgen hebben voor de werkwijze van het CAK. Deze maatregelen zullen nader worden gezien en uitgewerkt in het kader van het wetsvoorstel ‘Zorgkosten voor onverzekerden’ (Wzo), het wetsvoorstel waarmee de vergoeding van de zorgkosten voor alle onverzekerden in één, bij en krachtens de Zvw vorm te geven regeling zal worden geregeld.

Voorliggende wijziging van artikel 7a.1 Rzv (onderdeel van de OVV) en de SOV bevat de door de werkgroep ‘aanpak fraude SOV en OVV’ aanbevolen korte-termijnmaatregelen, voor zover deze wijziging van regelgeving vergen.

Allereerst is geregeld dat een zorgaanbieder bij een eerste aanvraag voor het verkrijgen van een bijdrage (OVV) respectievelijk bij een eerste aanvraag tot vaststelling van subsidie (SOV) de volgende gegevens moet overleggen:

<sup>1</sup> Brief ‘Misbruik OVV- en SOV-regelingen m.b.t. zorg ongedocumenteerde en onverzekerde vreemdelingen’, november 2024. Te vinden via Misbruik door malafide zorgverleners van zorgbudget voor onverzekerden | Nederlandse Arbeidsinspectie.

<sup>2</sup> Voorkomen en aanpakken fraude met de SOV en OVV; probleemanalyse en maatregelen, eindverslag van de werkgroep ‘aanpak fraude SOV en OVV’, november 2025.

<sup>3</sup> Zie vorige noot.



- het nummer waarmee de zorgaanbieder bij de Kamer van Koophandel geregistreerd is (KvK-nummer);
- een lopend contract tussen de zorgaanbieder en een zorgverzekeraar, een Wlz-uitvoerder<sup>4</sup> of een gemeente, op grond waarvan die aanbieder voor rekening van zijn wederpartij Zvw-zorg, langdurige zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz) dan wel jeugdzorg of maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Jeugdwet of Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) mag verlenen; en
- een kopie van een declaratie voor op grond van dat contract verleende zorg of ondersteuning en kopie van een bankafschrift waaruit blijkt dat de declaratie door de zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of de gemeente is voldaan.

Op basis van een abonnement op gegevens van de Kamer van Koophandel dat het CAK zal sluiten, zal het CAK op basis van het KvK-nummer informatie over de zorgaanbieder kunnen inzien, zoals de informatie in het zogenoemde 'Zorgaanbiedersportaal'<sup>5</sup>, waaronder de SBI-code<sup>6</sup> van de ingeschrevene. Dergelijke gegevens helpen het CAK bij het beantwoorden van de vraag of een zorgaanbieder die zorg declareert om een OVV-bijdrage of een SOV-subsidie te krijgen, bona fide is.

Uit het eindverslag van de werkgroep 'aanpak fraude SOV en OVV' blijkt dat één van de risico-indicatoren voor fraude is, dat een zorgaanbieder die een OVV-bijdrage of SOV-subsidie aanvraagt geen zorg aan anderen dan onverzekerden verleent. Om die reden is met voorliggende regeling geregeld dat een zorgaanbieder die voor de eerste keer een bijdrage of een subsidie aanvraagt, bij zijn aanvraag een kopie overlegt van een lopend contract met een zorgverzekeraar (voor Zvw-zorg), een Wlz-uitvoerder (voor zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg) of een gemeente (voor jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet of maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015), met daarbij een kopie van de meest recente declaratie op basis van het bedoelde contract en – in de vorm van een kopie van een bankafschrift – het bewijs dat voor de gedeclareerde zorg of ondersteuning betaald is.

Ten tweede is geregeld dat de zorgaanbieder – dit kan een zorginstelling zijn of een individuele zorgverlener – bij iedere declaratie de Algemene GegevensBeheer-code (AGB-code) meldt. Deze door Vektis uitgegeven, voor iedere zorgaanbieder unieke code is onder andere noodzakelijk om zorg te kunnen declareren. Op basis van de AGB-code kan het CAK in het AGB-register informatie over de zorgaanbieder opzoeken. Sinds 2025 kunnen zorgaanbieders aan onverzekerden geleverde zorg digitaal declareren via VECOZO.<sup>7, 8</sup> Gebeurt dit, dan dient de AGB-code sinds 2025 al aangeleverd te worden, aangezien digitaal declareren zonder AGB-code niet mogelijk is. Met voorliggende wijziging is bewerkstelligd dat ook op per post verzonden declaraties de AGB-code moet worden vermeld.

#### **4. Digitaal declareren**

Voorliggende regeling bevat ten slotte nog een wijziging die noodzakelijk is om digitaal declareren via VECOZO mogelijk te maken. Ingevolge de OVV en de SOV zoals deze voor voorliggende wijziging luiden, diende een zorgaanbieder zowel het voor de verleende zorg in rekening gebrachte tarief aan het CAK melden, als de betalingen die hij voor de zorg van zijn patiënt, diens eventuele particuliere ziektekostenverzekeraar of reisverzekeraar, of van derden had ontvangen. Het CAK betaalde de zorgaanbieder dan het verschil tussen beide bedragen.

Het is echter niet mogelijk om via VECOZO eigen betalingen van of voor de patiënt aan te leveren. Daarom is met voorliggende regeling in de OVV en SOV opgenomen dat zowel het toepasselijke tarief moet worden aangeleverd, als dat tarief minus de van of voor de patiënt ontvangen betalingen. Dit laatste bedrag betaalt het CAK dan – nadat het zich ervan heeft vergewist dat het gaat om een terechte declaratie van een bona fide zorgaanbieder – uit.

Omdat het sinds 2025 mogelijk is om zorg voor onverzekerden digitaal bij het CAK te declareren, heeft deze wijziging terugwerkende kracht gekregen tot en met 1 januari 2025.

<sup>4</sup> In de praktijk zal dit het zorgkantoor zijn, dat wil zeggen de Wlz-uitvoerder die in een bepaalde Wlz-regio de zorgcontracten namens alle Wlz-uitvoerders sluit.

<sup>5</sup> [www.zorgaanbiedersportaal.nl](http://www.zorgaanbiedersportaal.nl)

<sup>6</sup> Een SBI-code is code van de Standaard Bedrijfsindeling zoals gehanteerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek, waarmee de economische hoofd- of nevenactiviteit van een bedrijf wordt weergegeven in het handelsregister.

<sup>7</sup> VECOZO faciliteert een beveiligd internetportaal waarin de communicatie tussen gecertificeerde zorgaanbieders en zorgverzekeraars zo goed mogelijk kan verlopen.

<sup>8</sup> Aangezien zorgaanbieders voor een aansluiting op VECOZO over een licentie dienen te beschikken, waartoe zij aan een aantal vereisten moeten voldoen, zal ook het digitaal declareren de kans op onrechtmatige declaraties verkleinen.



## 5. Regeldruk

De aanpak van fraude met voorzieningen van de overheid heeft onvermijdelijk gevolgen voor de regeldruk voor de gebruikers van die voorzieningen. In dit geval zijn dat de zorgaanbieders. Tussen 2020 en 2024 zijn er aanzienlijk stappen genomen om de regeldruk voor het gebruik van de OVV en de SOV te verminderen. Dit is gedaan door het verminderen van het aantal gegevens dat moet worden aangeleverd bij het CAK en door het digitaliseren van de declaratiestroom. Zorgaanbieders kunnen voor het declareren van zorgkosten gebruikmaken van hun reguliere declaratiesysteem.

Met de wijzigingen van de OVV en SOV die in deze regeling zijn neergelegd neemt de regeldruk enigszins toe, omdat zorgaanbieders wordt gevraagd om bij een aanvraag voor een eerste bijdrage of subsidie<sup>9</sup>, de volgende gegevens te overleggen:

- het KvK-nummer;
- een lopend contract tussen de zorgaanbieder en een zorgverzekeraar, een Wlz-uitvoerder[of een gemeente, op grond waarvan die aanbieder Zvw-zorg, langdurige zorg als bedoeld in de Wlz dan wel jeugdzorg of maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Jeugdwet of Wmo 2015 mag verlenen; en
- een kopie van een declaratie voor op grond van dat contract verleende zorg of ondersteuning en kopie van een bankafschrift waaruit blijkt dat de declaratie door de zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of de gemeente is voldaan.

Daarnaast dient bij iedere declaratie de AGB-code te worden vermeld.

Voor het berekenen van de gevolgen van de toegenomen regeldruk wordt aangesloten bij het 'Handboek meting regeldruk, 2023, van het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). De aanname is dat de vereiste gegevens worden aangeleverd door administratief personeel. In het handboek is aangegeven dat in dat geval gewerkt moet worden met een 'all-in uurloon' van € 39. Het aantal minuten dat nodig is om de genoemde gegevens te verzamelen en te overleggen is een inschatting die is gemaakt in overleg met het CAK.

### OVV

Het CAK heeft aangegeven dat als deze regeling in 2025 zou zijn ingevoerd, 350 zorgaanbieders de nieuwe gegevens zouden hebben moeten aanleveren. In de onderstaande berekeningen wordt daarom dit aantal gebruikt.

Voor het berekenen van de regeldruk als gevolg van de plicht om de AGB-code aan te leveren bij elke declaratie wordt uitsluitend gekeken naar de declaraties die per post zullen worden ingediend. Het gebruik van de AGB-code bij digitale declaraties is sinds 2025 bestaande praktijk, omdat het reguliere declaratiesysteem VECOZO reeds werkt met AGB-codes. Voor de OVV wordt uitgegaan van 10% van het totale aantal declaraties dat in 2025 is ingediend. Dit is 10% van circa 55.000 declaraties of te wel 5.500 declaraties.

- KvK-nummer:  $350 \times 2 \text{ minuten} \times € 39 \text{ uurloon} = € 455,-$
- Contract zorgfinancier:  $350 \times 10 \text{ minuten} \times € 39 \text{ uurloon} = € 2.275,-$
- Declaratie en bankafschrift:  $350 \times 10 \text{ minuten} \times € 39 \text{ uurloon} = € 2.275,-$
- Aanleveren AGB-code:  $5.500 \times 0,5 \text{ minuten} \times € 39 \text{ uurloon} = € 1.788,-$

### SOV

Het CAK heeft aangegeven dat als deze regeling in 2025 zou zijn ingevoerd, 250 zorgaanbieders de nieuwe gegevens zouden hebben moeten aanleveren. In de onderstaande berekeningen wordt daarom dit aantal gebruikt. Voor het berekenen van de regeldruk als gevolg van de plicht om de AGB-code aan te leveren bij elke declaratie wordt uitsluitend gekeken naar de declaraties die per post zullen worden ingediend. Het gebruik van de AGB-code bij digitale declaraties is bestaande praktijk, omdat het reguliere declaratiesysteem VECOZO sinds 2025 reeds werkt met AGB-codes. Voor de SOV wordt uitgegaan van 10% van het totale aantal declaraties dat in 2025 is ingediend. Dit is 10% van circa 45.000 declaraties of te wel 4.500 declaraties.

- KvK-nummer:  $250 \times 2 \text{ minuten} \times € 39 \text{ uurloon} = € 325,-$
- Contract zorgfinancier:  $250 \times 10 \text{ minuten} \times € 39 \text{ uurloon} = € 1.625,-$
- Declaratie en bankafschrift:  $250 \times 10 \text{ minuten} \times € 39 \text{ uurloon} = € 1.625,-$

<sup>9</sup> Overigens bevat de regeling overgangsrecht, dat ertoe leidt dat aanbieders die op 1 april 2026 een overeenkomst met het CAK hebben de gegevens pas later hoeven aan te leveren en dat bestaande aanbieders zonder contract (dit kan alleen bij de OVV het geval zijn) deze gegevens niet hoeven aan te leveren, tenzij zij wijkverpleging of thuiszorg verlenen. Zie de artikelsgewijze toelichting bij de artikelen III en IV.



- Aanleveren AGB-code: 4.500 x 0,5 minuten x € 39 uurloon = € 1.463,-

De totale kosten regeldruk van deze wijzigingsregeling worden geschat op € 11.830,- per jaar.

## 6. Internetconsultatie

De wijziging van de SOV en OVV heeft van 16 februari 2026 tot en met 16 maart 2026 opengestaan voor internetconsultatie. Hierop hebben zowel individuele zorgaanbieders als verschillende branche- en koepelorganisaties gereageerd. Het doel van fraudebestrijding wordt breed onderschreven, maar vrijwel alle respondenten uiten zorgen over de gevolgen van de voorgestelde wijzigingen voor de uitvoeringspraktijk.

De belangrijkste zorg betreft de toename van administratieve lasten. Respondenten vrezen dat extra verificatieverplichtingen de drempel verhogen om zorg te verlenen aan onverzekerden. Daarbij wordt opgemerkt dat de voorgestelde verplichtingen stapelen op bestaande wet- en regelgeving. Voor zorgaanbieders zonder contract bij een zorgverzekeraar, gemeente of zorgkantoor vormt de wijziging een knelpunt. Er wordt gepleit voor een overgangsregeling zodat ongecontracteerde partijen die bezig zijn met contractering hun zorg kunnen blijven verlenen. Ook wordt voorgesteld om alternatieve vormen van verificatie te accepteren, zoals een integriteitscheck, een goedgekeurde machtiging of een onderaannemingsovereenkomst.

Er zijn verschillende reacties gegeven die niet direct volgen uit de voorgelegde wijziging, maar betrekking hebben op de regelingen in het algemeen of het voornemen om te komen tot een nieuwe regeling zorgkosten onverzekerden. Ten algemene wordt op het gebied van uitvoering gepleit voor vereenvoudiging: één centrale digitale voorziening, heldere ketenafspraken over wie welke verificatie uitvoert, en een proportionaliteitstoets om te waarborgen dat de maatregelen in verhouding staan tot het beoogde doel. Om fraude beter aan te pakken vragen respondenten om zorgverzekeraars nadrukkelijker te betrekken als uitvoerende en controlerende partner. In het kader van de administratieve lasten wordt de keuze tussen de twee regelingen als onduidelijk ervaren. Tot slot wordt gesignaleerd dat de beoogde invoeringsdatum van 1 april 2026 knelpunten kan opleveren, met name in de wijkverpleging en thuiszorg. Respondenten pleiten voor tijdige voorlichting.

### Reactie op internetconsultatie

Naar aanleiding van de reacties op de wijzigingsregeling wordt ingegaan op de volgende punten:

- de noodzaak van de voorgestelde wijziging om een contract met een zorgverzekeraar, gemeente of zorgkantoor te overleggen;
- de gevolgen van deze wijziging voor de administratieve lasten van zorgaanbieders;
- de gevolgen van deze wijziging voor ongecontracteerde zorgaanbieders;
- alternatieven voor de voorgestelde wijziging;
- de wijziging van de ingangsdatum van deze wijzigingen, en;
- een toelichting bij de doorontwikkeling van deze regelingen.

Allereerst valt uit de reacties op dat de voorgestelde wijzigingen en de reikwijdte van deze wijzigingen niet altijd goed worden begrepen. Om die reden is besloten om de datum waarop deze wijzigingen inwerking treden uit te stellen tot 1 juli 2026. Hierdoor is er meer tijd voor het Ministerie van VWS om samen met SKGZ 'Expertisecentrum Zorgverzekeringen' te werken aan voorlichting en informatie over de aanstaande wijzigingen.

Met de voorgestelde wijziging van de SOV en OVV worden geen aanvullende, gedetailleerde administratieve verplichtingen voor het identificeren, registreren en verifiëren van onverzekerde personen, geïntroduceerd. Met de voorgestelde wijzigingen wordt het volgende geregeld. Zorgaanbieders die zorgkosten willen declareren ten laste van de SOV en OVV worden gevraagd om bij elke declaratie (niet alleen de eerste) de AGB-code van de zorgaanbieder te vermelden. Daarnaast dienen zorgaanbieders die een eerste bijdrage vragen de volgende bewijsstukken te overleggen:

- hun KvK-nummer (voor verificatie bij de Kamer van Koophandel)
- een kopie van een lopend contract met een zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of gemeente, een kopie van een declaratie op basis van dat contract en een bankafschrift als bewijs dat deze declaratie daadwerkelijk is betaald.

Verder is in de wijzigingsregeling overgangsrecht opgenomen:

- Bestaande zorgaanbieders mét een CAK-overeenkomst op 1 juli 2026 hoeven de nieuwe gegevens nog niet aan te leveren bij hun eerstvolgende declaratie. Zij krijgen uitstel tot 1 juli 2029 (drie jaar na inwerkingtreding), óf het moment dat hun CAK-overeenkomst eindigt (als dat eerder is).
- Bestaande zorgaanbieders zonder CAK-overeenkomst (alleen mogelijk bij OVV) hoeven de nieuwe gegevens *niet* aan te leveren. Hierbij geldt een uitzondering voor aanbieders die wijkverpleging



(Besluit zorgverzekering) of thuiszorg (Wlz) verlenen. Zij moeten de gegevens wél aanleveren bij hun eerste declaratie ná 1 april 2026. Dit komt omdat fraude juist in deze sectoren is gesignaleerd.

Bovenstaande uitzonderingen betekenen onder andere dat huisartsenpraktijken die reeds declareren bij het CAK ten laste van de SOV en OVV niet de bovengenoemde gegevens (behalve de AGB-code) hoeven aan te leveren. Alleen huisartsenpraktijken die niet eerder dan 1 juli 2026 een bijdrage hebben gevraagd, zullen deze gegeven eenmalig moeten overleggen. De administratieve lasten van deze eenmalige handeling voor huisartsenpraktijken die nog niet eerder bij het CAK hebben gedeclareerd, worden als zeer beperkt beschouwd.

Ten algemene wordt opgemerkt dat de administratieve lasten om gebruik te kunnen maken van deze regelingen de afgelopen jaren zeer zijn afgenomen en heden zeer beperkt zijn. Alle zorgaanbieders kunnen de zorgkosten declareren via hun reguliere declaratiesysteem waarmee zij ook declareren bij de zorgverzekeraar. Daarnaast dienen slechts enkele gegevens te worden aangeleverd bij de declaraties, zoals de nationaliteit, initialen, de geboortedatum en, indien aanwezig, het BSN. De administratieve lasten die zorgaanbieders ervaren komen soms voort uit de onzekerheid die er bestaat over het gebruiken van de regelingen. Om die reden is de laatste jaren flink geïnvesteerd in voorlichting over het gebruik van de regelingen.

De voorgestelde wijzigingen zijn een zeer beperkte uitbreiding van de administratieve lasten en noodzakelijke om fraude met de regelingen aan te kunnen pakken. De werkgroep 'aankpak fraude' heeft geconcludeerd dat zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren beter in staat zijn om malafide zorgaanbieders te herkennen dan het CAK. Het CAK beschikt niet over uitgebreide fraudeafdelingen of informatiesystemen, zoals zorgverzekeraars en zorgkantoren. Gemeenten hebben het voordeel dat zij fysiek dicht bij de zorgverlening zitten, waardoor zij beter kunnen beoordelen of de zorg die zij inkopen daadwerkelijk wordt gegeven. De contracteis fungeert daarmee als een noodzakelijke drempel die de integriteit van de declaraties bevordert.

Wat betreft de voorgestelde alternatieven, zoals een goedgekeurde machtiging, verklaring van een derde of betalingsspecificatie: deze bieden onvoldoende waarborgen tegen fraude. Recente ervaringen met vergelijkbare constructies hebben laten zien dat dergelijke documenten fraudegevoelig zijn. Een contract met een zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente biedt een objectief verifieerbaar bewijs dat een onafhankelijke partij de zorgaanbieder heeft beoordeeld. Voor zorgaanbieders die als onderaannemer werken, geldt dat de hoofdaannemer gecontracteerd dient te zijn en declareert; de onderaannemingsrelatie valt dan binnen de bedrijfsvoering van de gecontracteerde hoofdaannemer.

Tot slot wordt opgemerkt dat veel reacties waardevol zijn voor de uitwerking van een door de Minister van VWS aangekondigde nieuwe regeling waarin de SOV en OVV worden geharmoniseerd. Het feit dat de SOV en OVV worden geharmoniseerd in één regeling neemt al administratieve lasten weg, omdat het voor zorgaanbieders niet altijd duidelijk is ten laste van welke regeling zij zorgkosten mogen declareren. Het is nog niet duidelijk per wanneer de nieuwe regeling in werking zal treden.

## **7. Reactie ATR**

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies omdat het geen omvangrijke gevolgen voor de regeldruk heeft.

## **Artikelsgewijs**

### **ARTIKEL I (wijziging van artikel 7a.1 Regeling zorgverzekering)**

#### *eerste onderdeel*

Deze wijziging betreft een technische verbetering.

#### *tweede onderdeel*

Verwezen wordt naar paragraaf 4 van het algemeen deel van de toelichting.

#### *derde onderdeel*

Met deze wijziging is geregeld dat een zorgaanbieder bij ieder verzoek om een OVV-bijdrage zijn AGB-code voegt. Voor een zorgaanbieder die zorginstelling is, gaat het om de AGB-code voor zijn onderneming of eventueel de AGB-code voor de vestiging van waaruit de zorg is verleend. Voor een solistisch werkende zorgverlener gaat het om de AGB-code van die zorgverlener.



---

#### *vierde onderdeel*

Geregeld is dat zorgaanbieders bij de eerste aanvraag voor een OVV-bijdrage, hun KvK-nummer overleggen (onderdeel a) alsmede een kopie van een geldig, met een zorgverzekeraar of een Wlz-uitvoerder gesloten contract tot levering van zorg dan wel een geldig, met een gemeente gesloten contract tot levering van jeugdzorg of maatschappelijke ondersteuning (onderdeel b) en een kopie van een declaratie op grond van dat contract en van een bewijs dat de declaratie betaald is, in de vorm van (een kopie van) een bankafschrift.

### **ARTIKEL II (wijziging van de SOV)**

#### *Onderdeel A*

In artikel 1 van de SOV is nu het begrip 'onverzekerde persoon' omschreven, welk begrip op meerdere plekken in de Regeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden wordt gebruikt. Door de verwijzing naar artikel 3, eerste lid, wordt duidelijk gemaakt dat het hier niet alleen gaat om personen die geen zorgverzekering hebben, maar ook om personen die deze mogelijk wel hebben, maar van wie dat voor de zorgaanbieder niet vast te stellen is.

Daarnaast zijn begripsomschrijvingen van 'AGB-code' en 'Wlz-uitvoerder' toegevoegd.

Gelet op de nieuwe begripsomschrijvingen is besloten artikel 1 opnieuw vast te stellen.

#### *Onderdeel B*

#### **Subonderdelen 1 tot en met 4**

De eerste vier subonderdelen van onderdeel B betreffen redactionele wijzigingen.

Het eerste subonderdeel betreft een taalkundige verbetering. Door 'waarvan' te vervangen door 'van wie' wordt duidelijk dat verwezen wordt naar mensen (namelijk i.c. naar onverzekerde personen) en niet naar objecten.

Het tweede subonderdeel zorgt ervoor dat de zorg die op grond van de SOV kan worden gesubsidieerd gelijk is aan de zorg die op grond van een zorgverzekering vergoed dient te worden (Zvw-pakket). De formulering zoals deze luidde voor de inwerkingtreding van onderhavige wijziging leidde er bij letterlijke toepassing toe dat het te subsidiëren pakket ruimer was dan het Zvw-pakket. Dit komt omdat zorg of overige diensten niet alleen bij of krachtens de Zvw van het te verzekeren pakket kunnen worden uitgesloten, maar er ook sprake is van uitsluitingen op basis van toepassing van de regels inzake het te verzekeren pakket.<sup>10</sup> Ook dergelijke inperkingen dienen te gelden voor de zorg die op grond van de SOV kan worden gesubsidieerd.

Met het derde subonderdeel is verduidelijkt om welke zorg het in het artikel 3, derde lid, van de SOV precies gaat.

Nu in artikel 1 van de SOV het begrip 'onverzekerde persoon' wordt omschreven, kon in artikel 3, vierde lid, onderdeel a, de verwijzing naar het eerste lid geschrapt worden. Het vierde subonderdeel regelt dit.

#### **Subonderdeel 5**

Het nieuwe zesde lid van artikel 3 SOV expliciteert dat een zorgaanbieder die de gegevens, bedoeld in artikel 6, vijfde of zevende lid, SOV – waaronder de AGB-code, het KvK-nummer en een geldige zorgovereenkomst met een zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of gemeente – niet overlegt, geen subsidie zal kunnen krijgen.

#### *Onderdeel C*

Nu in artikel 1 van de Regeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden het begrip 'onverzekerde persoon' wordt omschreven, kon in artikel 3a, onderdeel a, de verwijzing naar artikel 3, eerste lid, geschrapt worden.

---

<sup>10</sup> Bijvoorbeeld op grond van zogenoemde 'duidingen' door het Zorginstituut.



## Onderdeel D

### Subonderdeel 1

Verwezen wordt naar paragraaf 4 van het algemeen deel van de toelichting.

### Subonderdelen 2 en 3

Verwezen wordt naar de toelichting bij artikel I, derde en vierde onderdeel.

### **ARTIKELEN III en IV (overgangsrecht)**

Artikel 7a.1, derde lid, Rzv en 6, zevende lid, SOV regelen welke informatie een zorgaanbieder bij een 'eerste aanvraag' voor een bijdrage (OVV) dan wel een eerste aanvraag tot vaststelling van een subsidie (OVV) dient aan te leveren. Duidelijk is, dat dit artikel in ieder geval geldt voor aanbieders die op of na 1 juli 2026 voor het eerst een OVV-bijdrage of SOV-subsidie aanvragen. Daarbij is niet van belang of zij een overeenkomst met het CAK hebben of – dit is alleen bij de OVV mogelijk – niet.

De artikelen III en IV regelen wat geldt voor aanbieders die al voor de inwerkingtreding van onderhavige regeling een of meer OVV-bijdragen of SOV-subsidies hebben gehad.

Artikel III bevat overgangsrecht voor zorgaanbieders die op 1 juli 2026 (datum inwerkingtreding van voorliggende regeling) een overeenkomst met het CAK hebben op grond waarvan zij voor rekening van de OVV of SOV zorg mogen verlenen. Om te voorkomen dat zij alle bij de eerste bijdrage- of subsidie-aanvraag na 1 juli 2026 hun KvK-nummer, een kopie van een lopend contract met een zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of gemeente alsmede een kopie van een declaratie op basis van die overeenkomst en van een betaalbewijs moeten overleggen, is geregeld dat zij dat pas bij de eerste subsidie-aanvraag na 30 juni 2029 hoeven te doen, of – indien hun overeenkomst eerder eindigt – bij de eerste subsidie-aanvraag na die eindiging (daarbij maakt het niet uit of zij op dat moment een nieuwe overeenkomst met het CAK hebben, of, in het geval van de OVV, niet<sup>11</sup>). Dit beperkt de regeldruk voor zowel het CAK als de betrokken zorgaanbieders.

Artikel IV bevat overgangsrecht voor zorgaanbieders die op het moment waarop zij een bijdrage als bedoeld in de OVV vragen geen overeenkomst met het CAK hebben. Zorgaanbieders die al voor 1 juli 2026 een of meer OVV-bijdragen van het CAK hebben ontvangen (verder 'bestaande aanbieders zonder contract' genoemd). Het eerste lid zorgt ervoor dat zij de in de vorige alinea genoemde documenten niet aan hoeven te leveren. Het tweede lid regelt daar echter een uitzondering op voor bestaande aanbieders zonder contract die wijkverpleging als bedoeld in het Besluit zorgverzekering of thuiszorg als bedoeld in de Wlz verlenen. Omdat de NLA en de IGJ juist fraude in deze zorgsectoren hebben geconstateerd, dienen aanbieders die wijkverpleging of thuiszorg verlenen de hier bedoelde documenten aan te leveren bij de eerste OVV-bijdrage (OVV) die zij na de inwerkingtreding van deze regeling aanvragen. Het hier beschreven overgangsrecht zorgt ervoor dat het CAK fraude in genoemde sectoren beter tegen kan gaan, terwijl de regeldruk voor de bestaande aanbieders zonder contract in de andere sectoren (en voor het CAK) beperkt blijft.

Voor zorgaanbieders die geen overeenkomst met het CAK hebben en die al voor 1 juli 2026 een OVV-bijdrage hebben aangevraagd, maar waaraan het CAK voor die datum geen bijdrage heeft verstrekt, regelt het derde lid dat zij de genoemde documenten moeten overleggen bij de eerste aanvraag na 30 juni 2026.

### **ARTIKEL V (inwerkingtreding; terugwerkende kracht aanlevering AGB-code bij digitale declaratie)**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 juli 2026, in lijn met het kabinetsbeleid inzake vaste verandermomenten voor regelgeving.

In paragraaf 4 van het algemeen deel van de toelichting is uiteengezet waarom de in artikel I voorgestelde wijziging van artikel 7a.1 van de Regeling zorgverzekering en artikel II, onderdeel D, subonderdeel 1, terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2025 hebben gekregen.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
S.Th.M. Hermans*

<sup>11</sup> Op grond van de SOV kan het CAK alleen subsidie verstrekken aan zorgaanbieders waarmee het CAK een overeenkomst heeft gesloten. Op grond van de OVV kan het CAK de daar bedoelde bijdrage zowel aan door hem gecontracteerde als aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders verstrekken.