

Onderzoek naar de figuur van verdragsgerechtigde

Eindrapportage



6 mei 2025



Onderzoek naar de figuur van
verdragsgerechtigde

06-05-2025 | Versie 1.1

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting.....	1
1 Aanleiding.....	3
1.1 Aanleiding.....	3
1.2 Onderzoeksvragen.....	3
1.3 Aanpak.....	4
1.4 Scope	4
2 Achtergrond.....	5
2.1 Wat is een verdragsrecht?	5
2.2 Verplichte inschrijving bij het CAK.....	5
2.3 Cijfermatige ontwikkelingen.....	5
2.4 Op welke zorg kunnen verdragsgerechtigden aanspraak maken?	10
2.5 Hoe is de regeling financieel geregeld?	11
2.6 Uitvoering van de regeling.....	13
3 Ontwikkelingen van de juridische figuur.....	16
4 Verdragsgerechtigden versus Zvw-verzekerden	22
4.1 Overzicht van verschillen en overeenkomsten tussen verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden	22
4.2 Relevante verschillen tussen verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden.....	25
Bijlage 1: Standaardformulieren voor sociale zekerheid	28
Bijlage 2: Andere betrokken partijen bij de uitvoering.....	29
Bijlage 3: De ‘customer journey’	30
Bijlage 4: Twee aanvullende rechtszaken	31
Bijlage 5: Twee rechtszaken met betrekking tot de Patiëntenrichtlijn	33
Colofon.....	36

Managementsamenvatting

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 werd het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden opgeheven. Iedereen die behoort tot de kring van verzekerden voor de volksverzekeringen en legaal in Nederland woont¹ of werkt² is sindsdien verplicht een Nederlandse zorgverzekering, op basis van de Zvw, af te sluiten. Als gevolg van de invoering van de Zvw zijn Nederlands ingezetenen opgenomen in één wettelijk ziektekostenverzekeringsregime. Voor de niet Nederlands ingezetenen, voor wie Nederland zorgkosten betaalt op basis van een verdrag, is de zogenoemde figuur van de verdragsgerechtigden geïntroduceerd.

Wat zijn verdragsgerechtigden?

Verdragsgerechtigden zijn personen die een recht hebben op zorg ten laste van Nederland op basis van een verdrag of de coördinatieverordening. Ze zijn niet verzekerd op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw), omdat zij niet tot de kring van verzekerden op basis van die wetten horen, bijvoorbeeld omdat zij in een EU/EER-land of verdragsland wonen. Het recht op zorg ten laste van Nederland betreft een recht dat rechtstreeks ontleend is aan een verdrag, vandaar de term.

Het betreft met name personen die in een ander EU/EER-land of verdragsland wonen maar niet werken. Zij hebben onder voorwaarden een 'verdragsrecht' op zorg in hun woonland, ten laste van Nederland. Dit betreft vooral in het buitenland wonende gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden³ en/of niet-actieve gezinsleden.

Het Ministerie van VWS heeft behoefte aan een **onderzoek dat beschrijft hoe de figuur van verdragsgerechtigde zich heeft ontwikkeld in de loop der jaren**. Daarnaast wil men graag weten **wat de huidige juridische en praktische overeenkomsten en verschillen zijn tussen verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden**. De hoofdvraag van dit onderzoek is: **Hoe verhoudt de positie van verdragsgerechtigden zich tot die van Zvw-verzekerden (juridisch en in de uitvoeringspraktijk)?**

Vanaf het moment dat de Zvw is ingevoerd (2006) tot aan heden zijn er wijzigingen geweest in de juridische figuur van verdragsgerechtigde. Dit is terugbracht in een tijdlijn (Ontwikkelingen van de juridische figuur die bestaat uit belangrijke gebeurtenissen voor verdragsgerechtigden, zoals het inwerking treden van een nieuwe verordening in 2010 en juridische uitspraken (zoals de Van Delft-zaak). Deze uitspraken hebben bijvoorbeeld verduidelijkt dat Nederlanders in het buitenland ook premies (of beter: premie vervangende bijdragen) moeten betalen, aangezien de zorgkosten die zij in het buitenland maken worden betaald door Nederland.

In dit onderzoek zijn overeenkomsten en verschillen in kaart gebracht tussen verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden (Verdragsgerechtigden versus Zvw-verzekerden).

- Zo hebben verdragsgerechtigden toegang tot zorg in hun woonland via hun woonlandpakket en in Nederland via het basispakket. Zvw-verzekerden zijn aangewezen op zorg in het basispakket van Nederland.
- In het kader van financiering is Nederland de betalende lidstaat voor de zorg van verdragsgerechtigden, verdragsgerechtigden betalen hiervoor een verdragsbijdrage aan Nederland. Deze verdragsbijdrage is

¹ Wettelijk gaat het om ingezetenschap.

² Wettelijk gaat het om arbeid in Nederland in dienstbetrekking verrichten en waarover loonbelasting wordt geheven.

³ Bijvoorbeeld WIA-gerechtigden

gebaseerd op de nominale Zvw premie, vermenigvuldigd met een woonlandfactor⁴. Zvw-verzekerden betalen een nominale premie (in termijnen of jaarlijks) en een inkomensafhankelijke bijdrage Zvw.

- Een ander verschil is dat verdragsgerechtigden voor zorg in Nederland geen eigen risico of eigen bijdrage betalen, terwijl Zvw-verzekerden dit verplicht zijn. De verdragsgerechtigde dient mogelijk wel een eigen risico of eigen bijdrage te betalen in het woonland, dit is afhankelijk van de regels van het woonland.

⁴ Hiermee wordt de verhouding tot uitdrukking gebracht tussen de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale ziektekostenverzekering in het woonland van de verdragsgerechtigde en de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon uit hoofde van de Zvw en de Wlz in Nederland

1 Aanleiding

1.1 Aanleiding

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 werd het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden opgeheven. Iedereen die legaal in Nederland woont⁵ of werkt⁶ is sindsdien verplicht een Nederlandse zorgverzekering af te sluiten. Als gevolg van de invoering van de Zvw is de hele bevolking opgenomen in een sociale ziektekostenverzekering en is de figuur van de zogenoemde 'verdragsgerechtigden' geïntroduceerd.

Wat zijn verdragsgerechtigden?

Verdragsgerechtigden zijn personen die een recht hebben op zorg ten laste van Nederland op basis van een verdrag of de coördinatieverordening. Ze zijn niet verzekerd op basis van de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet, omdat zij niet tot de kring van verzekerden op basis van die wetten horen, bijvoorbeeld omdat zij in een EU/EER-land of verdragsland wonen. Het recht op zorg ten laste van Nederland betreft een recht dat rechtstreeks ontleend is aan een verdrag, vandaar de term.

Het betreft met name personen die in een ander EU/EER-land of verdragsland wonen maar niet werken. Zij hebben onder voorwaarden een 'verdragsrecht' op zorg in hun woonland, ten laste van Nederland. Dit betreft vooral in het buitenland wonende gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden⁷ en/of niet-actieve gezinsleden.

In de Verzekerdenmonitor (VWS, diverse jaren, de meest recente editie is van november 2024⁸) wordt gerapporteerd over het aantal verdragsgerechtigden naar categorie dat is aangemeld bij het CAK. Verdragsgerechtigden zijn wettelijk verplicht om zich aan te melden bij het CAK.⁹ Ultimo 2023 zijn er bij het CAK ongeveer 123.000 verdragsgerechtigden geregistreerd. Veruit de grootste groep zijn gepensioneerden, daarnaast zijn er gezinsleden zonder eigen inkomen van zowel grensarbeiders als van gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden.

1.2 Onderzoeksvragen

Sinds de invoering van de Zvw in 2006 is de figuur van verdragsgerechtigden op diverse onderdelen toegegroeid naar de positie van Zvw-verzekerden. Het Ministerie van VWS heeft behoefte aan een **onderzoek dat beschrijft hoe de figuur van verdragsgerechtigde zich heeft ontwikkeld in de loop der jaren**. Daarnaast is de vraag **wat de huidige juridische en praktische overeenkomsten en verschillen zijn tussen verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden**.

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

Hoe verhoudt de positie van verdragsgerechtigden zich tot die van Zvw-verzekerden (juridisch en in de uitvoeringspraktijk)?

Deze hoofdvraag valt uiteen in een aantal deelvragen:

⁵ Wettelijk gaat het om ingezetenschap.

⁶ Wettelijk gaat het om arbeid in Nederland in dienstbetrekking verricht en waarover loonbelasting wordt geheven.

⁷ Bijvoorbeeld WIA-gerechtigden

⁸ [https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/10/21/vws-verzekerdenmonitor-2024#:~:text=Monitor%20van%20de%20Directie%20Zorgverzekeringen.\(Zvw\)%20tot%20eind%202023.](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/10/21/vws-verzekerdenmonitor-2024#:~:text=Monitor%20van%20de%20Directie%20Zorgverzekeringen.(Zvw)%20tot%20eind%202023.)

⁹ Zie artikel 69 Zvw.

1. Met welk doel is de figuur van verdragsgerechtigden ontstaan in 2006 en wat wijzigde er precies ten opzichte van de situatie voor 2006?
2. Welke ontwikkelingen heeft de figuur van verdragsgerechtigden doorgemaakt vanaf 2006 tot heden en welke (inter)nationale rechterlijke uitspraken, aanbevelingen, beleidsmaatregelen en andere ontwikkelingen waren hiervoor bepalend?
3. Hoe is door deze ontwikkelingen de positie van verdragsgerechtigden gelijk opgelopen of juist gewijzigd ten opzichte van de positie van Zvw-verzekerden?
4. Wat zijn momenteel juridisch en in de uitvoeringspraktijk de overeenkomsten en verschillen tussen verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden?
5. Zijn er openstaande punten c.q. onduidelijkheden wat betreft de figuur van verdragsgerechtigden (juridische en/of in de uitvoeringspraktijk)?

1.3 Aanpak

1.3.1 Deskresearch

We zijn gestart met het verzamelen en raadplegen van documentatie vanuit relevante bronnen. Dit betrof onder meer de parlementaire documentatie (brieven en nota's aan de Tweede Kamer), jaarverslagen van de Stichting Kwaliteit en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) met artikelen over vergoeding van zorg over de grens, jaarverslagen ('Stand van de Uitvoering') van het CAK, en andere (juridische) documenten. Ook hebben we relevante uitspraken van het Hof van Justitie van de Europese Unie (hierna: Hofzaken) doorgenomen.

1.3.2 Interviews

Parallel aan de deskresearch hebben we interviews uitgevoerd met betrokkenen binnen VWS die veel kennis hebben van het onderwerp verdragsgerechtigden. Doel was een helder en zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de figuur van verdragsgerechtigde om goed voorbereid de interviews met externen te kunnen uitvoeren.

Volgend op de interviews met interne betrokkenen hebben we interviews gehouden met diverse betrokkenen en experts van verdragsgerechtigden en/of de coördinatieverordening sociale zekerheid:

- **Verantwoordelijke persoon/personen binnen het CAK:** bevoegd orgaan voor administratie van verdragsgerechtigden en opleggen verdragsbijdrage en als verbindingsorgaan verantwoordelijk voor de afrekening van zorgkosten met het buitenland. Deze partij hebben we tweemaal gesproken
- **Verantwoordelijke persoon/personen binnen Zilveren Kruis:** bevoegd orgaan voor de zorg van verdragsgerechtigden.
- **Sociale Verzekeringsbank (SVB):** uitvoering AOW, broninhouder¹⁰

1.3.3 Groepssessie (tussen)resultaten

We hebben een bespreking gehouden met VWS. Tijdens deze groepssessie hebben we de (tussen)resultaten gepresenteerd en zijn we in gesprek gegaan over (1) feitelijke aanvullingen of correcties en (2) openstaande (feitelijke) aandachtspunten of onduidelijkheden.

1.4 Scope

De scope van het onderzoek is de regeling verdragsgerechtigden, zoals vastgelegd in de Zvw. Als we in het rapport over verdragsgerechtigden spreken, bedoelen we hiermee deze Nederlandse verdragsgerechtigden.

¹⁰

Daarnaast ligt de focus op de Europese coördinatieverordening sociale zekerheid 883/2004 (hierna: de Verordening). De bilaterale socialezekerheidsverdragen vallen voor wat betreft de details buiten dit onderzoek.

2 Achtergrond

2.1 Wat is een verdragsrecht?

Onder de materiële werking van de Verordening vallen prestaties bij ziekte, voor Nederland vastgelegd in de Wet langdurige Zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Op basis van de Wlz en de Zvw behoren tot de kring van verzekerden; de ingezetenen van Nederland en niet-ingezetenen die loonbelasting in Nederland betalen¹¹. Zij zijn verzekerd voor langdurige en curatieve zorg.

Als patiënten zorg gebruiken in het buitenland, spreken we van grensoverschrijdende zorg. Op basis van de Verordening is er recht op zorg in het geval van tijdelijk verblijf of wonen in een andere Europese lidstaat. In dat geval behoren deze burgers weliswaar niet tot de nationale kring van verzekerden, maar kan er op basis van de Verordening (of verdrag) toch sprake zijn van een recht op zorg betaald door Nederland. Dit is afhankelijk van de individuele omstandigheden van deze burgers, waarmee zij al dan niet aan de voorwaarden voor een dergelijk recht op basis van de Verordening voldoen. [Personen die niet werken en in andere Europese lidstaten wonen, zijn in diverse situaties aangewezen op een recht op zorg betaald door Nederland; vooral zij zijn verdragsgerechtigden.](#) Concreet gaat het bijvoorbeeld om buiten Nederland wonende personen die een Nederlands pensioen- of Nederlandse uitkering ontvangen.

Nederland is een Europese lidstaat en is daarmee gebonden aan de multilaterale verdragen en regels in de EU en EER landen, met daarnaast Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk. Voorts zijn er diverse verdragslanden waarmee Nederland bilateraal sociale zekerheidsafspraken heeft gemaakt, inclusief medische zorg in geval van bijvoorbeeld wonen en/of tijdelijk verblijf. De Europese coördinatieverordening sociale zekerheid is opgesteld om te voldoen aan de groeiende behoefte van een gemeenschappelijk systeem tussen de lidstaten om de socialezekerheidsrechten van burgers te beschermen. De Verordening heeft als doel om de sociale zekerheid te coördineren van personen die zich binnen de Europese Unie verplaatsen. Let op: er is dus geen sprake van harmonisatie van sociale zekerheidsregels en systemen; iedere lidstaat heeft zijn eigen sociale zekerheidssysteem.

We gaan uitgebreider in op de veranderingen in de Verordening en haar voorgangers (inclusief toepassingsverordening) in [Hoofdstuk 4: Ontwikkelingen van de juridische figuur](#).

2.2 Verplichte inschrijving bij het CAK

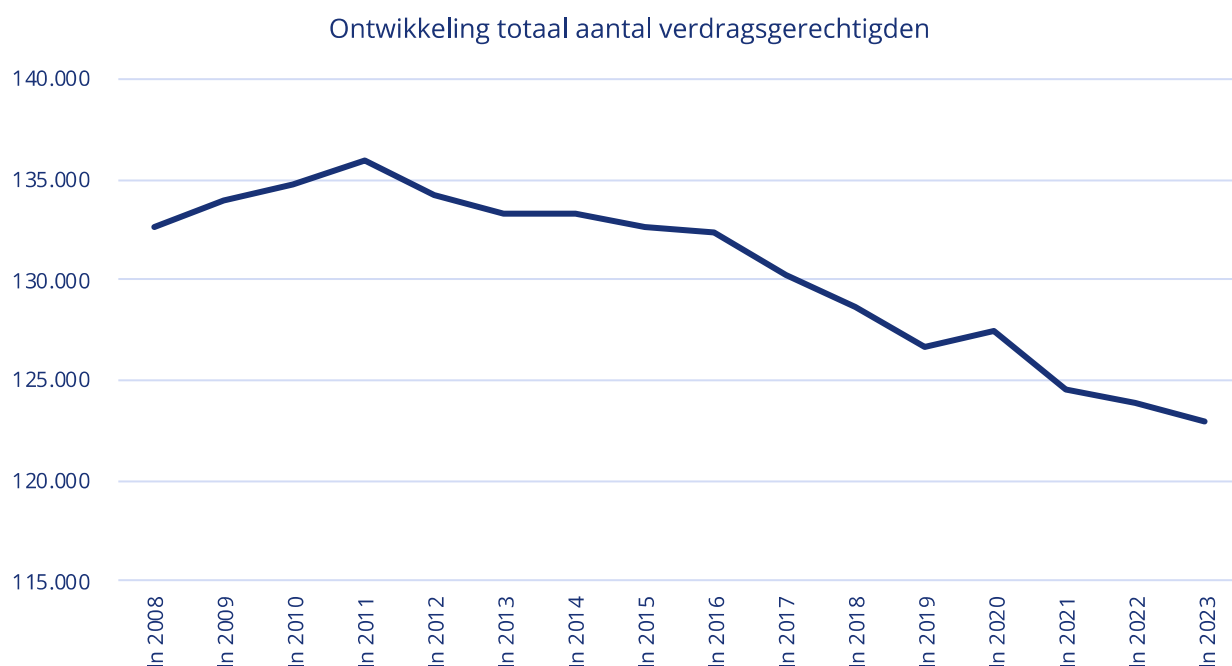
Verdragsgerechtigde Nederlanders met een wettelijk pensioen of wettelijke uitkering die emigreren naar of wonen in een verdragsland, zijn verplicht om zich via het CAK in te schrijven voor recht op zorg betaald door Nederland. Hiervoor betalen zij een zogenoemde 'verdragsbijdrage' aan het CAK, ofwel een (premie-vervangende) bijdrage voor het recht op zorg betaald door Nederland. De niet-werkende gezinsleden van bijvoorbeeld gepensioneerden kunnen – beoordeeld op basis van hun individuele situatie – in aanmerking komen voor een afgeleid recht op zorgverstrekkingen als gezinslid van een verdragsgerechtigde. Ook niet-werkende gezinsleden betalen via de verdragsgerechtigde een verdragsbijdrage. De beoordeling wie een gezinslid is, wordt gedaan door het woonland (op basis van het recht van het woonland).

2.3 Cijfermatige ontwikkelingen

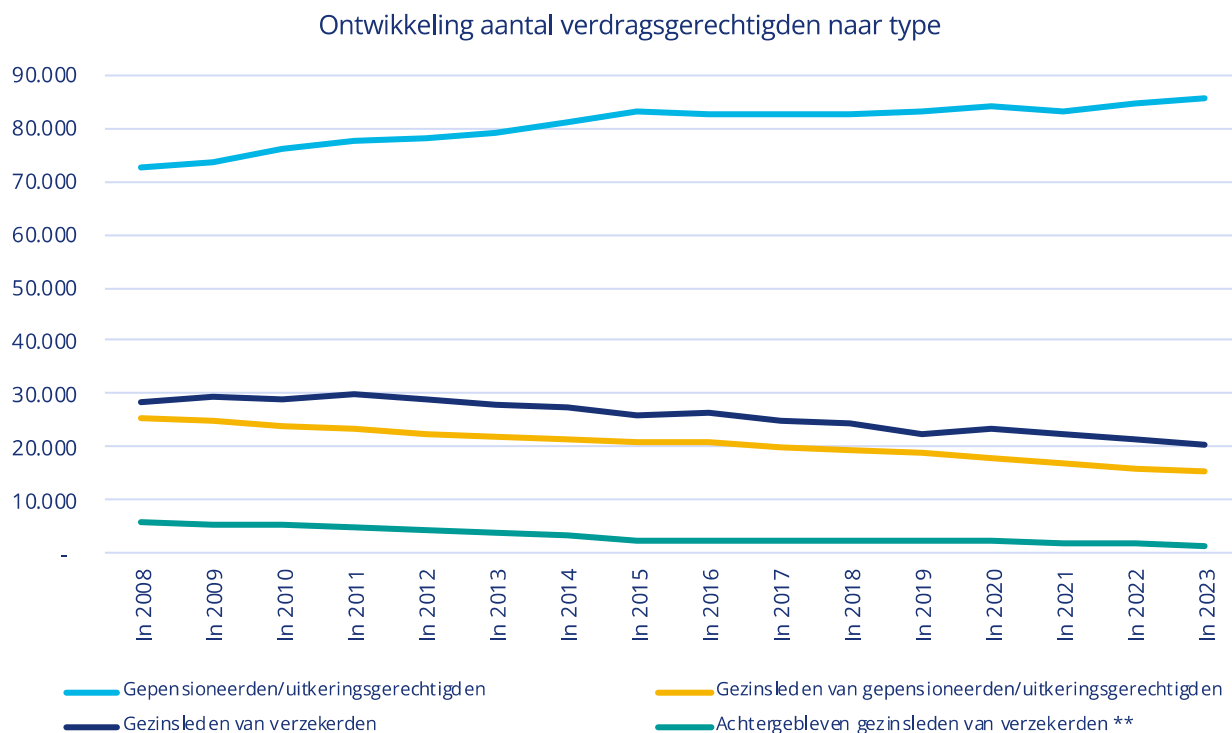
Sinds 2008 verschijnt jaarlijks de Verzekerdenmonitor. In dat document geeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een toelichting op enkele relatief kleine groepen aan de randen van het zorgstelsel die bijzondere aandacht verdienen.

¹¹ Op basis van het besluit uitbreiding en beperking van de kring van verzekerden, zijn uitzonderingen hierop mogelijk.

Uit de meest recente Verzekerdenmonitor¹² blijkt dat het totaal aantal verdragsgerechtigden momenteel bijna 123.000 personen bedraagt. In de afgelopen vijftien jaar is dit aantal zeer langzaam teruggelopen, na een piek van bijna 136.000 in 2011.



We zien ook de categorieën¹³ langzaam maar gestaag veranderen.

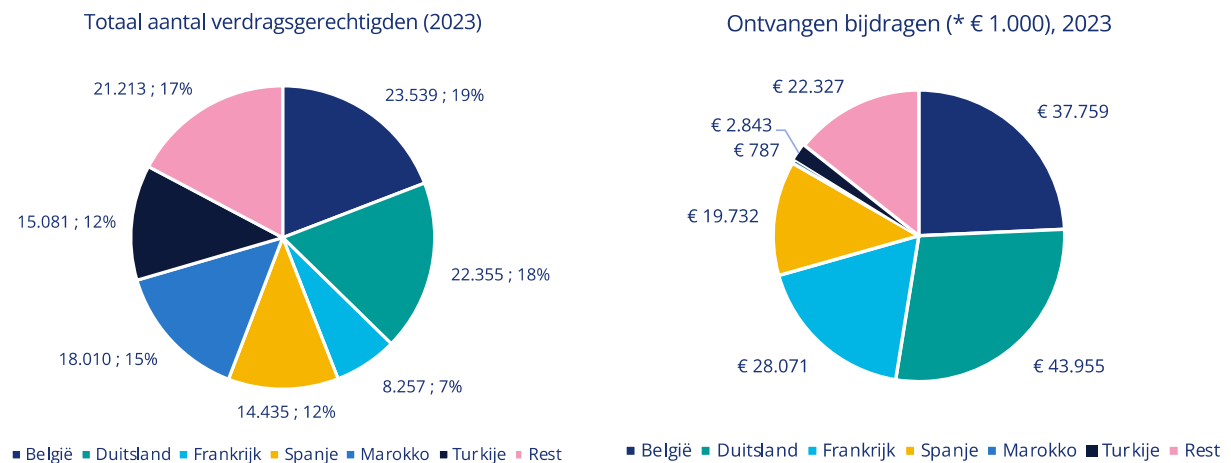


¹² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *VWS Verzekerdenmonitor 2024*. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/10/21/vws-verzekerdenmonitor-2024>

¹³ De hier gepresenteerde categorieën zijn gelijk aan de categorieën die gebruikt worden in de Verzekerdenmonitor van VWS.
Onderzoek naar de figuur van verdragsgerechtigde

De grootste groep betreft AOW-gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden, dit aantal is opgelopen van 72.620 in 2008 (55%) naar 85.362 in 2023 (69%). Grensarbeiders/werknemers zijn geen verdragsgerechten, want zij zijn verzekerd in het werkland. Het aantal gezinsleden van deze verzekerden (die wel verdragsgerechtigd zijn) liep terug van ongeveer 30.000 personen in 2008 naar 20.532 personen in 2023 (17%). Het aantal gezinsleden van gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden liep terug van 25.432 personen (19%) in 2008 naar 15.301 (12%)

Figuur 1: Totaal aantal verdragsgerechtigden en ontvangen bijdrage in 2023. Dit is gebaseerd op de verzekerdemonitor 2024

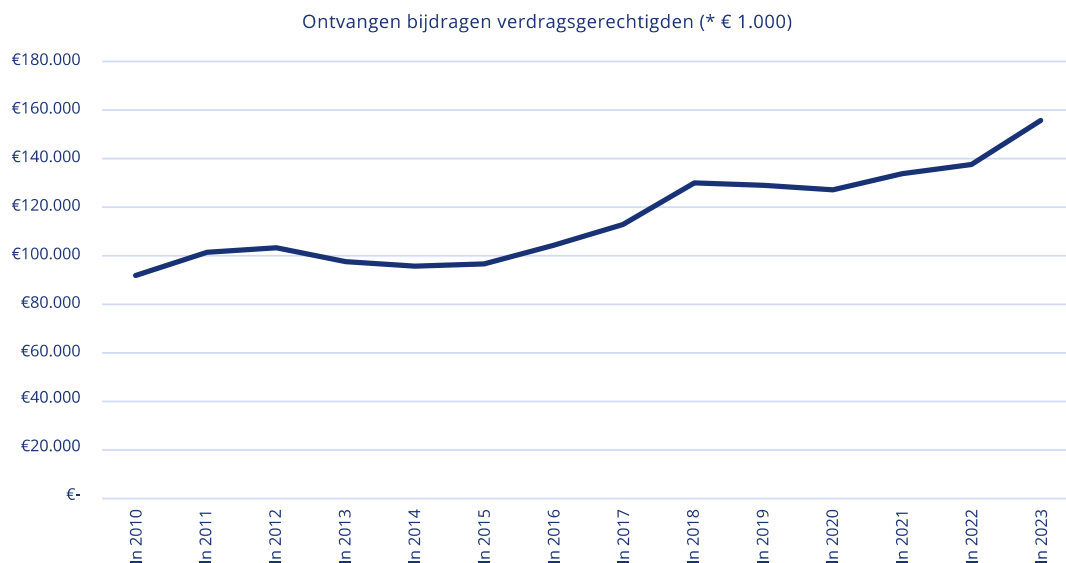


personen in 2023). Het aantal achtergebleven gezinsleden van verzekerden is in dezelfde periode langzaam teruggelopen (van 5.858 personen (4%) in 2008 naar 1.695 in 2023 (1%)).

Als we kijken naar de landen waar verdragsgerechtigden wonen dan zien we dat de meeste verdragsgerechtigden woonachtig zijn in België (19%) en Duitsland (18%) (in beide landen is circa 45% hiervan een niet-actief gezinslid¹⁴). Deze landen worden opgevolgd door Marokko, Turkije, Spanje en Frankrijk. In de landen op basis van bilaterale verdragen (Marokko en Turkije) is gemiddeld 30% een gezinslid, terwijl in Spanje en Frankrijk 10% een gezinslid is.

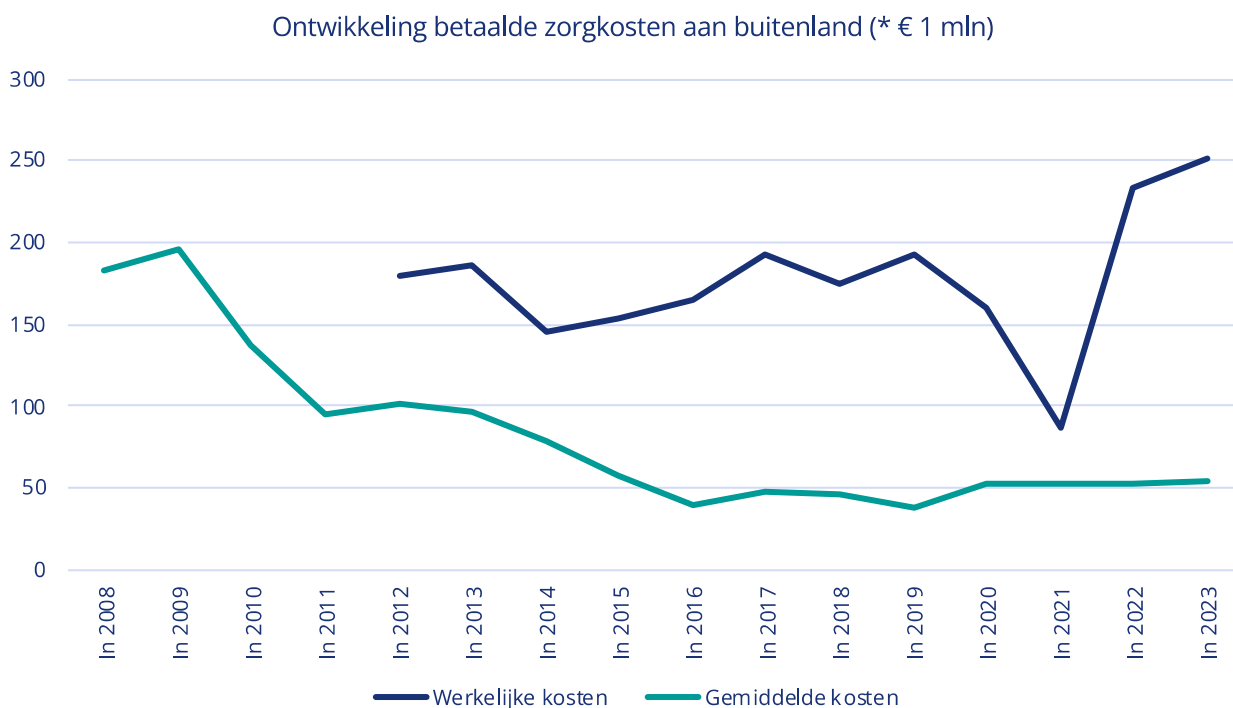
¹⁴ Niet-actieve gezinsleden zijn de twee categorieën 'Gezinsleden van verzekerden en achtergebleven gezinsleden' en 'Gezinsleden van verdragsgerechtigden met een pensioen' samengenomen

De landen België en Duitsland zijn goed voor ruim 50% van de ontvangen verdragsbijdragen. Over een langere reeks van jaren zijn hier geen grote opvallende verschuivingen te zien. In de figuur is te zien dat de bijdrage vanuit Turkije en Marokko oploopt tot 1 á 2% van het totaal ontvangen bedrag. Dit laatste heeft ook te maken met de woonlandfactor die geldt in deze landen (zie Tabel 1 verderop in de rapportage).



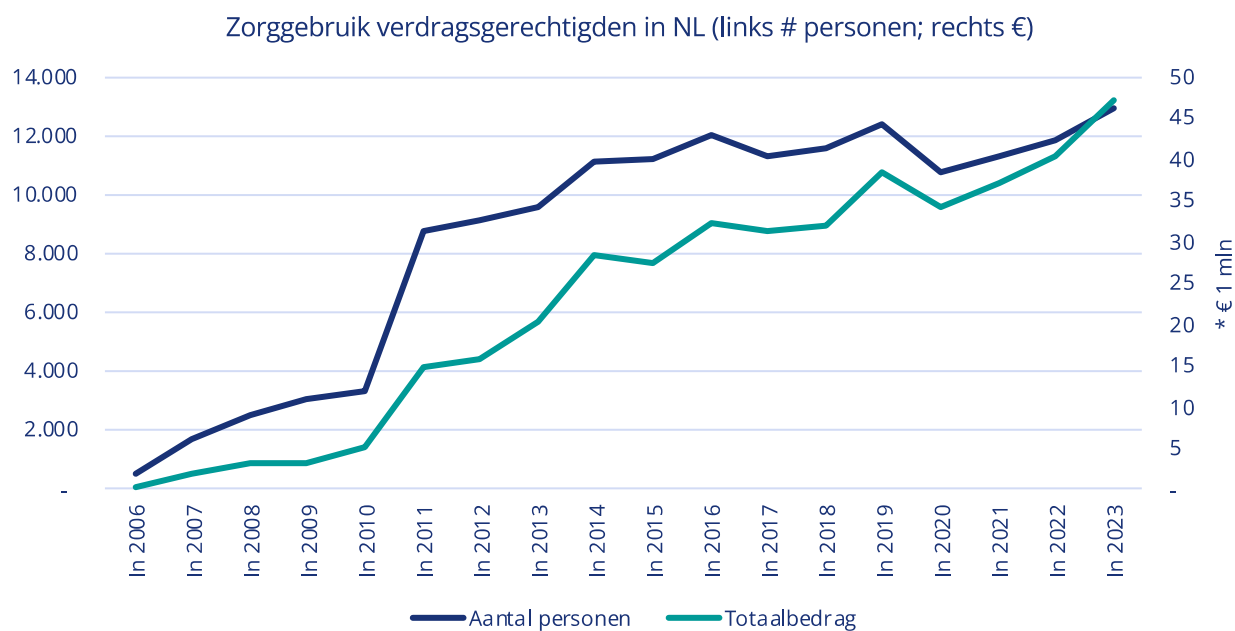
De ontvangen verdragsbijdrage van verdragsgerechtigden laat een langzame maar gestage groei zien. In 2010 werd bijna €92 miljoen ontvangen. Dit is in 2023 opgelopen tot €155 miljoen, ondanks de daling van het aantal verdragsgerechtigden.

Daar staat tegenover dat het CAK in totaal in 2023 €305,6 miljoen betaalde aan de buitenlandse verzekeringsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de betrokkenen. Dit bedroeg in 2008 nog €182 miljoen. Dit hangt mogelijk samen met het stijgend aantal gepensioneerden. De reeks laat in 2021 een grote knik zien als gevolg van de coronacrisis.

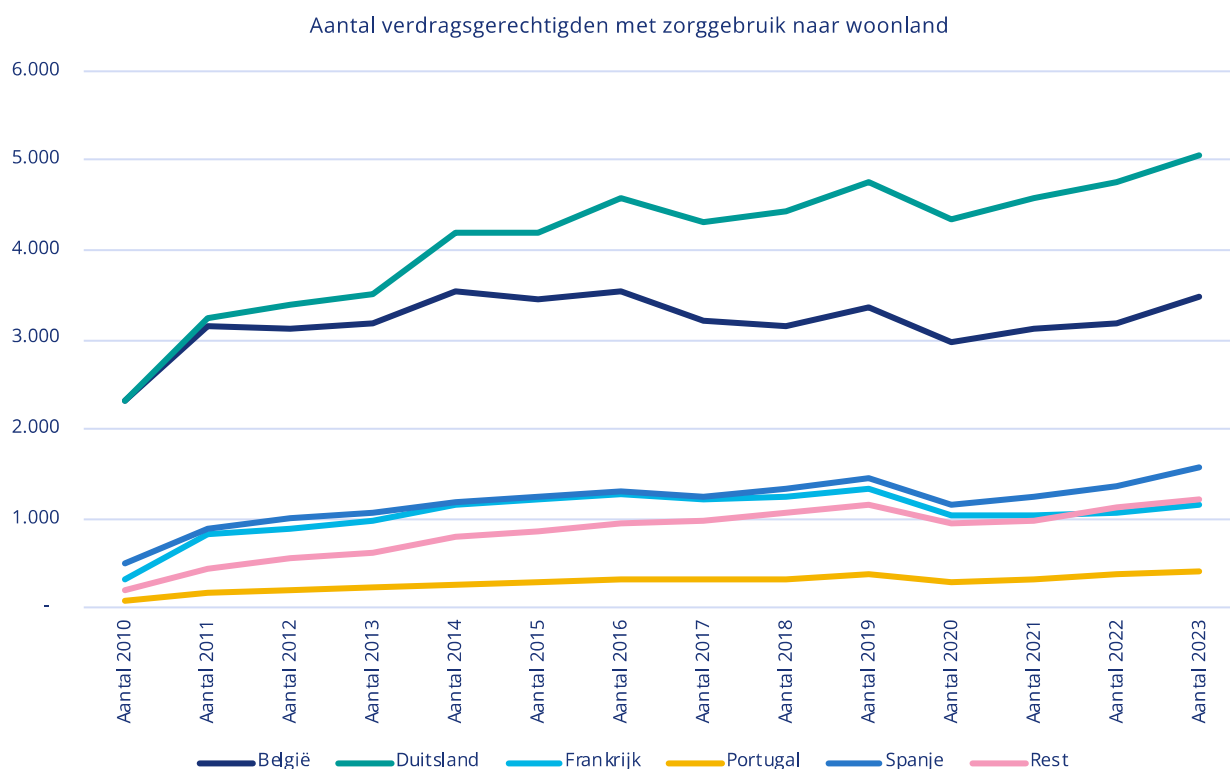


[Sinds 1 mei 2010 dient afrekening van zorgkosten tussen de landen van de EU/EER en Zwitserland plaats te vinden op basis van werkelijk gemaakte kosten. Alleen als dit voor lidstaten niet mogelijk is, kan worden gedeclareerd op basis van vaste bedragen gebaseerd op gemiddelde kosten.]

Op basis van de toen nieuwe Verordening 883/2004 hebben met ingang van 1 mei 2010 alle verdragsgerechtigden – dus inclusief gepensioneerden en hun niet werkende gezinsleden – recht op zorg ter keuze in zowel hun woonland als in Nederland. Tot 1 mei 2010 betrof dit alleen het zorggebruik van gezinsleden van verzekerden in Nederland. Hierdoor is het aantal rechthebbenden op zorggebruik in Nederland sterk uitgebreid; dit verklaart de sterke stijging van zorggebruik en zorgkosten voor zorg in *Nederland*.



Ook hier is zichtbaar dat de grensarbeiders (België en Duitsland) en de gepensioneerden (Spanje, Frankrijk, Portugal) het leeuwendeel van het zorggebruik voor hun rekening nemen.



2.4 Op welke zorg kunnen verdragsgerechtigden aanspraak maken?

Verdragsgerechtigden hebben recht op zorg in hun woonland ten laste van Nederland, maar kunnen ook aanspraak maken op zorg uit het basispakket in Nederland. In hun woonland hebben zij recht op zorg uit het woonlandpakket.

2.4.1 Woonlandpakket

Een woonlandpakket omvat de zorg waar verdragsgerechtigden recht op hebben in hun woonland.¹⁵ Het standaardpakket voor zorg is per lidstaat anders vastgesteld en wettelijk ingeregeld. Het recht op het woonlandpakket betreft dezelfde zorg die aan inwoners van dat land wordt geboden. Het inrichten van zorgwetgeving is overigens een nationale verantwoordelijkheid van de lidstaten, vandaar dat alle Europese lidstaten een eigen zorgstelsel hebben ingericht.

Zorgverstrekkingen omvatten meestal zaken zoals huisarts, medicijnen, ziekenhuisverblijf en/of medische hulpmiddelen. Verdragsgerechtigden hebben dus toegang tot dezelfde zorg en onder dezelfde voorwaarden als inwoners van hun woonland, inclusief eventuele eigen bijdragen, aanvullende verzekeringen of verplicht eigen risico.

¹⁵ Zie: Kroneman, M., Water, L. van de, Schackmann, L., Willems, A., Jong, J. de. *Factsheets over de inrichting en financiering van zorgstelsels: naslagwerk met informatie van twintig Europese landen*. Utrecht: Nivel, 2023. 168 p. voor nadere informatie over de zorgstelsels van de meeste Europese landen.

2.4.2 EHIC

Verdragsgerechtigden ontvangen automatisch, nadat zij zich bij het CAK hebben aangemeld, een Europese zorgpas (European Health Insurance Card, afgekort EHIC). Deze pas is geldig in de EU/EER-landen, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk. Deze pas is een verzekeringsbewijs voor de zorgverleners van andere Europese lidstaten en biedt daarmee de garantie dat de kosten van behandeling door de lidstaat van uitgifte van de EHIC zullen worden vergoed.

De verdragsgerechtigde hoeft bij het tonen van de plastic EHIC de kosten van de behandeling niet zelf voor te schieten; deze kosten worden achter de schermen tussen de lidstaten verrekend. De verdragsgerechtigde ontvangt hiermee medisch noodzakelijke zorg¹⁶ in het geval van tijdelijk verblijf in een andere EU-lidstaat.

2.4.3 Langdurige zorg in Nederland

Voor verdragsgerechtigden kan een wachttijd voor toegang tot de Wlz gelden zoals beschreven in artikel 3.4.1 en 3.4.2 van het Besluit langdurige zorg. De wachttijd voor de Wlz is 1 maand voor elk jaar dat een persoon niet Wlz-verzekerd was, tot een maximale wachttijd van 12 maanden. Voor personen afkomstig uit de EU-/EER of Zwitserland wordt het aantal jaar dat zij verzekerd zijn geweest onder een wettelijk ziektekostenstelsel in die landen, in mindering gebracht op de wachttijd. Daarnaast wordt de duur dat iemand verdragsgerechtigd was in mindering gebracht.

2.4.4 Geplande zorg in andere landen¹⁷

Indien een verdragsgerechtigde naar een ander land dan het woonland of Nederland wil uitwijken voor geplande zorg moet deze zich in eerste instantie wenden tot de verzekeraar/instantie in het woonland. Als Nederland uiteindelijk verantwoordelijk is voor de gemaakte kosten, dit is het geval als er afspraken zijn met het woonland op basis van werkelijke kosten, dan is er ook toestemming nodig van het CAK. De aanvraag wordt dan doorgestuurd aan het CAK. De aanvraag wordt door het CAK beoordeeld op basis van de volgende voorwaarden:

- De behandeling zit in het woonlandpakket;
- De behandeling kan niet binnen redelijke termijn verkregen worden in het woonland;
- De behandeling zit in het wettelijk zorgpakket van het land waar de verdragsgerechtigde heen wil voor behandeling.

Als een aanvraag niet voldoet aan de voorwaarden, heeft het CAK het recht om de aanvraag te weigeren.

2.5 Hoe is de regeling financieel geregeld?

2.5.1 Verdragsbijdrage

De verdragsbijdrage is opgebouwd uit een vaste bijdrage en inkomensafhankelijke bijdragen. Het vaste bedrag is gelijk aan de nominale bijdrage Zorgverzekeringswet (Zvw). De inkomensafhankelijke bijdrage wordt bepaald op basis van het inkomen vermenigvuldigd door de vastgestelde percentages voor eigen bijdrage Zvw en Wlz. Door het ontbreken van een inkomen is de inkomensafhankelijke bijdrage voor niet-werkende gezinsleden gelijk aan nul. De som van beide bedragen wordt vermenigvuldigd met een woonlandfactor. Zowel de nominale bijdrage als Zvw- en Wlz-percentages worden jaarlijks vastgesteld door de minister van VWS.

2.5.2 Woonlandfactor

De "Wijzigingsregeling Regeling zorgverzekering (vaststellen woonlandfactor)" is een regeling van de minister van VWS, gepubliceerd op 2 juni 2006. Deze regeling is geïntroduceerd om de verdragsbijdrage in verhouding te

¹⁶ Dat is die zorg die nodig is om het tijdelijke verblijf niet te hoeven te onderbreken.

¹⁷ Binnen de EU/EER, Zwitserland en Verenigd Koninkrijk maar niet het woonland of Nederland

brengen met (de kosten van) het woonlandpakket van het woonland. De regeling is met terugwerkende kracht in werking getreden vanaf 1 januari 2006.¹⁸

Tot 2006 was de verdragsbijdrage gebaseerd op 100% van de genoemde Nederlandse premies, maar werd een korting van 30% toegepast op de toenmalige AWBZ-premie (AWBZ is inmiddels vervangen door de Wlz).

Het ministerie van VWS stelt de woonlandfactoren elk jaar opnieuw vast.¹⁹ De woonlandfactor is een verhoudingsgetal dat de verhouding weergeeft tussen de gemiddelde zorgkosten voor een persoon in het woonland van de verdragsgerechtigde en de gemiddelde zorguitgaven in Nederland op grond van de Zvw en Wlz.

Sinds 1 januari 2023 gebruikt het ministerie hiervoor een nieuwe rekenmethode met cijfers van A System of Health Accounts.²⁰ Op deze manier sluit de bijdrage aan bij de zorguitgaven in het desbetreffende land. Het maximum van de verdragsbijdrage mag niet hoger zijn dan de nominale premie in Nederland, daarmee is het maximum van de woonlandfactor 1,00. Zie Tabel 1 voor de woonlandfactoren en nominale bijdragen Zvw in 2023.

Tabel 1: Woonlandfactoren & nominale bijdragen Zvw in 2023. De nominale bijdrage Zvw in 2023²¹ was €138,08 per maand

Land	Woonland-factor	Bijdrage per maand	Land	Woonland-factor	Bijdrage per maand
België	0,7484	€ 103,34	Noord-Macedonië	0,0584	€ 8,06
Bosnië-Herzegovina	0,0741	€ 10,23	Malta	0,3957	€ 54,64
Bulgarije	0,0937	€ 12,94	Marokko	0,0226	€ 3,12
Cyprus	0,2155	€ 29,76	Montenegro	0,0887	€ 12,25
Denemarken	1	€ 138,08	Noorwegen	1	€ 138,08
Duitsland	0,8814	€ 121,70	Oostenrijk	0,7243	€ 100,01
Estland	0,2647	€ 36,55	Polen	0,1643	€ 22,69
Finland	0,7069	€ 97,61	Portugal	0,279	€ 38,52
Frankrijk	0,8614	€ 118,94	Roemenië	0,1085	€ 14,98
Griekenland	0,2269	€ 31,33	Servië	0,0795	€ 10,98
Hongarije	0,1564	€ 21,60	Slovenië	0,351	€ 48,47
Ierland	0,9267	€ 127,96	Slowakije	0,2393	€ 33,04
IJsland	1	€ 138,08	Spanje	0,4051	€ 55,94
Italië	0,5086	€ 70,23	Tsjechië	0,3003	€ 41,47
Kaapverdië	0,021	€ 2,90	Tunesië	0,0281	€ 3,88
Kroatië	0,284	€ 39,21	Turkije	0,0708	€ 9,78
Letland	0,1334	€ 18,42	Verenigd Koninkrijk	0,7043	€ 97,25
Liechtenstein	1	€ 138,08	Zweden	0,87	€ 120,13
Litouwen	0,2539	€ 35,06	Zwitserland	0,9711	€ 134,09
Luxemburg	0,7671	€ 105,92			

¹⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2006, 2 juni). Wijzigingsregeling Regeling zorgverzekering (vaststellen woonlandfactor). Geraadpleegd van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0019901/2006-06-02>. Dit is dus voor de Van Delft zaak (14 oktober 2010- Van Delft zaak (C-345/09) al enige tijd ingevoerd.

¹⁹ De woonlandfactoren terug te vinden op de website van het CAK: <https://www.hetcak.nl/zorgverzekering-buitenland/grensarbeider-gezin/financiele-informatie/woonlandfactor/woonlandfactoren-zvw-bijdragen/>

²⁰ A System of Health Accounts 2011, Revised edition, 2017, OECD, Eurostat and World Health Organization.

²¹ Er is voor het jaar 2023 gekozen om aan te sluiten bij de cijfermatige ontwikkeling geformuleerd in hoofdstuk 2

2.5.3 Hoe wordt de verdragsbijdrage geïnd?

Uitkeringsinstanties hebben de rol van broninhouder, wat inhoudt dat zij verdragsbijdragen direct inhouden op pensioenen en/of uitkeringen²². De instantie die het pensioen of de uitkering uitbetaalt bepaalt op basis van de hoogte van de uitkering de verdragsbijdrage en houdt de verschuldigde bijdragen in.²³

De verdragsbijdrage voor gezinsleden van verdragsgerechtigden wordt ook bij de hoofdverzekerde (verdragsgerechtigde) ingehouden. Het CAK informeert de broninhouder voor hoeveel personen (in het geval van meeverzekerde gezinsleden) de verdragsbijdrage ingehouden moet worden. De ingehouden bijdrage wordt vervolgens afgedragen aan het CAK ten behoeve van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf).

Voor gezinsleden van grensarbeiders wordt jaarlijks een afrekening opgesteld, die door de grensarbeider moet worden voldaan. Deze werkwijze brengt een aantal praktische nadelen met zich mee en leidt vaak tot extra administratieve lasten. Doordat de kosten namelijk niet rechtstreeks bij het gezinslid kunnen worden geïnd, maar via de grensarbeider verlopen, ontstaan er makkelijker betalingsachterstanden die bovendien lastig(er) te verhalen zijn. Daarnaast zorgt een wijziging in de verzekering gedurende het jaar vaak voor aanvullende administratieve lasten, omdat de afrekening is gebaseerd op jaarbasis.

2.5.4 Jaarafrekening

De Belastingdienst levert jaarlijks inkomensgegevens aan het CAK. Het CAK bepaalt op basis van de inkomensgegevens en het bedrag dat ingehouden is op de pensioenen (dus de ingehouden verdragsbijdrage) of er te veel of te weinig verdragsbijdrage ingehouden is. Het CAK betaalt een eventueel te veel betaald bedrag binnen zes weken uit aan de verdragsgerechtigde. Als er te weinig betaald is, kan de verdragsgerechtigde dit bedrag in geheel of in delen aan het CAK betalen.

2.5.5 Zorgtoeslag

Verdragsgerechtigden en meeverzekerde gezinsleden hebben, indien zij aan de voorwaarden voldoen, recht op zorgtoeslag. Bij het bepalen van de hoogte van de zorgtoeslag wordt gerekend met een [Woonlandfactor](#).

2.6 Uitvoering van de regeling

Bij de uitvoering van de regeling zijn een aantal partijen betrokken. De hoofdpartijen zijn hieronder benoemd, andere partijen die een betrokkenheid hebben binnen deze regeling zijn benoemd in

Bijlage 2: Andere betrokken partijen bij de uitvoering. Hoe deze uitvoering eruitziet voor verdragsgerechtigde is terug te lezen in

Bijlage 3: De 'customer journey'.

2.6.1 CAK

Het CAK heeft twee rollen:

1. Het bevoegd orgaan voor administratie van verdragsgerechtigden en opleggen verdragsbijdrage;
2. Het verbindingsorgaan verantwoordelijk voor de afrekening van zorgkosten met het buitenland.

²² Als deze toereikend zijn.

²³ Bij samenloop (bijvoorbeeld een AOW én een particulier pensioen) heffen beide uitvoerders een gedeelte van de inkomensafhankelijke bijdrage.

Ad 1: Het bevoegd orgaan voor administratie van verdragsgerechtigden en opleggen verdragsbijdrage

Voor de uitvoering van de eerste functie ontvangt het CAK-gegevens van het SVB (uitvoerder AOW), UWV en de pensioenfondsen (hierna te noemen broninhouders) van personen die in aanmerking komen voor de regeling verdragsgerechtigden. Het CAK is zelf ook aangesloten op de basisregistratie personen (BRP).

Het CAK stelt vast of een persoon daadwerkelijk verdragsgerechtigde is. Zij toetsen of er sprake is van buitenlandse pensioenen en/of andere inkomens (in woonland of een ander land) waardoor de aanspraak op zorg ten laste van een ander land zijn. Als wordt vastgesteld dat de betreffende persoon verdragsgerechtigde is, informeert het CAK de verdragsgerechtigde hierover.

Daarnaast geeft het CAK een signaal door aan de broninhouders voor de start van het inhouden van de verdragsbijdrage. De gegevensuitwisseling tussen het CAK en de broninhouders vindt elektronisch plaats. Hierbij maakt men gebruik van een uitwisselingsbestand²⁴.

Ad 2: Het verbindingsorgaan verantwoordelijk voor de afrekening van zorgkosten met het buitenland.

Het CAK heeft daarnaast de rol van verbindingsorgaan en is daarmee verantwoordelijk voor de afrekening van zorgkosten in het buitenland. Dit doet het niet alleen voor de zorgkosten die gemaakt zijn voor Nederlandse verdragsgerechtigden, maar ook voor Nederlands verzekerden en de zorgkosten die gemaakt worden door personen uit verdragslanden in Nederland (zowel toeristen als verdragsverzekerden). Voor de gegevensuitwisseling met andere EU-landen is het CAK aangesloten op het Electronic Exchange of Social Security Information (EESSI), waardoor het berichtenverkeer binnen de EU aanzienlijk versneld is.

De zorgkosten die iemand in het woonland maakt, worden via het verbindingsorgaan in het woonland aan het CAK doorbelast. Dit kan gebeuren op basis van vaste c.q. gemiddelde kosten (een forfaitair bedrag, niet afhankelijk van zorggebruik) of op basis van werkelijke kosten (de kosten die door het woonland daadwerkelijk gemaakt zijn voor de verdragsgerechtigde

Indien afrekening verloopt op basis van werkelijke kosten dan betaalt het CAK de kosten voor geplande zorg in een ander land dan woonland en verdragsland die na afgifte van een S2-formulier verkregen is. Verloopt de afrekening op basis van vaste kosten, dan betaalt het woonland voor deze zorg

2.6.2 Zilveren Kruis

Is het bevoegd orgaan voor de zorg van personen die tijdelijk in Nederland verblijven en zorg nodig hebben

Wanneer een verdragsgerechtigde in Nederland zorgkosten maakt kan men deze via het bevoegd orgaan voor de zorg van verdragsgerechtigden vergoed krijgen (Zilveren Kruis). De zorg die het bevoegd orgaan vergoedt staat gelijk aan het basispakket van de zorgverzekering. Vergoeding kan zowel plaatsvinden in natura (de zorgverlener dient een declaratie in) als op restitutiebasis (de verdragsgerechtigde dient een declaratie in). Voor de zorg in Nederland hoeven verdragsgerechtigden geen eigen bijdrage of eigen risico te betalen.

Zilveren Kruis wordt vanuit de begroting van VWS gecompenseerd voor de uitvoeringskosten die zij maakt in de rol van bevoegd orgaan voor de zorg van tijdelijk in Nederland verblijvenden.

De gemaakte zorgkosten in deze rol worden door Zilveren Kruis doorbelast aan het CAK.

- I. De zorgkosten voor verdragsgerechtigden komen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.

²⁴ Dit uitwisselingsbestand is een CSV-bestand met een standaardindeling, bestaande uit verschillende soorten velden. De bronhouders kunnen hierin hun gegevens invullen volgens de voorgeschreven standaard.

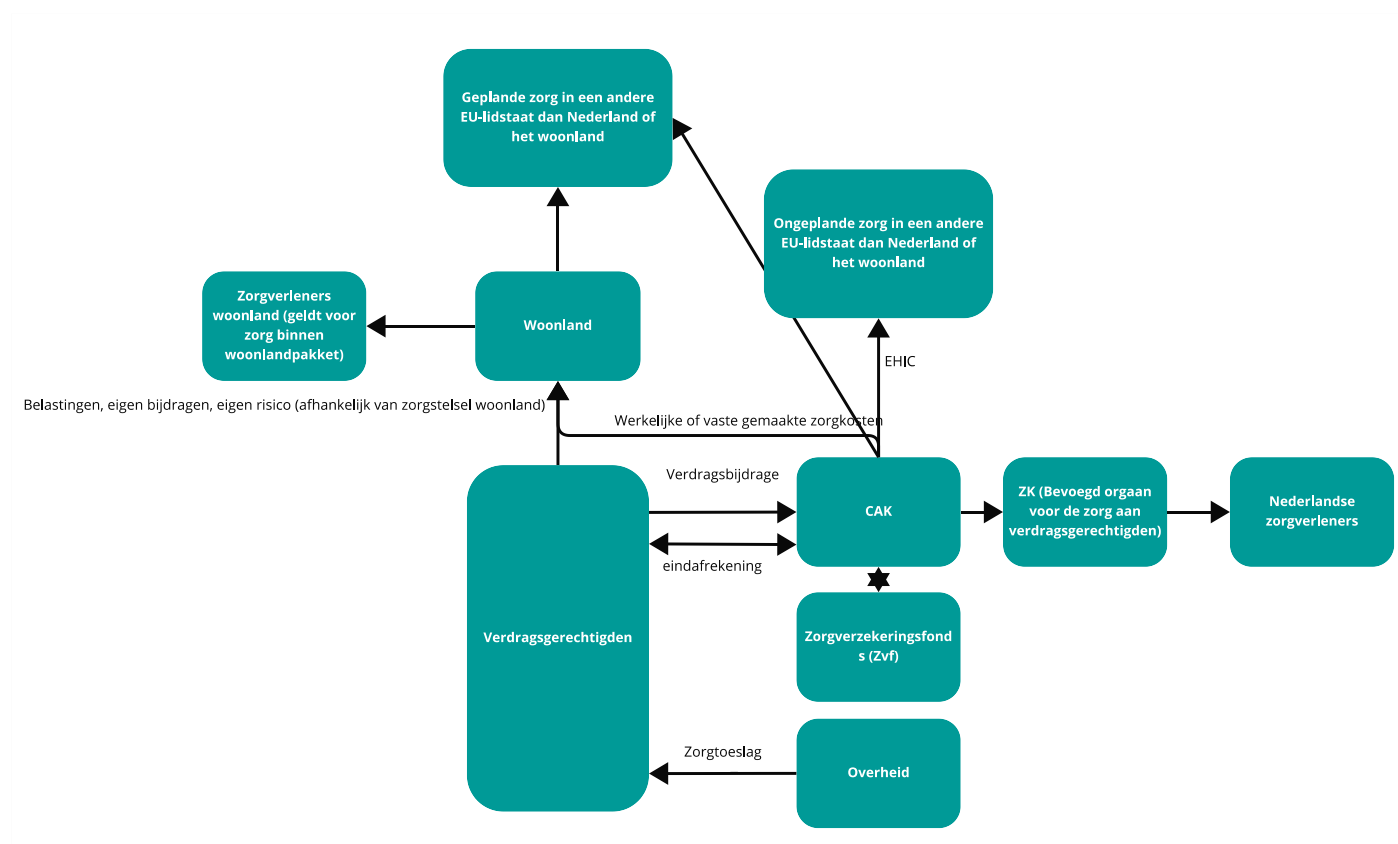
- II. De zorgkosten die gemaakt worden voor toeristen en andere tijdelijk verblijvenden worden door het CAK aan het desbetreffende woonland doorbelast.

2.6.3 Zorginstituut

Het Zorginstituut is de beheerder van het Zorgverzekeringsfonds (ZVF). Dit fonds wordt gevuld met alle inkomensafhankelijke premies en bijdragen die burgers, werkgevers en uitkeringsinstanties betalen. Het Zorgverzekeringsfonds ontvangt de verbijdrage van verdragsgerechtigden vanuit het CAK.

2.6.4 Overzicht financiële stromen

In figuur 1 zijn de financiële stromen die gelden voor Nederlandse verdragsgerechtigden schematisch weergegeven. Dit is een samenvatting van informatie die in de bovenstaande paragrafen gegeven is.



Figuur 2 Financiële stromen verdragsgerechtigden

3 Ontwikkelingen van de juridische figuur

Vanaf het moment dat de Zvw is ingevoerd (2006) tot aan heden zijn er wijzigingen geweest in de juridische figuur van de verdragsgerechtigden. Hieronder hebben we verschillende gebeurtenissen in chronologische volgorde uitgewerkt in een tijdlijn (met compacte toelichting). Een uitgebreide toelichting van belanghebbende zaken staat op de volgende pagina's. We willen echter niet de illusie wekken dat dit overzicht compleet is. Het is ondoenlijk om alle rechtszaken in het overzicht of de begeleidende teksten toe te lichten²⁵.

²⁵ Aanvullende zaken bevinden zich in



Figuur 3: Tijdlijn van de ontwikkelingen van de juridische figuur van verdragsgerechtigden

1 14 juni 1971 - Vaststelling van basisverordening Verordening (EEG) 1408/71²⁶

Verordening (EEG) nr. 1408/71, die in 1971 werd ingevoerd, was bedoeld om de sociale zekerheid te coördineren van personen die zich binnen de Europese Economische Gemeenschap (nu de Europese Unie) verplaatsten. De Verordening legde een systeem vast waarin de socialezekerheidsstelsels van de lidstaten op elkaar werden gecoördineerd, zodat werknemers, zelfstandigen, gepensioneerden en hun gezinsleden bij het verhuizen naar of werken in een andere lidstaat hun socialezekerheidsrechten konden exporteren.

2 21 maart 1972 – Vaststelling van toepassingsverordening Verordening (EEG) 574/72²⁷

Verordening (EEG) nr. 574/72, ook wel de Toepassingsverordening bij de Vo. 1408/71 genoemd, werd ingevoerd om de uitvoering van Verordening (EEG) nr. 1408/71 te regelen. Terwijl Verordening 1408/71 de basisregels vaststelde voor de coördinatie van sociale zekerheid binnen de Europese Unie, gaf Verordening 574/72 gedetailleerde instructies over hoe die regels in de praktijk moesten worden toegepast. Het zorgde voor de praktische en administratieve uitvoering van de rechten en verplichtingen van personen die onder Verordening 1408/71 vielen en stelde gedetailleerde regels vast voor administratieve procedures, de uitwisseling van informatie tussen lidstaten en de betaling en vergoeding van uitkeringen. Hierdoor werd de bescherming van socialezekerheidsrechten voor mensen die in meerdere EU-lidstaten werkten of woonden, in de praktijk gewaarborgd.

3 29 april 2004 – Opstellen nieuwe socialezekerheidsverordening (EG) nr. 883/2004²⁸

Verordening nr. 883/2004 verving Verordening nr. 1408/71 met als doel de coördinatie van sociale zekerheid eenvoudiger, duidelijker en inclusiever te maken. Een aantal relevante veranderingen in deze Verordening zijn²⁹:

- Vereenvoudigen en modernisering: Verordening 883/2004 biedt een vereenvoudigde, gemoderniseerde aanpak van de coördinatie van sociale zekerheid. Het stelt eenvoudigere regels op voor het vaststellen van de toepasselijke wetgeving en vereenvoudigt de administratie en procedures
- Toepassing op nieuwe groepen: Verordening 883/2004 is breder toepasbaar en voorziet in bepalingen voor verschillende bevolkingsgroepen die niet onder Verordening 1408/71 vielen, zoals grensarbeiders en hun rechten op ziektekostenverzekeringen bij een verhuizing naar een ander land. Daarnaast breidde de Verordening nr. 883/2004 de dekking verder uit, met name naar **alle burgers van de EU** (en hun gezinsleden), ongeacht of ze al dan niet economisch actief zijn.
- Export van uitkeringen: Verordening 883/2004 behandelt vereenvoudigingsregels voor export van uitkeringen.
- Uitbreiding van regels bij samenloop van uitkeringen: Verordening 883/2004 introduceert specifieke regels om te voorkomen dat dezelfde tijdvakken meerdere keren worden meegenomen bij de beoordeling van het recht op uitkeringen, iets wat onder Verordening 1408/71 minder nauwkeurig geregeld was

²⁶ Raad van de Europese Gemeenschappen. (1971). *Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 inzake de toepassing van socialezekerheidsregelingen op werknemers en hun gezinnen, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen*. Geraadpleegd van <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/ALL/?uri=CELEX%3A31971R1408>

²⁷ Raad van de Europese Gemeenschappen. (1972). *Verordening (EEG) nr. 574/72 van de Raad van 21 maart 1972 houdende vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EEG) nr. 1408/71 inzake de toepassing van socialezekerheidsregelingen op werknemers en hun gezinnen, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen*. Geraadpleegd van <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/ALL/?uri=CELEX%3A31972R0574>

²⁸ Europese Unie. (2004). *Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels*. Geraadpleegd van <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/ALL/?uri=CELEX%3A32004R0883>

²⁹ Belastingdienst. (z.d.). *Europese basisverordening sociale zekerheid: Toepasselijke regels en bepalingen*.

- Duidelijkere en uitgebreidere definities: Verordening nr. 883/2004 introduceerde duidelijkere definities van termen zoals "werkzaamheden" en "woonplaats". Dit moest de toepassing van de regels minder afhankelijk maken van nationale interpretaties en ervoor zorgen dat er consistentie is binnen de EU.

6 1 januari 2006 – Invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw)

In de tijd van de Ziekenfondswet was de kring van verzekerden van deze wet beperkt doordat het inkomen of loon onder een bepaalde grens moest liggen. De bevolking met een hoger inkomen moest zich particulier verzekeren – of eventueel gebruik maken van de particuliere 'standaardpakketpolis' (Wtz). De Ziekenfondswet was als sociale verzekeringswet aangemerkt en als wettelijke ziektekostenverzekering onderdeel van de coördinatieregels van de Verordening. Dit betekende dat de regels van de Europese Verordening 1408/71 van toepassing waren voor het gedeelte van de bevolking dat een ziekenfondsverzekering had. Het gedeelte van de bevolking met een particuliere ziektekostenverzekering viel daarmee buiten de toepassing van de coördinatieregels van de Verordening. Als burgers met een particuliere ziektekostenverzekering naar een andere Europese lidstaat emigreerden, konden zij hun eigen particuliere ziektekostenverzekering uit Nederland vaak houden.

Op 1 januari 2006 is een nieuw stelsel van zorgverzekeringen ingevoerd. De Zorgverzekeringswet (Zvw) die op die datum in werking is getreden, is daarvan een belangrijk onderdeel. De Zvw heeft tot doel een regeling van een sociale verzekering te bieden voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking. Deze keuze van de wetgever brengt met zich mee dat de wet als sociale verzekeringswet wordt aangemerkt en daarmee een verplicht onderdeel van de coördinatieregels van de Verordening is geworden. Dit betekent onder meer dat de regels van de Europese coördinatieverordening van toepassing zijn.

Omdat de Zvw een sociale ziektekostenverzekering biedt voor de gehele bevolking, kwam een einde aan de situatie waarbij ongeveer een derde van de bevolking buiten de toepassing van de Europese coördinatieregels viel. Zij zijn met de invoering van de Zvw onder de dekking van Europese regelingen gekomen.

4 30 september 2009 – Vaststelling van toepassingsverordening (EG) 987/2009³⁰

Verordening (EG) 987/2009 bepaalt hoe lidstaten de regels van Verordening (EG) 883/2004 moeten toepassen. Lidstaten konden de Verordening pas toepassen toen ook de bijbehorende toepassingsverordening (EG) 987/2009 in werking trad op 1 mei 2010. Nederlandse uitvoeringsorganisaties moesten de beoordeling van grensoverschrijdende situaties in relatie met andere lidstaten van de Europese Unie naar aanleiding van de nieuwe verordeningen aanpassen.

- Verduidelijking van de voorwaarden van geplande zorg in andere lidstaat dan woonland of verzekerde land. De verplichtingen van de verzekerde met betrekking tot het verzoek om voorafgaande toestemming zijn nader omschreven, evenals de verplichtingen van het orgaan ten aanzien van de patiënt over de voorwaarden voor de toestemming worden nader toegelicht.
- Verordening 987/2009 bevatte gedetailleerde regels over hoe lidstaten de kosten voor gezondheidszorg van verdragsgerechtigden onderling dienen te verrekenen.
- Behoud van rechten bij tijdelijk verblijf in andere lidstaten: Verordening 987/2009 stelde verder vast dat verdragsgerechtigden ook recht hebben op gezondheidszorg tijdens tijdelijk verblijf in andere lidstaten dan hun woonland.

³⁰ Europese Unie. (2009). *Verordening (EG) nr. 987/2009 van het Europees Parlement en de Raad van 16 september 2009 tot vaststelling van de procedure voor de uitvoering van Verordening (EG) nr. 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels*. Geraadpleegd van <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/ALL/?uri=CELEX%3A32009R0987>

- S1-formulier (vervanging van E121): De Verordening formaliseerde het gebruik van het S1-formulier, dat het vroegere E121-formulier verving. Met dit formulier kan een verdragsgerechtigde zich inschrijven voor zorg in het woonland

7 1 mei 2010 – Inwerkingstreden van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de bijbehorende toepassingsverordening (EG) nr. 987/2009

Verordening 883/2004 en Toepassingsverordening 987/2009 traden in werking op 1 mei 2010, en vervingen daarmee de oude Verordening (EEG) nr. 1408/71 en de bijbehorende Toepassingsverordening (EEG) nr. 574/72. Daartoe is eerste een wijzigingsverordening³¹ ingevoerd om Verordening 883/2004 te verduidelijken en bepaalde technische aspecten aan te passen. Het bevatte specifieke bepalingen om de toepassing van de regels uit Verordening 883/2004 te vergemakkelijken.

10 14 oktober 2010- Van Delft zaak (C-345/09)³²

Inleiding

Het arrest in de zaak Van Delft e.a. (zaak C-345/09) betrof de verplichting van Nederlandse gepensioneerden, die in andere EU-lidstaten wonen, om bij te dragen aan het Nederlandse zorgstelsel op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), zelfs als zij geen gebruik maken van de Nederlandse zorgdiensten.

Feiten en achtergrond

- De betrokken gepensioneerden ontvingen een pensioen uit Nederland, maar woonden in een andere EU-lidstaat. Voor 2006 vielen particulier verzekerden niet onder de coördinatieregels van de Verordening en namen zij hun verplichte Nederlandse particuliere ziektekostenverzekering als het ware 'mee' naar hun nieuwe Europese woonland.
- Vanaf 2006, met de invoering van de Zvw, werden alle Nederlanders, inclusief gepensioneerden die in andere Europese lidstaten woonden, verplicht onder de coördinatieregels van de Verordening gebracht, omdat de Zvw materieel onder die regels ging vallen. Daarmee werden deze personen ook verplicht bij te dragen aan het Nederlandse solidaire zorgstelsel, omdat zij zorg ten laste van Nederland ontvingen in hun woonland.
- De betrokken gepensioneerden waren van mening dat deze bijdrageverplichting onrechtvaardig was, omdat zij geen gebruik maakten van het Nederlandse zorgsysteem, terwijl zij daarvoor wel vervangende premies moesten betalen. Bovendien hadden zij geen toegang tot Nederlandse aanvullende zorgverzekeringen³³

³¹ Dit betreft Verordening (EG) 988/2009. Europese Unie. (2009). *Verordening (EG) nr. 988/2009 van het Europees Parlement en de Raad van 16 september 2009 tot vaststelling van de procedure voor de uitvoering van Verordening (EG) nr. 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels*. Geraadpleegd van <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/ALL/?uri=CELEX%3A32009R0988>

³² Hof van Justitie van de Europese Unie. (2010, 14 oktober). *Zaak C-345/09*. Geraadpleegd van <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=ecli%3AEU%3AC%3A2010%3A610>

³³ De aanvullende verzekeringen betreffen een aanvulling op het Nederlandse basispakket, daarmee sluiten ze niet aan op de, mogelijk geheel andere, basispakketten van andere lidstaten

De kern van de zaak betreft de vraag of het verplicht stellen van bijdragen aan het Nederlandse zorgstelsel voor in het buitenland wonende gepensioneerden in strijd is met Europese regelgeving, met name de bepalingen over het vrije verkeer van personen en de gelijke behandeling van EU-burgers. De gepensioneerden betogen dat zij slechter af zijn dan gepensioneerden die in Nederland wonen en wel gebruik kunnen maken van aanvullende verzekeringen tegen gunstige voorwaarden.

Uitkomst

Het Hof van Justitie van de Europese Unie oordeelde dat de Nederlandse regelgeving kan worden toegepast en dat migrerende gepensioneerden, die een pensioen uit Nederland ontvangen, omwille van regels van solidariteit verplicht kunnen worden om bij te dragen aan het Nederlandse zorgstelsel, zelfs indien zij hun zorg in hun woonland ontvangen. Het Hof benadrukte dat deze verplichting niet strijdig is met de Europese regels over vrij verkeer en non-discriminatie.

Het arrest voortbouwend op de van Delft zaak 2009 is terug te vinden in bijlage

8 1 april 2014 – CAK verantwoordelijk voor Regeling buitenland/verdragsrecht

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is sinds 1 april 2014 van naam veranderd naar Zorginstituut Nederland. Het takenpakket van het CVZ werd met de nieuwe naam uitgebreid. Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) nam per 1 januari 2017 weer een aantal taken over van Zorginstituut Nederland, waaronder de regeling buitenland/verdragsrecht

11 17 oktober 2019 – Dubai zaak (SGR 18/5839)³⁴

Feiten en achtergrond

Eiseres, geboren in 1935, woont sinds 2011 in Zwitserland en ontvangt een ouderdomspensioen uit Nederland op grond van de Algemene Ouderdomswet (AOW). Zij is aangemerkt als verdragsgerechtigde onder de Verordening 883/2004, waardoor zij recht heeft op zorg in Zwitserland ten laste van Nederland. Tijdens een vakantie in Dubai (eind 2017/begin 2018) heeft eiseres medische kosten gemaakt en deze gedeclareerd bij het Centraal Administratiekantoor (CAK). Het CAK heeft de declaratie afgewezen op grond van het feit dat deze kosten buiten het werkingsgebied van de Verordening zijn gemaakt.

Standpunt van eiseres

Eiseres stelt dat de werking van Verordening 883/2004 niet beperkt is tot de Europese Unie (EU), de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland, maar ook daarbuiten geldt. Ze is van mening dat de Nederlandse wetgeving op haar van toepassing moet zijn en beroept zich daarbij op Europese arresten zoals Keller (C-145/03), Van Roosmalen (C-300/84), en Van Delft (C-345/09). Daarnaast stelt zij dat er sprake is van een ongerechtvaardigde ongelijke behandeling tussen haar als verdragsgerechtigde en Zwv-verzekerden, die wel wereldwijde dekking hebben.

Standpunt van het CAK

Het CAK voert aan dat eiseres volgens Verordening 883/2004 uitsluitend recht heeft op zorg in haar woonland (Zwitserland) ten laste van Nederland, en dat kosten gemaakt buiten de EU, EER of Zwitserland niet voor

³⁴ Rechtbank Den Haag. (2019, 17 oktober). *ECLI:NL:RBDHA:2019:10617*. Geraadpleegd van <https://www.recht.nl/rechtspraak/uitspraak?ecli=ECLI:NL:RBDHA:2019:10617>

vergoeding in aanmerking komen. Daarnaast benadrukt het CAK dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet van toepassing is op eiseres, omdat zij geen ingezetene van Nederland is.

Uitkomst

De rechtbank heeft het beroep ongegrond verklaard. Het CAK was gerechtigd om de declaratie van eiseres af te wijzen, aangezien de door haar in Dubai gemaakte zorgkosten niet onder de werkingssfeer van Verordening 883/2004 vallen en de Zvw niet op haar van toepassing is.

9 1 mei 2023- beleidsregels CAK

Deze beleidsregels zijn van toepassing wanneer het CAK een vergoeding toekent volgens het Nederlandse tarief voor medische zorgkosten. Dit betreft zorg die is verleend in een ander land dan het woonland van de gerechtigde of Nederland, en waarop de basisverordening van toepassing is. Dit is opgedeeld in twee categorieën:

1. **Zorg bij tijdelijk verblijf:** De beleidsregels houden in dat het CAK een vergoeding verleent aan gerechtigden voor zorgkosten tijdens tijdelijk verblijf, wanneer deze kosten volgens de lokale wetgeving geheel voor eigen rekening zijn. De vergoeding dekt de werkelijke kosten, tot maximaal het bedrag dat volgens de Nederlandse polis zou zijn vergoed, zonder aftrek van het verplicht eigen risico. Het CAK raadpleegt de Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars Groep U.A. voor advies over het vergoedingsbedrag.
2. **Geplande zorg:** Het CAK verleent op aanvraag een vergoeding voor geplande zorgkosten waarvoor toestemming is verleend onder de basisverordening, mits: a. De kosten volledig of gedeeltelijk voor eigen rekening zijn, en b. Het vergoedingsbedrag van de toepassingsverordening lager is dan de vergoeding die in Nederland zou zijn verleend.

4 Verdragsgerechtigden versus Zvw-verzekerden

4.1 Overzicht van verschillen en overeenkomsten tussen verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden

Onderstaande tabel geeft de verschillen weer tussen verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden in lijn met deelvraag 4 van dit onderzoek.

Tabel 2: Verschillen en overeenkomsten tussen verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden

	Verdragsgerechtigden ³⁵	Zvw-verzekerden
<i>Wie?</i>	Personen die in de EU, EER, Zwitserland of Groot-Brittannië ³⁶ wonen en: 1. Een wettelijk pensioen of wettelijke uitkering ontvangen vanuit Nederland zoals materieel beschreven in de Verordening 2. Niet werkende gezinsleden³⁷	Kring van verzekerden: iedereen die in Nederland woont of werkt, maar niet verdragsgerechtigd of buitenlandsverzekerd is.
<i>Toelichting</i>	Verdragsrecht is een plicht. De verdragsbijdrage wordt opgelegd vanaf het moment dat iemand zich bij het CAK aanmeldt als verdragsgerechtigde. Het betalen van de verdragsbijdrage vloeit voort uit het solidariteitsbeginsel als basis van het zorgstelsel.	Iedereen die binnen de kring van verzekerden valt, is verplicht een basisverzekering af te sluiten bij een van de zorgverzekeraars op straffe van opsporing en boete. ³⁸ Het betalen van een inkomensafhankelijke en de nominale bijdrage voor de Zvw vloeit voort uit het solidariteitsbeginsel als basis van het zorgstelsel.
Uitvoeringsinstantie	CAK ³⁹ en het orgaan van woonplaats van het nieuwe woonland, op basis van de systematiek van de coördinatieverordening.	Vrije keuze van zorgverzekeraar, op basis van de Zvw.
<i>Van welke zorg kan men gebruik maken?</i>		
Basispakket	Standaardpakket in woonland (woonlandpakket) en recht op basispakket Zvw en Wlz-zorg ⁴⁰ in NL	Basispakket Zvw en Wlz-zorg

³⁵ Betreft verdragsgerechtigden die onder de Europese sociale zekerheidsverordening (338-04), EER, Zwitserland en Groot-Brittannië vallen. De bilaterale socialezekerheidsverdragen vallen buiten de scope van dit onderzoek.

³⁶ Alsmede (andere) bilaterale verdragen waarin Nederland afspraken heeft gemaakt over wederkerigheid van zorg.

³⁷ Of iemand een gezinslid is, is afhankelijk van de wet- en regelgeving van het woonland.

³⁸ Het CAK is de uitvoerder van diverse regelingen voor personen die zich niet verzekeren (onverzekerden – Wet OVOZ – en gemoedsbezwaarden) of een betalingsachterstand oplopen (Wanbetalersregeling).

³⁹ Bij afgifte van een S1-formulier verwijst het CAK de verdragsgerechtigde door naar de instanties in het woonland voor inschrijving. De mate van keuzevrijheid is afhankelijk van het zorgsysteem van het woonland (e.g. in Frankrijk zijn mutualiteiten georganiseerd naar regio, in Duitsland kent men verschillende soorten Krankenkassen (Ziekenfondsen)

⁴⁰ Onder voorwaarden, zie toelichting later in tabel.

Aanvullende verzekering	In woonland af te sluiten (indien van toepassing, aanvullend op het woonlandpakket)	Aanvullende verzekering (aansluitend bij basisverzekering NL)
Acute zorg ⁴¹ binnen de EU	Door middel van EHIC, deze is aan te vragen bij de CAK ⁴²	Door middel van de nationale zorgverzekeringspas/app van de zorgverzekeraars. Voor tijdelijk verblijf in andere EU-landen geldt de EHIC, de zorgpas aan te vragen bij de zorgverzekeraar

⁴¹ Het gaat om medisch noodzakelijke zorg: dat wil zeggen die zorg die nodig is om het tijdelijke verblijf niet te hoeven onderbreken.

⁴² <https://www.hetcak.nl/over/over-ons/regeling-buitenland/#:~:text=Mensen%20die%20bij%20het%20CAK,kunnen%20zij%20bij%20ons%20aanvragen>

Geplande zorg in Europese lidstaten	Middels S2-formulier ⁴³ :	Middels S2-formulier ⁴⁵
--	--------------------------------------	------------------------------------

⁴³ Zie [Aanspraak op zorg/ verzekerd pakket Zvw-verzekerden](#)

Zvw-verzekerden hebben toegang tot zorg die valt binnen het basispakket. Dit basispakket biedt toegang tot medische zorg, zoals huisartsenzorg, ziekenhuisbehandelingen, geneesmiddelen en kraamzorg. Het recht op het basispakket geldt voor alle ingezetenen van Nederland, ongeacht hun inkomen of gezondheidssituatie.

[Verdragsgerechtigden](#)

Verdragsgerechtigden hebben toegang tot zorg die behoort tot het Woonlandpakket, wat inhoudt dat de zorg die zij ontvangen wordt bepaald door de wet- en regelgeving van het betreffende woonland. Met de invoering van Verordening 883/2004, die op 1 mei 2010 van kracht werd, hebben alle verdragsgerechtigden naar keuze recht op zorg in zowel het woonland als in Nederland.

Acute en geplande zorg in een ander EU-land

Zowel Zvw-verzekerden als verdragsgerechtigden hebben recht op vergoeding van acute en geplande zorg in de Europese Unie. Om geplande zorg in een ander land (dan Nederland voor Zvw-verzekerden en Nederland of woonland in het geval van verdragsgerechtigden) te kunnen gebruiken, is vooraf toestemming vereist. Deze toestemming wordt aangevraagd via een S2-formulier bij de zorgverzekeraar.

In sommige situaties is het voor verdragsgerechtigden noodzakelijk om naast toestemming van de zorgverzekeraar van het woonland, ook toestemming te krijgen van het CAK. Dit hangt af van de wijze van afrekening en of Nederland financieel verantwoordelijk is voor de vergoeding (zie Geplande zorg in andere landen voor de voorwaarden).

Verdragsgerechtigden kunnen enkel gebruik maken van geplande zorg als deze binnen zowel het Woonlandpakket als het openbare zorgstelsel van het gekozen land valt. Zvw-verzekerden zijn gebonden aan het Nederlandse basispakket en het openbare zorgstelsel van het gekozen land.

Directe (premie)betalingen

[Zvw-verzekerden](#)

Zvw-verzekerden betalen een nominale premie voor hun zorgverzekering. Deze premie kan in termijnen (bijvoorbeeld maandelijks) of jaarlijks worden voldaan en verschilt per verzekeraar en type polis (natura- of restitutiepolis). Daarnaast betalen Zvw-verzekerden een inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet (Zvw).

[Verdragsgerechtigden](#)

Verdragsgerechtigden betalen op basis van de woonlandfactor een verdragsbijdrage aan Nederland. In Tabel 1 worden de woonlandfactoren en de bijbehorende maandelijkse bijdragen voor 2023 weergegeven. De gemiddelde woonlandfactor in 2023 bedraagt 0,44 (mediaan: 0,29), wat neerkomt op een gemiddelde maandelijkse bijdrage van €60,14 (mediaan: €39,21). Dit is 56% minder dan de maandelijkse nominale premie die een Zvw-verzekerde betaalt.

De woonlandfactor weerspiegelt de verhouding tussen de gemiddelde zorgkosten in het woonland van de verdragsgerechtigde en de gemiddelde zorguitgaven in Nederland op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en

de Wet langdurige zorg (Wlz). De woonlandfactor bedraagt maximaal 1, dus kan niet hoger zijn dan de nominale premie.

Dit biedt dekking als een verdragsgerechtigde zorg afneemt in het woonland, maar verdragsgerechtigden kunnen zonder extra kosten ook gebruik maken van zorg in Nederland. Voor de twee belangrijkste grenslanden, Duitsland en België – waar 40% van de verdragsgerechtigden woont, die de meeste zorg als verdragsgerechtigden in Nederland gebruiken – bedraagt de woonlandfactor in 2023 respectievelijk 0,88 en 0,75 (zie Tabel 1).

Eigen risico

Zvw-verzekerden

Elke Zvw-verzekerde van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico bij het gebruik van zorg uit het basispakket. Sommige zorg is daarvan uitgezonderd. Voor bijvoorbeeld huisartsenzorg is geen eigen risico van toepassing. De overheid stelt jaarlijks de hoogte van het eigen risico vast (in 2024: €385).

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen een eigen risico voor zorg in hun woonland afhankelijk van de regels in hun woonland en het woonlandpakket. Indien een verdragsgerechtigde gebruik maakt van zorg in Nederland geldt er voor hen, vanwege administratieve redenen en het ontbreken van een directe financiële binding met de Nederlandse zorgverzekering, geen eigen risico.

Eigen bijdragen

Een eigen bijdrage is het deel van de kosten van zorg uit het basis- of woonlandpakket dat zelf betaald moet worden.

Zvw-verzekerden

Voor Zvw-verzekerden geldt een eigen bijdrage bijvoorbeeld voor kraamzorg en hoortoestellen. De Nederlandse overheid bepaalt welke zorg onder de eigen bijdrage valt en hoe hoog deze is. De eigen bijdrage kan verschillende vormen aannemen: een vast bedrag, een percentage van de kosten, of een bedrag dat boven een maximale vergoeding uitkomt. Iedereen betaalt dezelfde eigen bijdrage. Dus ook mensen die jonger zijn dan 18 jaar.

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen een eigen bijdrage afhankelijk van de regels in hun woonland en het woonlandpakket. Indien verdragsgerechtigden zorg gebruiken in Nederland, betalen zij geen eigen bijdrage. Ook niet voor zorg waar Zvw-verzekerden wel een eigen bijdrage voor dienen te betalen. Zo geldt bijvoorbeeld dat Zvw-verzekerden voor medicijnen die boven de GVS-limiet uitkomen een eigen bijdrage dienen te betalen. Verdragsgerechtigden daarentegen betalen geen eigen bijdrage voor deze medicijnen, ongeacht de zorgpolis uit hun woonland.

Bijlage 1: Standaardformulieren voor sociale zekerheid voor nadere toelichting

⁴⁵ Zie [Aanspraak op zorg/ verzekerd pakket](#)

[Zvw-verzekerden](#)

Zvw-verzekerden hebben toegang tot zorg die valt binnen het basispakket. Dit basispakket biedt toegang tot medische zorg, zoals huisartsenzorg, ziekenhuisbehandelingen, geneesmiddelen en kraamzorg. Het recht op het basispakket geldt voor alle ingezetenen van Nederland, ongeacht hun inkomen of gezondheidssituatie.

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden hebben toegang tot zorg die behoort tot het Woonlandpakket, wat inhoudt dat de zorg die zij ontvangen wordt bepaald door de wet- en regelgeving van het betreffende woonland. Met de invoering van Verordening 883/2004, die op 1 mei 2010 van kracht werd, hebben alle verdragsgerechtigden naar keuze recht op zorg in zowel het woonland als in Nederland.

Acute en geplande zorg in een ander EU-land

Zowel Zvw-verzekerden als verdragsgerechtigden hebben recht op vergoeding van acute en geplande zorg in de Europese Unie. Om geplande zorg in een ander land (dan Nederland voor Zvw-verzekerden en Nederland of woonland in het geval van verdragsgerechtigden) te kunnen gebruiken, is vooraf toestemming vereist. Deze toestemming wordt aangevraagd via een S2-formulier bij de zorgverzekeraar.

In sommige situaties is het voor verdragsgerechtigden noodzakelijk om naast toestemming van de zorgverzekeraar van het woonland, ook toestemming te krijgen van het CAK. Dit hangt af van de wijze van afrekening en of Nederland financieel verantwoordelijk is voor de vergoeding (zie Geplande zorg in andere landen voor de voorwaarden).

Verdragsgerechtigden kunnen enkel gebruik maken van geplande zorg als deze binnen zowel het Woonlandpakket als het openbare zorgstelsel van het gekozen land valt. Zvw-verzekerden zijn gebonden aan het Nederlandse basispakket en het openbare zorgstelsel van het gekozen land.

Directe (premie)betalingen

Zvw-verzekerden

Zvw-verzekerden betalen een nominale premie voor hun zorgverzekering. Deze premie kan in termijnen (bijvoorbeeld maandelijks) of jaarlijks worden voldaan en verschilt per verzekeraar en type polis (natura- of restitutiepolis). Daarnaast betalen Zvw-verzekerden een inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet (Zvw).

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen op basis van de woonlandfactor een verdragsbijdrage aan Nederland. In Tabel 1 worden de woonlandfactoren en de bijbehorende maandelijks bijdragen voor 2023 weergegeven. De gemiddelde woonlandfactor in 2023 bedraagt 0,44 (mediaan: 0,29), wat neerkomt op een gemiddelde maandelijks bijdrage van €60,14 (mediaan: €39,21). Dit is 56% minder dan de maandelijks nominale premie die een Zvw-verzekerde betaalt.

De woonlandfactor weerspiegelt de verhouding tussen de gemiddelde zorgkosten in het woonland van de verdragsgerechtigde en de gemiddelde zorguitgaven in Nederland op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). De woonlandfactor bedraagt maximaal 1, dus kan niet hoger zijn dan de nominale premie.

Dit biedt dekking als een verdragsgerechtigde zorg afneemt in het woonland, maar verdragsgerechtigden kunnen zonder extra kosten ook gebruik maken van zorg in Nederland. Voor de twee belangrijkste grenslanden, Duitsland

	Met een S2-formulier wordt de gehele procedure vergoed na goedkeuring van de zorgverzekeraar van het woonland. Afhankelijk van de afrekeningsprocedure, dient het CAK de aanvraag ook goed te keuren⁴⁴	Met een S2-formulier wordt de gehele procedure vergoed na goedkeuring door de zorgverzekeraar van het woonland.
--	---	---

en België – waar 40% van de verdragsgerechtigden woont, die de meeste zorg als verdragsgerechtigden in Nederland gebruiken – bedraagt de woonlandfactor in 2023 respectievelijk 0,88 en 0,75 (zie Tabel 1).

Eigen risico

Zvw-verzekerden

Elke Zvw-verzekerde van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico bij het gebruik van zorg uit het basispakket. Sommige zorg is daarvan uitgezonderd. Voor bijvoorbeeld huisartsenzorg is geen eigen risico van toepassing. De overheid stelt jaarlijks de hoogte van het eigen risico vast (in 2024: €385).

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen een eigen risico voor zorg in hun woonland afhankelijk van de regels in hun woonland en het woonlandpakket. Indien een verdragsgerechtigde gebruik maakt van zorg in Nederland geldt er voor hen, vanwege administratieve redenen en het ontbreken van een directe financiële binding met de Nederlandse zorgverzekering, geen eigen risico.

Eigen bijdragen

Een eigen bijdrage is het deel van de kosten van zorg uit het basis- of woonlandpakket dat zelf betaald moet worden.

Zvw-verzekerden

Voor Zvw-verzekerden geldt een eigen bijdrage bijvoorbeeld voor kraamzorg en hoortoestellen. De Nederlandse overheid bepaalt welke zorg onder de eigen bijdrage valt en hoe hoog deze is. De eigen bijdrage kan verschillende vormen aannemen: een vast bedrag, een percentage van de kosten, of een bedrag dat boven een maximale vergoeding uitkomt. Iedereen betaalt dezelfde eigen bijdrage. Dus ook mensen die jonger zijn dan 18 jaar.

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen een eigen bijdrage afhankelijk van de regels in hun woonland en het woonlandpakket. Indien verdragsgerechtigden zorg gebruiken in Nederland, betalen zij geen eigen bijdrage. Ook niet voor zorg waar Zvw-verzekerden wel een eigen bijdrage voor dienen te betalen. Zo geldt bijvoorbeeld dat Zvw-verzekerden voor medicijnen die boven de GVS-limiet uitkomen een eigen bijdrage dienen te betalen. Verdragsgerechtigden daarentegen betalen geen eigen bijdrage voor deze medicijnen, ongeacht de zorgpolis uit hun woonland.

Bijlage 1: Standaardformulieren voor sociale zekerheid voor nadere toelichting

⁴⁴ Zie kopje **Error! Reference source not found.** voor een uitgebreide uitleg

Werelddekking	Alleen werelddekking indien woonlandpakket dit aanbiedt (Nederland is daar vrij uniek in. De werelddekking van de Zvw is niet van toepassing op verdragsgerechtigden, zie de Dubai-zaak. Eventuele aanvullende zorg- of reisverzekering met medische kosten in het woonland afsluiten.	Ja, conform artikel 13 Zvw. Aanvullende zorgverzekering of reisverzekering met medische kosten aan te raden voor volledige vergoeding boven op de zorgpakketten van andere landen.
Toegang tot langdurige zorg bekostigd vanuit de Wlz in Nederland	Tijdens tijdelijk verblijf in Nederland: CIZ kan een indicatie afgeven voor maximaal 6 maanden (met mogelijke verlenging van nogmaals 6 maanden), hierna kan enkel een indicatie aangevraagd worden na remigratie. Na remigratie: mogelijke wachttijd van een maand voor elk jaar in het buitenland dat men niet verzekerd is, met een maximum van 12 maanden. De Wlz-indicatie geeft toegang tot Wlz-instellingen in Nederland en wordt gebruikt door ingezetenen in Nederland	Toegang tot Wlz-zorg nadat het CIZ een indicatie heeft afgegeven
Welke financiële verplichtingen heeft men?		
Directe betalingen⁴⁶	Verdragsbijdrage (gebaseerd op de Woonlandfactor)	Premiebetaling (in termijnen of jaarlijks) en inkomensafhankelijke bijdrage Zvw
Indirecte betalingen	Eventueel via belastingen (sociale premies) in woonland	Belastingen
Bronheffing	Ja, voor gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun meeverzekerde gezinsleden ⁴⁷	Voor bepaalde groepen mogelijk (inhouding door SVB of UWV)
Totstandkoming van premie/verdragsbijdrage	Nominale premie Zvw vermenigvuldigd met de woonlandfactor ⁴⁸ voor gepensioneerden of uitkeringsgerechtigden een	Zorgverzekeraar bepaalt de nominale premie, percentage voor de

⁴⁶ Zie [Directe \(premie\)betalingen](#) voor nadere toelichting.

⁴⁷ Hier is geen eenduidig waardeoordeel aan te plakken, enerzijds helpt bronheffing betalingsachterstanden te voorkomen, anderzijds heeft bronheffing impact op het besteedbaar inkomen de eigen financiële planning.

⁴⁸ Om de bijdrage in verhouding te brengen met (de kosten van) het pakket van het woonland, is de zogenoemde woonlandfactor geïntroduceerd. Hiermee wordt de verhouding tot uitdrukking gebracht tussen de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale ziektekostenverzekering in het woonland van de verdragsgerechtigde en de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon uit hoofde van de Zvw en de Wlz in Nederland.

	inkomensafhankelijke bijdrage Zwv en Wlz ⁴⁹ .	inkomensafhankelijke bijdrage wordt jaarlijkse vastgesteld.
Eigen risico	<u>Geen</u> eigen risico voor Nederlandse zorg (administratief niet mogelijk). Afhankelijk van het stelsel in het woonland is mogelijk wel een eigen risico van toepassing in het woonland	Wettelijk bepaald verplicht eigen risico van €385 (2024)
Eigen bijdrage	Er wordt <u>geen</u> eigen bijdrage voor medicijnen in Nederland ingehouden. Afhankelijk van het stelsel in het woonland is het mogelijk dat verdragsgerechtigden een eigen bijdrage dienen te betalen in het woonland	Ja, als zorg niet is opgenomen in basisverzekering of bij bepaalde medicatie (boven GVS-limiet ⁵⁰) etc.
Zorgtoeslag	Ja, mits voldaan aan voorwaarden, naar rato van de woonlandfactor	Ja, mits voldaan aan voorwaarden
Overige voorwaarden/mogelijkheden		
Gebruik maken van bilaterale verdragen	Van zowel het woonland (mits voldaan aan de personele werkingssfeer) als Nederland	Alleen van Nederland
Opleggen van premie/verdragsbijdrage met terugwerkende kracht	Niet door de wet gelimiteerd	Maximaal 3 tot 5 jaar
Aanvragen van zorgtoeslag met terugwerkende kracht	2 jaar	2 jaar

4.2 Relevante verschillen tussen verdragsgerechtigden en Zwv-verzekerden

De belangrijkste verschillen tussen verdragsgerechtigden en Zwv-verzekerden zijn gelegen in het verzekerde pakket, acute en geplande zorg in een ander EU-land, directe (premie)betalingen, het eigen risico en de eigen bijdrage. Hieronder worden deze punten nader toegelicht.

⁴⁹ De inkomensafhankelijke bijdrage wordt door de uitbetalende instantie over het inkomen vanuit deze instantie ingehouden (bijvoorbeeld bij een AOW en particulier pensioen).

⁵⁰ GVS = geneesmiddelenvergoedingssysteem

Aanspraak op zorg/ verzekerd pakket

Zvw-verzekerden

Zvw-verzekerden hebben toegang tot zorg die valt binnen het basispakket. Dit basispakket biedt toegang tot medische zorg, zoals huisartsenzorg, ziekenhuisbehandelingen, geneesmiddelen en kraamzorg. Het recht op het basispakket geldt voor alle ingezetenen van Nederland, ongeacht hun inkomen of gezondheidssituatie.

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden hebben toegang tot zorg die behoort tot het Woonlandpakket, wat inhoudt dat de zorg die zij ontvangen wordt bepaald door de wet- en regelgeving van het betreffende woonland. Met de invoering van Verordening 883/2004, die op 1 mei 2010 van kracht werd, hebben alle verdragsgerechtigden naar keuze recht op zorg in zowel het woonland als in Nederland.

Acute en geplande zorg in een ander EU-land

Zowel Zvw-verzekerden als verdragsgerechtigden hebben recht op vergoeding van acute en geplande zorg in de Europese Unie. Om geplande zorg in een ander land (dan Nederland voor Zvw-verzekerden en Nederland of woonland in het geval van verdragsgerechtigden) te kunnen gebruiken, is vooraf toestemming vereist. Deze toestemming wordt aangevraagd via een S2-formulier bij de zorgverzekeraar.

In sommige situaties is het voor verdragsgerechtigden noodzakelijk om naast toestemming van de zorgverzekeraar van het woonland, ook toestemming te krijgen van het CAK. Dit hangt af van de wijze van afrekening en of Nederland financieel verantwoordelijk is voor de vergoeding (zie Geplande zorg in andere landen voor de voorwaarden).

Verdragsgerechtigden kunnen enkel gebruik maken van geplande zorg als deze binnen zowel het Woonlandpakket als het openbare zorgstelsel van het gekozen land valt. Zvw-verzekerden zijn gebonden aan het Nederlandse basispakket en het openbare zorgstelsel van het gekozen land⁵¹.

Directe (premie)betalingen

Zvw-verzekerden

Zvw-verzekerden betalen een nominale premie voor hun zorgverzekering. Deze premie kan in termijnen (bijvoorbeeld maandelijks) of jaarlijks worden voldaan en verschilt per verzekeraar en type polis (natura- of restitutiepolis). Daarnaast betalen Zvw-verzekerden een inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet (Zvw).

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen op basis van de woonlandfactor een verdragsbijdrage aan Nederland. In Tabel 1 worden de woonlandfactoren en de bijbehorende maandelijkse bijdragen voor 2023 weergegeven. De gemiddelde woonlandfactor in 2023 bedraagt 0,44 (mediaan: 0,29), wat neerkomt op een gemiddelde maandelijkse bijdrage van €60,14 (mediaan: €39,21).⁵² Dit is 56% minder dan de maandelijkse nominale premie die een Zvw-verzekerde betaalt.

De woonlandfactor weerspiegelt de verhouding tussen de gemiddelde zorgkosten in het woonland van de verdragsgerechtigde en de gemiddelde zorguitgaven in Nederland op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en

⁵¹ Europa.eu. (n.d.). *Recht op behandeling in een ander EU-land - Uw Europa*. Geraadpleegd via https://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/right-to-treatment/index_nl.htm

⁵² Zonder bilaterale verdragslanden (Turkije, Marokko etc.) is de gemiddelde woonlandfactor 0,53 en de gemiddelde maandelijkse bijdrage €70,37

de Wet langdurige zorg (Wlz). De woonlandfactor bedraagt maximaal 1, dus kan niet hoger zijn dan de nominale premie.

Dit biedt dekking als een verdragsgerechtigde zorg afneemt in het woonland, maar verdragsgerechtigden kunnen zonder extra kosten ook gebruik maken van zorg in Nederland. Voor de twee belangrijkste grenslanden, Duitsland en België – waar 40% van de verdragsgerechtigden woont, die de meeste zorg als verdragsgerechtigden in Nederland gebruiken – bedraagt de woonlandfactor in 2023 respectievelijk 0,88 en 0,75 (zie Tabel 1).

Eigen risico

Zvw-verzekerden

Elke Zvw-verzekerde van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico bij het gebruik van zorg uit het basispakket. Sommige zorg is daarvan uitgezonderd. Voor bijvoorbeeld huisartsenzorg is geen eigen risico van toepassing. De overheid stelt jaarlijks de hoogte van het eigen risico vast (in 2024: €385).

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen een eigen risico voor zorg in hun woonland afhankelijk van de regels in hun woonland en het woonlandpakket. Indien een verdragsgerechtigde gebruik maakt van zorg in Nederland geldt er voor hen, vanwege administratieve redenen en het ontbreken van een directe financiële binding met de Nederlandse zorgverzekering, geen eigen risico.

Eigen bijdragen

Een eigen bijdrage is het deel van de kosten van zorg uit het basis- of woonlandpakket dat zelf betaald moet worden.

Zvw-verzekerden

Voor Zvw-verzekerden geldt een eigen bijdrage bijvoorbeeld voor kraamzorg en hoortoestellen. De Nederlandse overheid bepaalt welke zorg onder de eigen bijdrage valt en hoe hoog deze is. De eigen bijdrage kan verschillende vormen aannemen: een vast bedrag, een percentage van de kosten, of een bedrag dat boven een maximale vergoeding uitkomt. Iedereen betaalt dezelfde eigen bijdrage. Dus ook mensen die jonger zijn dan 18 jaar.⁵³

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen een eigen bijdrage afhankelijk van de regels in hun woonland en het woonlandpakket. Indien verdragsgerechtigden zorg gebruiken in Nederland, betalen zij geen eigen bijdrage. Ook niet voor zorg waar Zvw-verzekerden wel een eigen bijdrage voor dienen te betalen. Zo geldt bijvoorbeeld dat Zvw-verzekerden voor medicijnen die boven de GVS-limiet uitkomen een eigen bijdrage dienen te betalen. Verdragsgerechtigden daarentegen betalen geen eigen bijdrage voor deze medicijnen, ongeacht de zorgpolis uit hun woonland.

⁵³ Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Eigen bijdrage Zvw*. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/eigen-bijdrage-zvw>

Bijlage 1: Standaardformulieren voor sociale zekerheid

Dit zijn formulieren die een verklaring geven over de situatie van een verdragsgerechtigden bij een verhuizing naar een ander EU-land. De formulieren zijn geldig als de persoon officieel in een EU-land woont, ongeacht de nationaliteit. Nederlandse verdragsgerechtigden vullen met name het S1-formulier en S2- formulier in⁵⁴.

S1- formulier (voorheen E 106, E 109 en E 121)

Bewijst dat een persoon recht heeft op gezondheidszorg als deze niet woont in het land waar men verzekerd is. Dit formulier wordt afgegeven door de zorgverzekeraar (in het geval van Nederland is dit het CAK) en is in te dienen bij de zorgverzekeraar in het woonland. Met dit S1-formulier wordt voor het woonland aangetoond dat de verdragsgerechtigde premie betaald aan Nederland.

S2- formulier (Voorheen E112)⁵⁵

Via een S2 formulier kan een verdragsgerechtigde toestemming vragen voor een behandeling in een ander EU-land dan werk- (of pensioenland) of woonland. Het S2-formulier wordt afgegeven door het woonland en dient te worden ingevuld en opgezonden naar de zorgverzekeraar in het land waar de persoon zich wil laten behandelen.

⁵⁴ Europa.eu. (z.d.). *Sociale zekerheid en uitkeringen: Formulieren en documenten voor sociale zekerheid*. Geraadpleegd op https://europa.eu/youreurope/citizens/work/social-security-and-benefits/social-security-forms/index_nl.htm.

⁵⁵ https://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/right-to-treatment/index_nl.htm

Bijlage 2: Andere betrokken partijen bij de uitvoering

SVB, UWV en pensioenfondsen

Broninhouders

Deze partijen heffen de verdragsbijdrage via bronheffing.

SVB is een van de broninhouders van de verdragsgerechtigden. De SVB is de uitvoerder van broninhouding over de AOW van verdragsgerechtigden. We lichten deze groep uit omdat de groep verdragsgerechtigden met een AOW verreweg het grootst is.

De SVB geeft een signaal door aan het CAK welke personen in aanmerking komen voor de regeling voor verdragsgerechtigden. Het systeem van SVB stuurt automatisch een signaal naar het CAK als een persoon een AOW ontvangt en een adres heeft in een verdragsland of doorgeeft naar een verdragsland te verhuizen. Vervolgens wordt de persoon geïdentificeerd bij het CAK om te bepalen of de persoon in kwestie een verdragsgerechtigde betreft. Zodra dit bevestigd is, bepaalt de SVB op basis van het inkomen en het woonland de **Verdragsbijdrage** en of dit ingehouden, gemuteerd of gestopt dient te worden.

Belastingdienst

De belastingdienst levert jaarlijks inkomensgegevens aan bij het CAK. Het CAK bepaalt mede hiermee de eindafrekening. Verdragsgerechtigden en meeverzekerde gezinsleden hebben, indien zij aan de voorwaarden voldoen, recht op zorgtoeslag. Bij het bepalen van de hoogte van de zorgtoeslag wordt gerekend met een **Woonlandfactor**.

Bijlage 3: De ‘customer journey’

Hoe ziet het proces eruit vanuit het perspectief van een verdragsgerechtigde?

- **CAK** krijgt van een broninhouder⁵⁶ door dat iemand een pensioen of uitkering ontvangt maar woonachtig is of verhuist naar één van de **Europese lidstaten**.
- Het **CAK** onderzoekt of deze persoon daadwerkelijk een verdragsgerechtigde ten laste van Nederland is. Hiertoe doet zij onderzoek naar de aanwezigheid van andere inkomensbronnen in andere landen welke op basis van titel 2 van de Verordening de zorg ten laste van een ander land zou doen laten vallen. Zodra het **CAK** een persoon als verdragsgerechtigde aanmerkt nemen zij contact met deze persoon op en voorzien deze van informatie. Dat contact wordt gelegd op verschillende manieren.
- De persoon ontvangt van het **CAK** een S1-formulier (voorheen E121)⁵⁷. Dit is een verklaring waarin staat dat de persoon recht heeft op medische zorg in het land waar men woont. Een verdragsgerechtigde kan

⁵⁶ Zie **Broninhouders** in bijlage 2 voor een uitgebreidere toelichting

⁵⁷ Zie **Aanspraak op zorg/ verzekerd pakket Zvw-verzekerden**

Zvw-verzekerden hebben toegang tot zorg die valt binnen het basispakket. Dit basispakket biedt toegang tot medische zorg, zoals huisartsenzorg, ziekenhuisbehandelingen, geneesmiddelen en kraamzorg. Het recht op het basispakket geldt voor alle ingezetenen van Nederland, ongeacht hun inkomen of gezondheidssituatie.

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden hebben toegang tot zorg die behoort tot het Woonlandpakket, wat inhoudt dat de zorg die zij ontvangen wordt bepaald door de wet- en regelgeving van het betreffende woonland. Met de invoering van Verordening 883/2004, die op 1 mei 2010 van kracht werd, hebben alle verdragsgerechtigden naar keuze recht op zorg in zowel het woonland als in Nederland.

Acute en geplande zorg in een ander EU-land

Zowel Zvw-verzekerden als verdragsgerechtigden hebben recht op vergoeding van acute en geplande zorg in de Europese Unie. Om geplande zorg in een ander land (dan Nederland voor Zvw-verzekerden en Nederland of woonland in het geval van verdragsgerechtigden) te kunnen gebruiken, is vooraf toestemming vereist. Deze toestemming wordt aangevraagd via een S2-formulier bij de zorgverzekeraar.

In sommige situaties is het voor verdragsgerechtigden noodzakelijk om naast toestemming van de zorgverzekeraar van het woonland, ook toestemming te krijgen van het **CAK**. Dit hangt af van de wijze van afrekening en of Nederland financieel verantwoordelijk is voor de vergoeding (zie Geplande zorg in andere landen voor de voorwaarden).

Verdragsgerechtigden kunnen enkel gebruik maken van geplande zorg als deze binnen zowel het Woonlandpakket als het openbare zorgstelsel van het gekozen land valt. Zvw-verzekerden zijn gebonden aan het Nederlandse basispakket en het openbare zorgstelsel van het gekozen land.

Directe (premie)betalingen

Zvw-verzekerden

Zvw-verzekerden betalen een nominale premie voor hun zorgverzekering. Deze premie kan in termijnen (bijvoorbeeld maandelijks) of jaarlijks worden voldaan en verschilt per verzekeraar en type polis (natura- of

restitutiepolis). Daarnaast betalen Zvw-verzekerden een inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet (Zvw).

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen op basis van de woonlandfactor een verdragsbijdrage aan Nederland. In Tabel 1 worden de woonlandfactoren en de bijbehorende maandelijkse bijdragen voor 2023 weergegeven. De gemiddelde woonlandfactor in 2023 bedraagt 0,44 (mediaan: 0,29), wat neerkomt op een gemiddelde maandelijkse bijdrage van €60,14 (mediaan: €39,21). Dit is 56% minder dan de maandelijkse nominale premie die een Zvw-verzekerde betaalt.

De woonlandfactor weerspiegelt de verhouding tussen de gemiddelde zorgkosten in het woonland van de verdragsgerechtigde en de gemiddelde zorguitgaven in Nederland op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). De woonlandfactor bedraagt maximaal 1, dus kan niet hoger zijn dan de nominale premie.

Dit biedt dekking als een verdragsgerechtigde zorg afneemt in het woonland, maar verdragsgerechtigden kunnen zonder extra kosten ook gebruik maken van zorg in Nederland. Voor de twee belangrijkste grenslanden, Duitsland en België – waar 40% van de verdragsgerechtigden woont, die de meeste zorg als verdragsgerechtigden in Nederland gebruiken – bedraagt de woonlandfactor in 2023 respectievelijk 0,88 en 0,75 (zie Tabel 1).

Eigen risico

Zvw-verzekerden

Elke Zvw-verzekerde van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico bij het gebruik van zorg uit het basispakket. Sommige zorg is daarvan uitgezonderd. Voor bijvoorbeeld huisartsenzorg is geen eigen risico van toepassing. De overheid stelt jaarlijks de hoogte van het eigen risico vast (in 2024: €385).

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen een eigen risico voor zorg in hun woonland afhankelijk van de regels in hun woonland en het woonlandpakket. Indien een verdragsgerechtigde gebruik maakt van zorg in Nederland geldt er voor hen, vanwege administratieve redenen en het ontbreken van een directe financiële binding met de Nederlandse zorgverzekering, geen eigen risico.

Eigen bijdragen

Een eigen bijdrage is het deel van de kosten van zorg uit het basis- of woonlandpakket dat zelf betaald moet worden.

Zvw-verzekerden

Voor Zvw-verzekerden geldt een eigen bijdrage bijvoorbeeld voor kraamzorg en hoortoestellen. De Nederlandse overheid bepaalt welke zorg onder de eigen bijdrage valt en hoe hoog deze is. De eigen bijdrage kan verschillende vormen aannemen: een vast bedrag, een percentage van de kosten, of een bedrag dat boven een maximale vergoeding uitkomt. Iedereen betaalt dezelfde eigen bijdrage. Dus ook mensen die jonger zijn dan 18 jaar.

Verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden betalen een eigen bijdrage afhankelijk van de regels in hun woonland en het woonlandpakket. Indien verdragsgerechtigden zorg gebruiken in Nederland, betalen zij geen eigen bijdrage. Ook niet voor zorg waar Zvw-verzekerden wel een eigen bijdrage voor dienen te betalen. Zo geldt bijvoorbeeld dat Zvw-verzekerden voor medicijnen die boven de GVS-limiet uitkomen een eigen bijdrage dienen te betalen.

zich hiermee bij het aangewezen orgaan in het woonland inschrijven. Daarnaast ontvangt de verdragsgerechtigde automatisch een EHIC van het CAK.

- De [Verdragsbijdrage](#) gaat lopen vanaf het moment dat iemand aangemerkt is als verdragsgerechtigde ongeacht of deze persoon zich ook daadwerkelijk in het woonland inschrijft voor zorg. De verdragsgerechtigde kan zorg in het woonland verkrijgen op grond van het [Woonlandpakket](#). Indien hij zich aanvullend wil verzekeren in het woonland is dit mogelijk. Daarnaast is het voor de verdragsgerechtigde mogelijk om [EHIC](#)
- [Verdragsgerechtigden ontvangen](#) automatisch, nadat zij zich bij het CAK hebben aangemeld, een Europese zorgpas (European Health Insurance Card, afgekort EHIC). Deze pas is geldig in de EU/EER-landen, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk. Deze pas is een verzekeringsbewijs voor de zorgverleners van andere Europese lidstaten en biedt daarmee de garantie dat de kosten van behandeling door de lidstaat van uitgifte van de EHIC zullen worden vergoed.

De verdragsgerechtigde hoeft bij het tonen van de plastic EHIC de kosten van de behandeling niet zelf voor te schieten; deze kosten worden achter de schermen tussen de lidstaten verrekend. De verdragsgerechtigde ontvangt hiermee medisch noodzakelijke zorg in het geval van tijdelijk verblijf in een andere EU-lidstaat.

- te krijgen – de vergoeding van deze zorg loopt via het [Zilveren Kruis](#).
- Mocht een verdragsgerechtigde in een derde land binnen de EU en/of EER zorg nodig hebben, dan kan hij deze noodzakelijke zorg verkrijgen met de EHIC. Voor geplande zorg in een ander land dan Nederland of het woonland kan een verdragsgerechtigde toestemming aanvragen via een S2-formulier dat door het woonland wordt afgegeven. Afhankelijk van de financiële afwikkeling is er ook toestemming nodig van het CAK⁵⁸.
- De verdragsbijdrage voor gepensioneerden/uitkeringsgerechtigden en hun meeverzekerde gezinsleden van 18 jaar en ouder wordt maandelijks ingehouden van de pensioen of uitkering via bronheffing. Grensarbeiders betalen jaarlijks de verdragsbijdrage voor meeverzekerde gezinsleden van 18 jaar of ouder. Jaarlijks ontvangt verdragsgerechtigde een jaarafrekening van CAK gebaseerd op het jaarinkomen vanuit de [Error! Reference source not found.](#) Als er te veel verdragsbijdrage is ingehouden, betaalt het CAK dit direct terug aan de verdragsgerechtigde. Is er onvoldoende betaald, dan wordt dit geïnd bij de verdragsgerechtigden. Het CAK draagt uiteindelijk de verdragsbijdrage over aan het Zorgverzekeringsfonds (ZVF) waarvan het [Zorginstituut](#) de beheerder is.

Als een verdragsgerechtigde remigreert is hij vanaf het moment van remigratie geen verdragsgerechtigde meer maar (regulier) verzekeringsplichtig.

Verdragsgerechtigden daarentegen betalen geen eigen bijdrage voor deze medicijnen, ongeacht de zorgpolis uit hun woonland.

Bijlage 1: Standaardformulieren voor sociale zekerheid voor nadere toelichting

⁵⁸ Zie het kopje [Error! Reference source not found.](#) voor de voorwaarden

Bijlage 4: Twee aanvullende rechtszaken

De onderstaande zaken zijn relevant voor verdragsgerechtigden, maar hebben geen directe relatie met de hoofdvraag van dit onderzoek. Om deze reden zijn ze opgenomen in de bijlage.

15 april 2015 - Arrest van de Centrale Raad van Beroep voortbouwend op de Van Delft zaak in 2009

Het arrest van de Centrale Raad van Beroep van 15 april 2015 (ECLI:NL:CRVB:2015:1836) bouwt voort op eerdere jurisprudentie, met name het arrest van het Hof van Justitie van de Europese Unie op 14 oktober 2010- Van Delft zaak (C-345/09)

Conclusie:

De Centrale Raad van Beroep bevestigt de verplichting voor gepensioneerden die in een andere EU-lidstaat wonen om zorgbijdragen te betalen aan Nederland, zelfs als zij geen zorg ontvangen in hun woonland, en oordeelt dat de ontstane ongelijkheid geen schending is van Europese regelgeving. Daarnaast kunnen gepensioneerden die onder de socialezekerheidswetgeving van een lidstaat vallen (in dit geval Nederland) en in een andere EU-lidstaat wonen, zich niet onttrekken aan hun verplichtingen door zich niet in te schrijven bij het zorgorgaan van hun woonland.

De Raad erkent dat er een ongelijke behandeling kan bestaan tussen in Nederland wonende verzekerden en niet-ingezetenen, omdat niet-ingezetenen minder vrijheid hebben bij het kiezen van hun zorgverzekering. De Raad oordeelde echter dat deze ongelijkheid "niet overduidelijk onevenredig" is en dus niet in strijd is met de Europese regelgeving.

4 juni 2015 - Arrest Fischer-Lintjens (C -543/13)⁵⁹

Inleiding

Mevrouw Fischer-Lintjens, van oorsprong Nederlandse en woonachtig in Nederland tot 1970, heeft tussen 1970 en 2006 in Duitsland gewoond. Sinds haar terugkeer naar Nederland in 2006 ontvangt zij een weduwenpensioen uit Nederland en is zij betrokken bij een grensoverschrijdend zorgverzekeringsgeschil. Dit geschil is ontstaan door haar late aanmelding van de AOW-uitkering, die zij pas in 2007 aanvroeg, terwijl zij hier vanaf 1999 recht op had.

Feiten en achtergrond

- In 2006 keerde Fischer-Lintjens terug naar Nederland en schreef zij zich met een E121-formulier in bij de Nederlandse zorgverzekeraar CZ. Vanaf 1 juni 2006 had zij recht op zorg in Nederland, ten laste van Duitsland.
- Hoewel zij op 1 december 1999 pensioengerechtigd werd onder de Algemene Ouderdomswet (AOW), heeft Fischer-Lintjens haar AOW-uitkering pas in mei 2007 aangevraagd. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) kende haar pensioen toe met terugwerkende kracht tot 1 mei 2006.
- Fischer-Lintjens heeft deze wijziging in haar situatie niet tijdig gemeld aan CZ, het College voor Zorgverzekeringen (CvZ), noch aan het Duitse ziektekostenverzekeringsorgaan DAK.
- Bij verlenging van haar E121-formulier in oktober 2010 heeft Fischer-Lintjens aangegeven dat zij sinds 1 mei 2006 een AOW-uitkering ontvangt. Op basis hiervan heeft DAK op 2 november 2010 laten weten dat

⁵⁹ ⁵⁹ Hof van Justitie van de Europese Unie. (2015, 6 mei). *ECLI:EU:C:2015:359*. Geraadpleegd van <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=ecli%3AECLI%3AEU%3AC%3A2015%3A359>

zij vanaf dat moment verzekeringsplichtig is onder de AWBZ en de Zorgverzekeringswet (Zvw) in Nederland, waardoor zij premies in Nederland verschuldigd is.

Gevolgen en terugvorderingen

- Het Duitse DAK heeft Fischer-Lintjens de ziektekostenpremies die zij vanaf 1 juni 2006 in Duitsland had betaald, gerestitueerd.
- CZ heeft vervolgens de door Nederland aan Duitsland betaalde ziektekosten, ter hoogte van meer dan €11.000, teruggevorderd van Fischer-Lintjens.
- Het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) heeft daarnaast vastgesteld dat Fischer-Lintjens met terugwerkende kracht verzekeringsplichtig was geworden voor de AWBZ en de Zvw, en dat zij over de betreffende periode in Nederland premies diende te betalen.

Juridische conclusie

Artikel 27 van Verordening (EEG) nr. 1408/71, dat betrekking heeft op de toepassing van socialezekerheidsregelingen binnen de Europese Gemeenschap, moet aldus worden uitgelegd dat het begrip "verschuldigd" het tijdvak omvat waarin een betrokkene recht heeft op een pensioen of rente, ongeacht het tijdstip waarop dat formeel is vastgesteld. Dit geldt ook wanneer het pensioen of de rente met terugwerkende kracht wordt toegekend en betaald, zoals in het geval van Fischer-Lintjens.

Uitkomst

Fischer-Lintjens werd met terugwerkende kracht verzekeringsplichtig voor de Nederlandse zorgstelsels (AWBZ en Zvw) vanaf het moment dat zij AOW ontving. Dit leidde tot terugvordering van zorgkosten die in eerste instantie door Duitsland waren vergoed, en de verplichting om Nederlandse premies te betalen vanaf 1 mei 2006.

Een zorgverzekering kan in Nederland aangegaan worden met hooguit vier maanden terugwerkende kracht tot het moment waarop de verzekeringsplicht ontstond. Het Hof van Justitie (EU) oordeelde dat dit hiaat in de ziektekostendekking in strijd is met het Europese recht.

Op basis van de zaak Fischer-Lintjes⁶⁰ besloot het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om het CAK vanaf 1 januari 2018 een volmacht te geven om namens de Staat vaststellingsovereenkomsten af te sluiten met personen die met terugwerkende kracht onverzekerd zijn; de Vrijwillige overeenkomst zorgkostendekking⁶¹. De burger beslist zelf of hij een overeenkomst sluit. De kosten worden gedekt vanuit het Zorgverzekeringsfonds. Op termijn komt er een definitieve wettelijke regeling. Wanneer die in werking treedt, is op dit moment nog onbekend.

Bijlage 5: Twee rechtszaken met betrekking tot de Patiëntenrichtlijn

Er is nog veel onduidelijk over de samenloop van verschillende sets aan (Europese) regels voor het recht op grensoverschrijdende zorg. Er staan regels over het recht op zorg in de coördinatieverordening 883/2004 en in de Patiëntenrichtlijn; beide EU-wetgevingsinstrumenten hebben echter een andere oorsprong. De coördinatieverordening werkt rechtsreeks, maar is complex om te begrijpen. De Patiëntenrichtlijn werkt niet rechtstreeks, is ook complex om te begrijpen, maar is geïmplementeerd in de nationale wetgeving van de Europese lidstaten. In Nederland is de Patiëntenrichtlijn vooral geïmplementeerd in de Zvw. De rechtszaken rondom de rechten van verdragsgerechtigden in relatie tot de Patiëntenrichtlijn lijken niet geheel logisch in de systematiek van de andere regels in het Europese recht en geven daarmee nog geen volledige duidelijkheid over het oplijnen van beide sets aan regels. De Nederlandse overheid werkt daarom aan het verbeteren van die informatie over het recht op zorg.

23 augustus 2019 – CAK-zaak (17/74 ZVW)⁶²

Dit betreft in eerste instantie een Nederlandse zaak waarbij de CRvB aan het EU-Hof heeft gevraagd een uitspraak te doen over de genomen beslissing en de bijbehorende vragen te beantwoorden.

Feiten en Achtergrond

- Appellante woonde met haar echtgenoot in België en ontving een pensioen uit Nederland. Hierdoor was zij een verdragsgerechtigde.
- Nadat bij appellante borstkanker was vastgesteld, onderging zij diverse medische onderzoeken in België en Nederland. Op 13 maart 2015 besloot zij een second opinion te krijgen in Duitsland, waaruit bleek dat de situatie ernstiger was dan gedacht. Zonder voorafgaande toestemming onderging zij vervolgens een operatie en verdere behandelingen in Duitsland.
- Appellante diende de kosten van €16.853,13 voor de behandelingen in Duitsland in bij het CAK. Het CAK weigerde vergoeding omdat de zorg als "geplande zorg" werd beschouwd en er geen voorafgaande toestemming was verkregen maar het CAK de appellante hier wel op hadden gewezen.

Standpunten van Partijen

- **Appellante:** Appellante stelde dat de behandelingen als niet-geplande, spoedeisende zorg moesten worden beschouwd, gezien de ernstige diagnose. Ze wees erop dat de situatie te stressvol was om vooraf toestemming te vragen en beriep zich op de Patiëntenrichtlijn 2011/24/EU, die stelt dat terugbetaling voor bepaalde zorg niet afhankelijk zou mogen zijn van voorafgaande toestemming.
- **CAK:** Het CAK betoogde dat er voldoende tijd was geweest om vooraf toestemming te vragen, en dat de behandelingen als geplande zorg werden aangemerkt waarvoor toestemming vereist was. Daarnaast stelde het CAK dat de Patiëntenrichtlijn niet van toepassing was op verdragsgerechtigden zoals appellante.

Toepassing van Europese Regels en Verordeningen

- **Niet-geplande Zorg:** Verordening (EG) nr. 883/2004, Artikel 19, regelt dat niet-geplande, medisch noodzakelijke zorg tijdens een verblijf in een andere lidstaat vergoed moet worden. De Raad oordeelde

⁶² Centrale Raad van Beroep. (2019, 23 augustus). *ECLI:NL:CRVB:2019:2782*. Geraadpleegd van <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:CRVB:2019:2782>

echter dat de situatie van appellante niet als niet-geplande zorg kon worden beschouwd omdat zij voor een second opinion naar Duitsland ging en niet vanwege een acute medische noodsituatie.

- **Geplande Zorg:** Volgens Artikel 20 van Verordening 883/2004 is voorafgaande toestemming vereist voor geplande zorg in een andere lidstaat. De Centrale Raad van Beroep (CRvB) vond dat de medische behandelingen van appellante als geplande zorg aangemerkt moesten worden. Dit betekende dat zij vooraf toestemming had moeten vragen, wat niet was gebeurd.

Toepasselijkheid van de Patiëntenrichtlijn

- **Discussie over de Richtlijn:** Appellante beriep zich op de Patiëntenrichtlijn, waarin staat dat voorafgaande toestemming voor bepaalde grensoverschrijdende zorg niet vereist is. Het CAK stelde dat de richtlijn niet van toepassing was op verdragsgerechtigden, aangezien zij niet verzekerd was onder het Nederlandse zorgstelsel maar enkel aanspraak maakte op basis van Verordening 883/2004.
- **Verzoek om uitleg door het Hof van Justitie:** De CRvB vroeg het Hof van Justitie om een prejudiciële uitspraak over de interpretatie van de Patiëntenrichtlijn voor verdragsgerechtigden. De vraag was of deze richtlijn ook verdragsgerechtigden dekt, die wel zorg ontvangen voor rekening van hun pensioenland, maar niet in hun pensioenland verzekerd zijn. Dit wordt behandeld bij [28 oktober 2021 –EU-hof uitspraak \(C-636/19\) van CAK-zaak \(17/74 ZVW\)](#)

28 oktober 2021 –EU-hof uitspraak (C-636/19)⁶³ van CAK-zaak (17/74 ZVW)

Het EU-hof heeft een prejudiciële beslissing uitgesproken op verzoek van de CRvB zoals hierboven genoemd. De uitspraak van het hof omvatte samengevat:

Het Hof formuleerde drie voorwaarden voor een persoon om als "verzekerde" beschouwd te worden:

- **Toepasselijke wetgeving:** De persoon moet onder de wetgeving van een lidstaat vallen, wat het geval is als hij een ouderdomspensioen ontvangt uit die lidstaat.
- **Type verstrekkingen:** De zorg moet vallen onder de sociale zekerheidstakken zoals bedoeld in titel III, hoofdstuk 1 en 3 van Verordening 883/2004, die onder meer betrekking hebben op ziektekosten.
- **Voorwaarden van het bevoegde land:** De persoon moet voldoen aan de voorwaarden voor zorgvergoeding volgens de wetgeving van het land dat verantwoordelijk is voor zijn zorg, in dit geval Nederland. Het Hof stelt vast dat Nederland geen verplichte ziektekostenverzekering als voorwaarde stelt voor vergoeding van medische zorg.

Het EU-Hof heeft in deze zaak geoordeeld dat een gepensioneerde die een pensioen ontvangt uit een andere lidstaat dan zijn woonland (zoals Nederland en België in dit geval), kan worden aangemerkt als "verzekerde" volgens artikel 3 van de EU-Patiëntenrichtlijn 2011/24. Dit betekent dat deze gepensioneerde aanspraak kan maken op rechten onder deze richtlijn, ook als hij niet verplicht verzekerd is in de lidstaat die het pensioen uitkeert.

Het Hof concludeerde dat deze gepensioneerde dus recht heeft op vergoeding van medische zorg in een derde lidstaat (zoals Duitsland) zonder voorafgaande toestemming, aangezien Nederland geen systeem van voorafgaande toestemming heeft ingevoerd onder artikel 8 van de EU-Patiëntenrichtlijn.

⁶³ Hof van Justitie van de Europese Unie. (2020, 8 oktober). *Zaak C-636/19 (A v. Veselības ministrija)*. Geraadpleegd van <https://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?num=C-636/19>

Colofon



Datum: 06-05-2025

versie: 1.1

Opdrachtgever: Ministerie van VWS

Redactie

Rachel van den Kieboom

Floor Grootenboer

Piet de Bekker

Bezoek- en postadres: Grebbeberglaan 15, 3527 VX Utrecht
IBAN: NL70 RABO 01475.17.656 | KvK: 83030123 | BTW: NL 8626.98.169.B01
www.zorgvuldigadvies.nl