
Besluit zorgverzekering

Geldend van 01-01-2020 t/m heden

Besluit van 28 juni 2005, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zorgverzekeringswet (Besluit zorgverzekering)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 april 2005, kenmerk Z/VV-2577868;

Gelet op de artikelen 11, derde en vierde lid, 20, 22, vijfde lid, 32, tweede en derde lid, 34, derde lid, en 89, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Raad van State gehoord (advies van 20 juni 2005, nr. W13.05.0153/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 juni 2005, kenmerk Z/VV-2596179;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Hoofdstuk 1. Definities en algemene bepalingen

Artikel 1

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. *wet*: de Zorgverzekeringswet;
- b. *verblijf*: verblijf gedurende het etmaal;
- c. *eigen bijdrage*: een eigen bijdrage als bedoeld in artikel 11, derde lid van de wet;
- d. *geregistreerd geneesmiddel*: een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning of parallelhandelsvergunning is verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
- e. *in-vitrofertilisatiepoging*: zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:
 - 1°. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
 - 2°. de follikelpunctie;
 - 3°. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
 - 4°. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan;
- f. *vereveningsbijdrage*: de bijdrage, bedoeld in paragraaf 4.2 van de wet;
- g. *vereveningsjaar*: het kalenderjaar waarop een vereveningsbijdrage betrekking heeft;
- h. *cluster van prestaties*: het cluster «variabele zorgkosten», het cluster «vaste zorgkosten», of het cluster «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg»;
- i. *variabele zorgkosten*: de variabele kosten van in het kader van medisch-specialistische zorg verleend verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, alsmede de kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, kosten van zorg als bedoeld in artikel 2.10, dit alles voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen en niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt en de kosten van onder de dekking van een zorgverzekering vallende prestaties die niet als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt;
- j. *vaste zorgkosten*: bij ministeriële regeling aangewezen kosten van zorg die voor verzekeraars niet te beïnvloeden zijn of door onvoldoende gegevens in het kader van de risicoverevening niet normeerbaar zijn, voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen;
- k. [vervallen;]
- l. [vervallen;]

- m. *macro-deelbedrag*: een in de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, voor een cluster van prestaties genoemd bedrag dat ex ante over de zorgverzekeraars wordt verdeeld;
- n. *deelbedrag*: een bedrag dat een zorgverzekeraar voor een cluster van prestaties ontvangt;
- o. *leeftijd en geslacht*: vereveningscriteria op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld op grond van hun leeftijd en geslacht;
- p. *FKG's*: farmaceutische kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;
- q. *FKG's psychische aandoeningen*: farmaceutische kostengroepen psychische aandoeningen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen chronische psychische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;
- r. *Primaire DKG's*: primaire diagnose kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen met verschillende chronische aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van de uitgevoerde diagnose behandeling combinaties in het verleden;
- s. *AVI*: aard van het inkomen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van de aard van hun inkomen en hun leeftijd;
- t. *SES*: sociaaleconomische status, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van hun leeftijd en het inkomen per adres;
- u. *PPA*: personen per adres, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld op basis van hun leeftijd en de aard van het huishouden;
- v. *regio*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de vier cijfers van de postcode van hun woonadres worden ingedeeld in klassen, waarbij op postcodeniveau rekening is gehouden met de verschillen met betrekking tot sociaaleconomische omstandigheden en gezondheid;
- w. *GGZ-regio*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de vier cijfers van de postcode van hun woonadres worden ingedeeld in klassen, waarbij op postcodeniveau rekening is gehouden met de verschillen met betrekking tot GGZ-zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en geestelijke gezondheid;
- x. [vervallen;]
- y. [vervallen;]
- z. *MHK*: meerjarig hoge kosten, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de kosten van de zorg die zij in het verleden hebben genoten, worden ingedeeld in klassen van voorspelbare zorgkosten;
- aa. *nominale rekenpremie*: een bij de berekening van de vereveningsbijdrage in aanmerking te nemen bedrag, ter hoogte van de door Onze Minister geraamde premie die een zorgverzekeraar op jaarbasis bij een premieplichtige verzekerde voor verzekerde prestaties in rekening brengt;
- bb. *geraamde kosten*: de bij de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, bepaalde macro-deelbedragen, vermeerderd of verminderd met na vaststelling van deze deelbedragen maar voor 1 januari van het vereveningsjaar geraamde, bij ministeriële regeling te bepalen kosten die het gevolg zijn van wijzigingen in de over het vereveningsjaar op grond van een zorgverzekering te verzekeren prestaties waarmee bij het opstellen van de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, nog geen rekening kon worden gehouden;
- cc. *nacalculatie*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil tussen gerealiseerde kosten en het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar, per onderscheiden cluster van prestaties;
- dd. *HKG's*: hulpmiddelenkostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen chronische aandoeningen op basis van het hulpmiddelengebruik in het verleden;
- ee. *DKG's psychische aandoeningen*: diagnosekostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen met verschillende chronische psychische aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van diagnose behandeling combinaties in het verleden;
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. *GGZ-MHK*: meerjarig hoge kosten in de GGZ, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de kosten van geestelijke gezondheidszorg die zij in het verleden hebben genoten worden ingedeeld in klassen van kosten in de GGZ;
- ii. *kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*: de kosten van geneeskundige zorg

- zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf gedurende een onafgebroken periode van niet meer dan 1.095 dagen, voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen en niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt;
- jj. *FDG*: fysiotherapiediagnosegroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van de fysiotherapiediagnose in het verleden;
 - kk. *MVV*: meerjarig hoge kosten van verpleging en verzorging, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de kosten van verpleging en verzorging, die zij in het verleden hebben genoten, worden ingedeeld in klassen van kosten van verpleging en verzorging;
 - ll. *hogekostencompensatie*: verevening van een percentage van hoge kosten van verzekerden boven een bepaalde drempel;
 - mm. [vervallen];
 - nn. *Secundaire DKG's*: secundaire diagnose kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen met verschillende chronische aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van de uitgevoerde diagnose behandeling combinaties in het verleden.

Hoofdstuk 2. De inhoud van de zorgverzekering

§ 1. De te verzekeren prestaties

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de

- zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
- b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Artikel 2.3

1. Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties tot een door die maatschappij te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
2. Het eerste lid geldt slechts indien de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde zijn zorgverzekering heeft, zijn verplichtingen die in geval van terroristische handelingen uit de zorgverzekering voortvloeien, heeft herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.
3. Indien na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.23 van dit besluit een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in het eerste lid, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de wet of artikel 3.23 van dit besluit, te bepalen omvang.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige

- gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreeerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Artikel 2.4a

1. Onverminderd artikel 2.4, tweede lid, kan bij ministeriële regeling de verstrekking van een geneesmiddel in het kader van de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd van geneeskundige zorg.
2. De uitzondering, bedoeld in het eerste lid, vindt plaats uiterlijk binnen een maand nadat voor het geneesmiddel voor de uit te zonderen indicaties:
 - a. een handelsvergunning of een parallelhandelsvergunning is verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet indien een vergunning is aangevraagd voor het in de handel brengen van het geneesmiddel voor de uit te zonderen indicatie of
 - b. een protocol of standaard als bedoeld in artikel 68 van de Geneesmiddelenwet is vastgesteld door de beroepsgroep indien geen vergunning is verleend of aangevraagd voor het in de handel brengen van het geneesmiddel voor de uit te zonderen indicatie.
3. De uitzondering, bedoeld in het eerste lid, vindt slechts plaats indien in vergelijking met de verstrekking van andere geneesmiddelen in het kader van geneeskundige zorg naar verwachting onevenredig hoge kosten per jaar of per behandeling kunnen ontstaan gelet op:
 - a. de prijs van het geneesmiddel;
 - b. het aantal met het geneesmiddel voor de nieuwe en daaropvolgende indicaties te behandelen patiënten;
 - c. het risico op ander gebruik dan gepast gebruik van het geneesmiddel voor de nieuwe en daaropvolgende indicaties.
4. Onder de kosten, bedoeld in de aanhef van het derde lid, kunnen mede worden begrepen de kosten van andere geneesmiddelen die voor de behandeling met het geneesmiddel in combinatie daarmee worden verstrekt.
5. Bij ministeriële regeling kan de uitzondering, bedoeld in het eerste lid, geheel dan wel onder daarbij te stellen voorwaarden of voor een daarbij te bepalen periode gedeeltelijk worden opgeheven.
6. Bij ministeriële regeling kan de uitzondering, bedoeld in het eerste lid, of de gedeeltelijke opheffing, bedoeld in het vijfde lid, worden uitgebreid met daaropvolgende indicaties. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.
7. De uitzondering, bedoeld in het eerste lid, wordt niet opgeheven dan nadat Onze Minister met inachtneming van een daarbij te stellen termijn voor zover noodzakelijk de gelegenheid heeft geboden aan:
 - a. het Zorginstituut om aan Onze Minister advies uit te brengen over het onderbrengen van de behandeling met het geneesmiddel voor de uitgezonderde indicaties onder geneeskundige zorg;

- b. het Zorginstituut om te initiëren dat maatregelen worden getroffen voor gepast gebruik van het geneesmiddel voor de uitgezonderde indicaties en om Onze Minister te informeren over deze maatregelen;
- c. de aanvrager of houder van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning van het geneesmiddel om maatregelen te treffen ter verlaging van de kosten van het geneesmiddel voor de uitgezonderde indicaties en om Onze Minister te informeren over deze maatregelen.

Artikel 2.5

1. De geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, omvat tevens vergoeding van de kosten van:
 - a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
 - b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
 - c. het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
 - d. de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opneming;
 - e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel d;
 - f. het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.
2. Indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen e en f, ten laste van de zorgverzekering van de donor.

Artikel 2.5a

Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Artikel 2.5b

1. Zorg bij stoppen-met-rokenprogramma omvat geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat het één keer per kalenderjaar volgen van een programma.

Artikel 2.5c

1. Geriatrie revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
2. De geriatrie revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
 - a. de zorg binnen een week aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.12 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel

- a, van de Wet langdurige zorg gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in dezelfde instelling, en
- b. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12.

3. Het tweede lid, onderdeel a, is niet van toepassing indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en waar sprake is van voorafgaande medisch-specialistische zorg voor deze aandoening.
4. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het eerste lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.
3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.
4. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste zevenendertig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
5. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
6. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronisch obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste:
 - a. indien sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: vijf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;
 - b. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - 1°. zevenentwintig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. drie behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren;
 - c. indien sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - 1°. zeventig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. tweënvijftig behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren.
7. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
8. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
9. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per kalenderjaar.

10. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare

geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Artikel 2.11

Kraamzorg omvat zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.

Artikel 2.12

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in

- de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
- c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
 - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
 - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
 - f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
6. Indien een verzekerde is aangewezen op vervoer als bedoeld in het eerste of derde lid, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen vergoeding voor kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor kosten van vervoer.

Artikel 2.15

1. De zorgverzekeraar kan toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel dan een motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, auto of openbaar middel van vervoer.
2. Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden zestien jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vervoer van twee begeleiders toestaan.

§ 1a. Het Zvw-pgb

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
 - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
 - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkt de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.

4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

§ 1b. De eigen bijdragen

Artikel 2.16

[Vervallen per 01-01-2014]

Artikel 2.16a

De verzekerde van achttien jaar of ouder betaalt een eigen bijdrage voor mondzorg, bedoeld in artikel 2.7, eerste en vijfde lid, onderdeel b.

Artikel 2.16b

1. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel als bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd.
2. Bij ministeriële regeling wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

Artikel 2.16c

De verzekerde betaalt voor een bij ministeriële regeling aan te wijzen hulpmiddel als bedoeld in artikel 2.9 een eigen bijdrage ter grootte van:

- a. een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten,
- b. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort, of
- c. een bij die regeling te bepalen percentage van de kosten van het hulpmiddel, dat kan verschillen voor verzekerden tot achttien jaar en verzekerden van achttien jaar of ouder.

Artikel 2.16d

1. De verzekerde betaalt voor kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 een eigen bijdrage per uur, indien het betreft zorg ten huize van de verzekerde.
2. De verzekerde en haar kind betalen ieder voor kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11, voor zover die verleend wordt in een instelling zonder dat verblijf in de instelling medisch noodzakelijk is, een eigen bijdrage per dag, vermeerderd met een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag waarmee het tarief van de instelling per dag te boven gaat.

Artikel 2.16e

1. De verzekerde is voor ziekenvervoer, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, een eigen bijdrage per kalenderjaar verschuldigd.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald in welke situaties de eigen bijdrage niet van toepassing is.

Artikel 2.16f

Bij ministeriële regeling wordt de hoogte van de eigen bijdragen, bedoeld in de artikelen 2.16a en 2.16c tot en met 2.16e, vastgesteld.

§ 2. Het eigen risico

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. huisartsenzorg,
 - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
 - e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken,
 - f. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
 - g. verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
 - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.

Artikel 2.18

1. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten het vrijwillig eigen risico.
2. Onder kosten van inschrijving worden verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

Artikel 2.19

Het percentage, bedoeld in artikel 21, eerste lid, van de wet, bedraagt 100.

§ 3. De premie

Artikel 2.20

In afwijking van artikel 18, tweede lid, van de wet bedraagt het percentage, bedoeld in dat lid, niet meer dan 5%.

Hoofdstuk 3. Zorgverzekeraars

§ 1. De vereveningsbijdrage

§ 1.1. De onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in macro-deelbedragen, de totale

geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie en de totale geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico

Artikel 3.1

1. Het macro-prestatiebedrag is de som van de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag variabele zorgkosten;
 - b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten;
 - c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
2. Tot het macro-prestatiebedrag of de macro-deelbedragen behoren niet de kosten van zorg of andere verzekerde diensten die noodzakelijk zijn geworden ten gevolge van een terroristische handeling.
3. De hoogte van het macro-prestatiebedrag en van de macro-deelbedragen voor een vereveningsjaar worden jaarlijks voor 1 oktober van het daaraan voorafgaande jaar bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.2

1. De hoogte van de totale opbrengst van de nominale rekenpremie voor een vereveningsjaar wordt jaarlijks voor 1 oktober van het daaraan voorafgaande jaar bij ministeriële regeling geraamd.
2. De hoogte van de totale opbrengst van het verplicht eigen risico voor een vereveningsjaar wordt jaarlijks voor 1 oktober van het daaraan voorafgaande jaar bij ministeriële regeling geraamd.

§ 1.2. De verdeling van de macro-deelbedragen en de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de toekenning van de verevenings-bijdrage (ex ante) aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.3

Het Zorginstituut verdeelt de in artikel 3.1 genoemde macro-deelbedragen op de bij en krachtens de artikelen 3.4 tot en met 3.8 bepaalde wijze in deelbedragen.

Artikel 3.4

1. Het Zorginstituut verdeelt het macro-deelbedrag variabele zorgkosten aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, HKG's, FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, AVI, SES, MHK, regio, PPA, FDG en MVV.
2. Onze Minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.
3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.5

Het Zorginstituut verdeelt het macro-deelbedrag vaste zorgkosten over de zorgverzekeraars aan de hand van de geraamde verzekerdenaantallen voor het betreffende vereveningsjaar.

Artikel 3.6

1. Het Zorginstituut verdeelt het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, DKG's psychische aandoeningen, FKG's psychische aandoeningen, AVI, SES, PPA, GGZ-regio en GGZ-MHK.
2. Onze Minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.7

[Vervallen per 30-09-2016]

Artikel 3.7a

[Vervallen per 30-09-2017]

Artikel 3.8

1. In afwijking van de artikelen 3.4 en 3.6 worden verzekerden die in het buitenland wonen:
 - a. ingedeeld in de klassen «Geen FKG», «Geen FKG psychische aandoeningen», «Geen HKG», «Geen primaire DKG», «Geen secundaire DKG», «Geen DKG psychische aandoeningen», «Geen FDG»;
 - b. niet ingedeeld bij de criteria regio, GGZ-regio, SES en PPA.
2. De bij de klassen, bedoeld in het eerste lid, behorende gewichten voor de verzekerden, bedoeld in het eerste lid, worden op bij ministeriële regeling bepaalde wijze door het Zorginstituut vastgesteld.

Artikel 3.9

Het Zorginstituut sommeert de ingevolge de artikelen 3.3 tot en met 3.8 aan een zorgverzekeraar toegerekende deelbedragen tot één normatief bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.10

1. Het Zorginstituut brengt vervolgens op het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9, in mindering de voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie en de voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico.
2. De raming van de opbrengst van de nominale rekenpremie en van het verplicht eigen risico vindt plaats op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze.
3. Het Zorginstituut kent aan de zorgverzekeraar een vereveningsbijdrage toe ter hoogte van de uitkomst van de berekening, bedoeld in het eerste lid.
4. Het Zorginstituut deelt aan de zorgverzekeraar het berekende normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9, en de toegekende vereveningsbijdrage, bedoeld in het derde lid, mee en geeft hierbij aan welke bedragen, bedoeld in het eerste lid, bij de toekenning van de vereveningsbijdrage zijn betrokken.

Artikel 3.10a

Het Zorginstituut kan het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9, en de toegekende vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 3.10, in het vereveningsjaar herzien op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen.

§ 1.3. De herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage (ex post) aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.11

1. Na het vereveningsjaar herberekent het Zorginstituut de deelbedragen, bedoeld in de artikelen 3.4 en 3.6, op de bij en krachtens dit artikel en de artikelen 3.12 tot en met 3.14 bepaalde wijze.

2. Met inachtneming van het bepaalde bij en krachtens de artikelen 3.13, 3.14 en 3.15, eerste lid, bepaalt het Zorginstituut de over het vereveningsjaar gerealiseerde kosten per cluster van prestaties voor alle zorgverzekeraars tezamen.
3. Tot de gerealiseerde kosten behoren niet:
 - a. de als zodanig bij ministeriële regeling aangewezen voor rekening van de verzekerden gekomen kosten;
 - b. de als zodanig bij ministeriële regeling aangewezen rentekosten; en
 - c. kosten waarvoor bijdragen als bedoeld in artikel 3.23 zijn verstrekt.
4. Het Zorginstituut corrigeert de geraamde kosten per cluster van prestaties voor het werkelijke aantal verzekerden in het vereveningsjaar, hun werkelijke verzekerdenkenmerken en de krachtens het vijfde lid bepaalde gewichten.
5. Bij ministeriële regeling worden ten behoeve van de herberekening, bedoeld in het eerste lid, regels gesteld over de wijze van vaststelling van de werkelijke verzekerdenkenmerken, bedoeld in het vierde lid en de bepaling van gewichten die worden toegekend aan klassen van de in paragraaf 1.2 van dit hoofdstuk genoemde criteria.
6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald in welke mate een verzekerde die niet gedurende het gehele vereveningsjaar bij een zorgverzekeraar verzekerd is of die gedurende het vereveningsjaar bij meerdere zorgverzekeraars tegelijk verzekerd is, voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage meetelt.

Artikel 3.12

1. Ten behoeve van de herberekening, bedoeld in artikel 3.11, eerste lid:
 - a. corrigeert het Zorginstituut de deelbedragen, bedoeld in de artikelen 3.4 en 3.6, voor het werkelijke aantal verzekerden van de zorgverzekeraar, hun werkelijke verzekerdenkenmerken en de gewichten toegekend aan klassen van toepasselijke criteria, en
 - b. vermenigvuldigt het Zorginstituut vervolgens ieder gecorrigeerd deelbedrag met een factor gelijk aan het quotiënt van de gerealiseerde kosten, bedoeld in artikel 3.11, tweede lid, en de gecorrigeerde geraamde kosten, bedoeld in artikel 3.11, vierde lid, van het bij het deelbedrag behorende cluster van prestaties.
2. Het Zorginstituut vermindert ieder op grond van het eerste lid voor een zorgverzekeraar berekend deelbedrag met een bedrag dat het als volgt berekent:
 - a. het Zorginstituut berekent het verschil tussen de gerealiseerde kosten, bedoeld in artikel 3.11, tweede lid, en de gecorrigeerde geraamde kosten, bedoeld in artikel 3.11, vierde lid, voor het met het deelbedrag overeenkomende cluster van prestaties;
 - b. het Zorginstituut deelt de onder a verkregen uitkomst door het totaal aantal in het vereveningsjaar ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar de onder b verkregen uitkomst met het aantal in het vereveningsjaar bij die verzekeraar ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
3. Indien in andere artikelen of artikelleden van dit hoofdstuk de clausule «het herberekende deelbedrag» voor een in die artikelen of artikelleden genoemd cluster van prestaties wordt gebruikt, wordt daarmee bedoeld het op grond van het eerste en tweede lid voor het desbetreffende cluster van prestaties berekende bedrag.

Artikel 3.12a

1. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het Zorginstituut op de gerealiseerde kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van een verzekerde hogekostencompensatie toepast.

2. De hogekostencompensatie betreft een bij regeling, bedoeld in het eerste lid, vastgesteld percentage van de gerealiseerde kosten van de verzekerde die de daarvoor op grond van die regeling geldende drempelwaarde, te boven gaan.
3. Het Zorginstituut verlaagt de op grond van artikel 3.12 herberekende deelbedragen voor het cluster «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» op een bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, bepaalde wijze, ter bekostiging van de toe te passen hogekostencompensatie.
4. Het Zorginstituut past vervolgens de hogekostencompensatie toe op de op grond van artikel 3.12 herberekende deelbedragen voor het cluster «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» op een bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, bepaalde wijze.

Artikel 3.13

Voor zover deze onder een zorgverzekering worden gedekt, deelt het Zorginstituut bij ministeriële regeling te bepalen soorten kosten van zorg en overige diensten die niet zonder meer aan een bepaalde kostencategorie kunnen worden toegedeeld, overeenkomstig een bij die regeling te bepalen verdeelsleutel toe aan de variabele zorgkosten, de vaste zorgkosten of de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Artikel 3.14

Het Zorginstituut merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van medisch-specialistische zorg, kosten aan als variabele zorgkosten.

Artikel 3.15

1. Het Zorginstituut merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van medisch-specialistische zorg, kosten aan als vaste zorgkosten.
2. Het Zorginstituut herberekent het deelbedrag vaste zorgkosten aan de hand van de gerealiseerde verzekerdenaantallen.
3. Het Zorginstituut calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de vaste zorgkosten in het betreffende jaar enerzijds, en het op grond van het tweede lid herberekende deelbedrag vaste zorgkosten anderzijds, leidende tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.17

[Vervallen per 30-09-2016]

Artikel 3.18

1. Het Zorginstituut sommeert de ingevolge artikel 3.12 herberekende deelbedragen voor de clusters «variabele zorgkosten» en «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» en het op grond van artikel 3.15 berekende nieuwe deelbedrag tot één normatief bedrag per zorgverzekeraar.
2. Het Zorginstituut sommeert bij toepassing van artikel 3.12a, in afwijking van het eerste lid, het ingevolge artikel 3.12 herberekende deelbedrag voor het cluster «variabele zorgkosten», het na toepassing van artikel 3.12a resulterende deelbedrag voor het cluster «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» en het op grond van artikel 3.15 berekende nieuwe deelbedrag tot één normatief bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.19

1. Het Zorginstituut brengt vervolgens op het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.18, in mindering de voor de zorgverzekeraar naar gerealiseerde verzekerdenaantallen berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en de voor de zorgverzekeraar naar gerealiseerde verzekerdenaantallen genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico.
2. De berekening van de naar gerealiseerde verzekerdenaantallen berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en van de naar gerealiseerde verzekerdenaantallen genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico, vindt plaats op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze.
3. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage vast op de uitkomst van de berekening, bedoeld in het eerste lid.
4. Het Zorginstituut deelt aan de zorgverzekeraar het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.18, en de vastgestelde vereveningsbijdrage, bedoeld in het derde lid, mee en geeft hierbij aan welke bedragen, bedoeld in het eerste lid, bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage zijn betrokken.

§ 1.4. Nadere bepalingen met betrekking tot §1.3

Artikel 3.20

1. Het Zorginstituut kan het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.18, en de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 3.19, ten behoeve van een zorgverzekeraar voorlopig vaststellen.
2. Het Zorginstituut kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in het eerste lid de nacalculatie, bedoeld in artikel 3.15, achterwege laten.
3. Artikel 3.19, vierde lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 3.21

1. Waar het Zorginstituut bij de berekening van het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9 of 3.18, ten behoeve van een zorgverzekeraar gebruik maakt van historische gegevens, kan hij, indien die gegevens niet beschikbaar zijn, uitgaan van een andere basis die een goede benadering geeft van de ontbrekende historische gegevens.
2. Indien het toepassen van historische gegevens tot onredelijke en niet-beoogde uitkomsten leidt, is het Zorginstituut bevoegd om uit te gaan van een alternatieve basis.

§ 1.5. Aanvullingen op de vereveningsbijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.22

1. In aanvulling op de vereveningsbijdrage, bedoeld in de artikelen 3.10 en 3.19, verstrekt het Zorginstituut een uitkering in verband met uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar.
2. De uitkering is gelijk aan een jaarlijks bij ministeriële regeling te bepalen bedrag, vermenigvuldigd met het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar op 1 juli van het jaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft.

Artikel 3.23

1. In aanvulling op de vereveningsbijdrage, bedoeld in de artikelen 3.10 en 3.19, kan het Zorginstituut een bijdrage verstrekken in verband met een substantieel verschil tussen kosten en deelbedrag per verzekeraar dat rechtstreeks verband houdt met hogere kosten van verzekerden als gevolg van een zeer uitzonderlijke omstandigheid.
2. Ingevolge het eerste lid worden geen bijdragen verstrekt dan nadat bij ministeriële regeling is

vastgesteld dat sprake is van een ramp die niet opgevangen kan worden binnen de reguliere wijze van vaststelling van de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars.

3. Bij ministeriële regeling wordt de wijze waarop het Zorginstituut de bijdrage, bedoeld in het eerste lid vaststelt, geregeld.

Artikel 3.24

[Vervallen per 29-12-2011]

Hoofdstuk 3a. De compensatie voor het verplicht eigen risico

Artikel 3a.1

[Vervallen per 04-02-2015]

Artikel 3a.2

[Vervallen per 04-02-2015]

Artikel 3a.3

[Vervallen per 04-02-2015]

Artikel 3a.4

[Vervallen per 04-02-2015]

Hoofdstuk 3b. Aanwijzing van vormen van zorg die niet medisch noodzakelijk zijn voor bepaalde groepen vreemdelingen

Artikel 3b.1

Als vormen van zorg als bedoeld in artikel 122a, tweede lid, van de wet worden aangewezen:

- a. genderbehandelingen;
- b. in-vitrofertilisatiebehandelingen.

Hoofdstuk 4. Slotbepalingen

Artikel 4.1

Bij de inwerkingtreding van de wet kunnen voor een zorgverzekeraar die als nieuwe rechtspersoon de wet uitvoert de gegevens van zijn rechtsvoorganger worden aangemerkt als historische gegevens.

Artikel 4.2

De rijksbelastingdienst verstrekt aan de zorgverzekeraar op een verzoek als bedoeld in artikel 89, eerste lid, van de wet het persoonsgegeven dat een persoon als niet-ingezetene aan de loonbelasting is onderworpen ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid dan wel als niet-ingezetene aan de inkomstenbelasting is onderworpen ter zake van in Nederland verrichte beroepswerkzaamheden anders dan in dienstbetrekking.

Artikel 4.3

[Vervallen per 19-12-2012]

Artikel 4.4

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit zorgverzekering.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 28 juni 2005

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ,
J. F. Hoogervorst

Uitgegeven de tweede augustus 2005

De Minister van Justitie a.i. ,
M. C. F. Verdonk