

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. *het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's*: de kosten van bij ministeriële regeling aangewezen B-dbc's;
- h. *het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp*: de variabele kosten van 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, dit alles voor zover de kosten van deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen en niet vallen onder de kosten, bedoeld in onderdeel g;
- i. *het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging*: de vaste kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover de kosten van deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen en niet vallen onder de kosten, bedoeld in onderdeel g;
- j. *het macro-deelbedrag 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, voor zover de kosten van deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen;
- k. *het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties*: de kosten van de overige prestaties die voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen;

- l. *cluster van prestaties*: het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen B-DBC's, bedoeld in onderdeel g, het cluster «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp», het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging», het cluster «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» of het cluster «overige prestaties»;
- m. *deelbedrag*: een bedrag dat een zorgverzekeraar voor een cluster van prestaties ontvangt;
- n. *leeftijd en geslacht*: vereveningscriteria op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van hun leeftijd en geslacht;
- o. *FKG's*: farmaceutische kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;
- p. *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;
- q. *DKG's*: diagnose kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen van aandoeningengroepen die geïdentificeerd zijn op grond van uitgevoerde diagnose behandeling combinaties;
- r. *aard van het inkomen*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van de aard van hun inkomen;
- s. *SES*: sociaaleconomische status, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van het aantal personen op een adres, hun leeftijd en het inkomen per adres;
- t. *éénpersoonsadres*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in een klasse «woont op een adres waarop één persoon is ingeschreven» of in een klasse «woont niet op een adres waarop één persoon is ingeschreven»;
- u. *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 zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en gezondheid;
- v. *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;
- w. *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;
- x. *hogekostencompensatie*: het verrekenen met het Zorgverzekeringsfonds van een bij ministeriële regeling te bepalen percentage van de kosten van verzekerden met betrekking tot in dit besluit genoemde deelbedragen, voor zover zij uitgaan boven een bij ministeriële regeling te omschrijven drempel;
- y. *nacalculatie*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil tussen gerealiseerde kosten en het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar, per onderscheiden cluster van prestaties.

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.
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.

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 Terrorisemeschaden 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 Terrorisemeschaden 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, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede dyslexiezorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b 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°. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
 - 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;
 - 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 verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, 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 geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
 - d. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar omvat.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
 3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een zitting eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage betaalt. Daarbij kan worden bepaald dat hij die bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangegeven maximum.

Artikel 2.5

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 gemeoid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeerde inkomsten.

Artikel 2.5a

1. Dyslexiezorg omvat zorg in verband met ernstige dyslexie aan kinderen van zeven jaar of ouder die basisonderwijs volgen.
2. In afwijking van het eerste lid behoort dyslexiezorg niet tot de te verzekeren prestaties indien deze zorg aanvangt:
 - a. in 2009: op of na het bereiken van de negenjarige leeftijd;
 - b. in 2010: op of na het bereiken van de tienjarige leeftijd;
 - c. in 2011: op of na het bereiken van de elfjarige leeftijd;
 - d. in 2012: op of na het bereiken van de twaalfjarige leeftijd;
 - e. in 2013: op of na het bereiken van de dertienjarige leeftijd.

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 slechts het volgen van het programma een keer per kalenderjaar.

Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering.
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 negen behandelingen.
3. 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 jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
4. 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.
5. 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 behandeluren per jaar.
6. Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandeluren per jaar.

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 en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, 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 tweeëntwintig 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 aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, 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. 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 niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
- 5.** Mondzorg omvat voor verzekerden van tweeëntwintig 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 en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak.
- 6.** Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste of vijfde lid, onderdeel b.

Artikel 2.8

- 1.** Farmaceutische zorg omvat terhandstelling 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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - 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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, 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;
 - 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, eerste lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, 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. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel 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. Bij ministeriële regeling wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

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.
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt ter grootte van:
 - a. 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;
 - b. een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten.

Artikel 2.10

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 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 365 dagen.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

Artikel 2.11

1. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die

noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Artikel 2.12

1. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verzorging, omdat verzorging tevens 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.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, 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 bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
 - c. 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 bijzondere ziektekostenverzekering 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 bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
 - d. 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, b of c.
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 ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
 - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie 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.
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 d, 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 zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.15

1. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, per auto of met een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel.
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.

Artikel 2.16

Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, een eigen bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangegeven maximum.

Artikel 2.16a

Als vormen van zorg of overige diensten waarvoor de zorgverzekeraar desgevraagd een persoonsgebonden budget verstrekt, worden aangewezen:

- a. hulpmiddelenzorg bestaande uit de op grond van artikel 2.9 omschreven hulpmiddelen voor zover deze middelen aangewezen zijn ter compensatie van een ernstige visuele beperking;
- b. geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening, tenzij deze zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in artikel 2.10.

§ 2. Het eigen risico

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten vallen buiten het verplicht eigen risico betreffen:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, en
 - c. mondzorg bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen.
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, of
 - b. de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de wet, is 31 december.
4. In afwijking van het derde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de in het derde lid genoemde dag is ingediend.

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 20, eerste lid, van de wet, bedraagt 100.

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 vrijwillig eigen risico

Artikel 3.1

1. Het macro-prestatiebedrag is de som van de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's;
 - b. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;
 - c. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
 - d. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;
 - e. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties.
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 jaar 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 jaar wordt jaarlijks voor 1 oktober van het daaraan voorafgaande jaar bij ministeriële regeling geraamd.
2. De hoogte van de totale opbrengst van het vrijwillig eigen risico voor een jaar 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 College zorgverzekeringen verdeelt de in artikel 3.1 genoemde macro-deelbedragen elk volgens de artikelen 3.4 tot en met 3.8 in deelbedragen.

Artikel 3.4

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's over de zorgverzekeraars aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES en regio.
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

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp over de zorgverzekeraars aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES en regio.
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 3.6

Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging over de zorgverzekeraars aan de hand van historische gegevens per zorgverzekeraar.

Artikel 3.7

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg over de zorgverzekeraars aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's psychische aandoeningen, aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres en GGZ-regio.
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 3.8

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties over de zorgverzekeraars aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES en regio.
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 3.9

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

Artikel 3.10

1. Het College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen kent aan de zorgverzekeraar een vereveningsbijdrage toe ter hoogte van de uitkomst van de berekening, bedoeld in het eerste lid.
4. Het College zorgverzekeringen 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.

§ 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. Ter vaststelling van de vereveningsbijdrage maakt het College zorgverzekeringen per zorgverzekeraar een herberekening van de deelbedragen, bedoeld in de artikelen 3.4 tot en met 3.8, waarbij het zich baseert op de gerealiseerde verzekerdenaantallen en de gerealiseerde kosten, en op de ingevolge dit besluit voor de onderscheiden deelbedragen relevante gegevens over het desbetreffende jaar.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het College zorgverzekeringen bij het maken van de herberekening:
 - a. voor bij die regeling te bepalen macro-deelbedragen van een andere hoogte uitgaat dan de hoogte die bij het berekenen van de toegekende vereveningsbijdragen is gehanteerd,
 - b. de gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7 en 3.8, herberekent, of,
 - c. een gedeelte van de gerealiseerde kosten buiten beschouwing laat.
3. Indien het College zorgverzekeringen voor een zorgverzekeraar niet kan beschikken over een betrouwbaar beeld van de gerealiseerde kosten, kan het, in afwijking van het eerste lid, voor de daar bedoelde herberekening uitgaan van de gerealiseerde kosten van die zorgverzekeraar in een eerder jaar.

Artikel 3.12

Het College zorgverzekeringen deelt de onder de zorgverzekering gedekte, in het buitenland gemaakte kosten voor zorg en overige diensten overeenkomstig een bij ministeriële regeling te bepalen verdeelsleutel toe aan de kosten van B-dbc's, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg of de kosten van overige prestaties.

Artikel 3.13

1. Het College zorgverzekeringen past op het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's, op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de kosten van B-dbc's enerzijds, en het resultaat na toepassing van het eerste lid anderzijds, leidende tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.14

1. Het College zorgverzekeringen merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van ziekenhuisverpleging, kosten aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de declaraties van specialisten volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

3. Het College zorgverzekeringen past op het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
4. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp enerzijds, en het resultaat na toepassing van het derde lid anderzijds, leidende tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.15

1. Het College zorgverzekeringen merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van ziekenhuisverpleging, die kosten aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging in het betreffende jaar enerzijds, en het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging anderzijds, leidende tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.16

1. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het College zorgverzekeringen op het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, op een bij die regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toepast.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg enerzijds, en het resultaat na eventuele toepassing van het gestelde in het eerste lid anderzijds.
3. Het resultaat van toepassing van het tweede lid, dan wel, indien van toepassing, van het eerste en tweede lid, leidt tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.17

1. Het College zorgverzekeringen past op het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties, op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het College zorgverzekeringen in een bij die regeling te bepalen mate nacalculeert op het verschil tussen de kosten van overige prestaties enerzijds, en het resultaat na toepassing van het eerste lid anderzijds.
3. Het resultaat van toepassing van het eerste lid, dan wel, indien van toepassing, van het eerste en tweede lid, leidt tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.18

Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge de artikelen 3.11 tot en met 3.17 herberekende, aan een zorgverzekeraar toegerekende deelbedragen tot één normatief bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.19

1. Het College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen stelt de vereveningsbijdrage vast op de uitkomst van de berekening, bedoeld in het eerste lid.
4. Het College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in het eerste lid, de hogekostencompensatie, bedoeld in de artikelen 3.13, 3.14, 3.16 of 3.17 achterwege laten of de nacalculatie, bedoeld in de artikelen 3.13 tot en met 3.17 achterwege laten.
3. Artikel 3.19, vierde lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 3.21

1. Waar het College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen een uitkering in verband met uitvoeringskosten van 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 College zorgverzekeringen een uitkering verstrekken in verband met een substantieel of structureel 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 uitkeringen verstrekt dan nadat bij ministeriële regeling is vastgesteld dat sprake is van een nationale 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 College zorgverzekeringen de uitkering,

bedoeld in het eerste lid vaststelt, geregeld.

Artikel 3.24

1. In aanvulling op de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 3.19, verstrekt het College zorgverzekeringen een bijdrage voor het onder de dekking van de zorgverzekering houden van verzekerden ten aanzien van wie niet aan de premieplicht, bedoeld in artikel 16 van de Zorgverzekeringswet, is voldaan.
2. De bijdrage, bedoeld in het eerste lid, wordt slechts verstrekt indien:
 - a. een premieschuld bestaat van zes maal de premie op maandbasis of meer;
 - b. de zorgverzekeraar ten aanzien van de verzekerden met premieschuld handelt volgens de terzake door de zorgverzekeraars vastgestelde regels dan wel anderszins aantoonbaar voldoende te hebben ingespannen om te komen tot inning van de verschuldigde premie, en
 - c. de zorgverzekering, nadat de onder a bedoelde situatie is ontstaan, gedurende het resterende deel van het kalenderjaar niet door de zorgverzekeraar is opgezegd of ontbonden, noch de dekking ervan is geschorst of beperkt.
3. De omvang van de bijdrage wordt bij ministeriële regeling bepaald.

Hoofdstuk 3a. De compensatie voor het verplicht eigen risico

Artikel 3a.1

Verzekerden hebben recht op de uitkering, bedoeld in artikel 118a, eerste lid, van de wet indien zij:

- a. in de twee opeenvolgende jaren voorafgaande aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in bij ministeriële regeling aangewezen FKG's, of
- b. in twee opeenvolgende jaren voorafgaande aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in bij ministeriële regeling aangewezen DKG's, of
- c. op 1 juli van het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zonder onderbreking meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven.

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

1. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2006, met uitzondering van artikel 2.4, eerste lid, voor zover het betreft zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch-psychologen die plegen te bieden, de eerstelijnspsychologische zorg voor zover die niet wordt verleend door een huisarts, de onderdelen d, e en f van dat lid, het derde lid van dat artikel, artikel 3.1, eerste lid, subonderdeel c, artikel 3.5 en artikel 3.11.
2. Artikel 2.4, eerste lid, voor zover het betreft zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch-psychologen die plegen te bieden, de eerstelijnspsychologische zorg voor zover die niet wordt verleend door een huisarts, de onderdelen d, e en f van dat lid, het derde lid van dat artikel, artikel 3.1, eerste lid, subonderdeel c, artikel 3.5 en artikel 3.11 treden in werking met ingang van 1 januari 2007.

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

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

Beatrix

Uitgegeven de tweede augustus 2005

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