
Regeling zorgverzekering

Geldend van 01-01-2019 t/m heden

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nr. Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Regeling zorgverzekering)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Handelende in overeenstemming met de Minister van Financiën en de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,

Gelet op de artikelen 32, vierde lid, 35, vierde lid, 38, tweede lid, 39, vierde lid, 40, vijfde, tiende en elfde lid, 43, tweede lid, 45, tweede en vierde lid, 46, eerste lid, 47, 50, vierde lid, 52, 53, 59, negende lid, 68, eerste tot en met vierde lid, 69, tweede en vijfde lid, 70, elfde lid, 75, derde en vierde lid, 87, derde en zesde lid, 88, vierde lid, 89, zesde lid, 106, derde lid, 118, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 2.4, tweede en derde lid, 2.7, zesde lid, 2.8, eerste, tweede, vijfde en zesde lid, 2.9, 2.12, tweede lid, 2.14, tweede lid, 2.16, 3.1, tweede lid, 3.3, derde lid, 3.4, tweede lid, 3.5, derde lid, 3.6, derde lid, 3.8, vierde lid, 3.9, eerste, derde, vierde en vijfde lid, 3.10, eerste en tweede lid, 3.11, eerste tot en met derde lid, 3.12, eerste tot en met derde lid, 3.15 derde lid en 3.17 van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

Hoofdstuk 1. Definities en algemene bepalingen

Artikel 1

1. Deze regeling verstaat onder:

- a. de Minister: de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. specialité: een geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening;
- c. preparaat: een geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel i, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening;
- d. branded generic: een specialité die in de handel wordt gebracht onder een benaming waarin de stofnaam is vermeld en waaraan een merkaanduiding is toegevoegd;
- e. combinatiepreparaat: een geneesmiddel dat meer dan één werkzaam bestanddeel bevat;
- f. deel IB van het registerdossier: het registerblad, inhoudende de gegevens, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdeel h, van het Besluit registratie geneesmiddelen, of het registerblad, bedoeld in deel I, onderdeel B, van de bijlage van de richtlijn nr. 75/318/EEG van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 20 mei 1975 betreffende de onderlinge aanpassing van de wetgevingen van de Lid-Staten inzake de analytische, toxicologisch-farmacologische en klinische normen en voorschriften betreffende proeven op farmaceutische specialiteiten (PbEG L 147/1);
- g. registratiehouder: degene op wiens naam een geneesmiddel in het register, bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening staat ingeschreven dan wel degene die voor een geneesmiddel een vergunning heeft ingevolge de Verordening (EEG) nr. 2309/93 van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 22 juli 1993 tot vaststelling van communautaire procedures voor het verlenen van vergunningen voor en het toezicht op geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik en tot oprichting van een Europees bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling (PbEG L 214);
- h. Taxe: de Taxe, uitgegeven door de Z-index B.V.;
- i. Defined Daily Dose: de dagdosis van een geneesmiddel, als vastgesteld onder verantwoordelijkheid van het WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology;
- j. Anatomical Therapeutic Chemical Classification: de classificatie van geneesmiddelen, samengesteld onder verantwoordelijkheid van het WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology;

- k. standaardkuur: de totale hoeveelheid van het werkzame bestanddeel van een geneesmiddel dat, blijkens de dosering, vermeld in deel IB van het registerdossier, wordt gegeven;
- l. referentiehoeveelheid: de hoeveelheid van een werkzaam bestanddeel, in een farmaceutische vorm gebracht, waarmee, gegeven de standaarddosering en het gebruikelijke aantal keren per dag dat het geneesmiddel wordt gegeven om die standaarddosering te bereiken, de gebruikelijke dagelijkse dosering kan worden bereikt, met dien verstande dat bij keuze tussen een retardvorm en een niet-retardvorm wordt uitgegaan van de niet-retardvorm;
- m. dbc: diagnose behandeling combinatie;
- n. *een rekening-courant*: een rekening in de centrale administratie van 's rijks schatkist bij het ministerie van Financiën op naam van een rekening-couranhouder, waarop dagelijks het geldelijk tegoed (positief of negatief) wordt bijgehouden van de betrokken rekening-couranhouder bij het Rijk en de mutaties in het tegoed;
- o. *de rekening-couranhouder*: het Zorginstituut;
- p. *Euribor*: de dagelijks door de European Banking Federation vastgestelde rente waartegen op de geldmarkt interbancair deposito's in euro's van verschillende looptijden worden aangeboden in landen waar de euro betaalmiddel is;
- q. *prestatie*: een prestatie als omschreven bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet;
- r. *prestatiebeschrijving*:
 - 1°. een beschrijving van de prestatie zoals die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor een zorgaanbieder is vastgesteld dan wel
 - 2°. een beschrijving van de prestatie zoals die tussen de verzekerde en de zorgaanbieder is overeengekomen indien voor die zorgaanbieder niet een prestatiebeschrijving op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg behoeft te worden vastgesteld;
- s. *declaratieregeling*: een regeling bedoeld in artikel 38, derde lid, onder b, van de Wet marktordening gezondheidszorg;
- t. *formele controle*: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:
 - 1°. een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
 - 2°. een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon,
 - 3°. een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en
 - 4°. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen;
- u. *materiële controle*: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde;
- v. *fraudeonderzoek*: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de verzekerde of de zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de verzekerde dan wel de zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben;
- w. *verhaalsrecht*: het recht van de verzekeraar op grond van artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek de schade die is veroorzaakt door anderen dan de verzekerde op deze derden te verhalen;
- x. *detailcontrole*: onderzoek door de zorgverzekeraar naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle of fraudeonderzoek;
- y. *algemene risicoanalyse*: een analyse die erop is gericht te bepalen op welke gegevens de materiële controle of het fraudeonderzoek zich zal richten;
- z. *specifieke risicoanalyse*: een analyse die erop is gericht te bepalen op welke gegevens en op welke zorgaanbieders of categorieën van zorgaanbieders de detailcontrole zich zal richten;
- aa. *verwerker*: degene bedoeld in artikel 4, onderdeel 8, van de Algemene verordening gegevensbescherming;
- bb. *grensoverschrijdende zorg*: zorg waarop de Zorgverzekeringswet recht geeft en die verzekerden buiten Nederland hebben genoten;
- cc. *rapport zorgvraagzwaarte*: algemeen aanvaard rapport over zorgvraagzwaarte;
- dd. *zorgvraagzwaarte*: zorgvraagzwaarte zoals beschreven in het rapport zorgvraagzwaarte;
- ee. *Richtlijn 2011/24/EU*: Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende

gezondheidszorg (Pb EU 2011, L 88);

ff. *gegevens over gezondheid*: gegevens over gezondheid, als bedoeld in artikel 4, onderdeel 15 van de Algemene verordening gegevensbescherming.

2. Voor de toepassing van deze regeling wordt onder mogendheid mede verstaan de Nederlandse Antillen en Aruba.

Hoofdstuk 2. Bepalingen omtrent de prestaties

§ 1. De prestaties, de eigen bijdragen en het eigen risico

§ 1.1. Geneeskundige zorg

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. met ingang van 1 januari 2020: nivolumab, voor zover verstrekt in het kader van andere behandelingen dan de toepassing als monotherapie voor de behandeling van gevorderd melanoom bij volwassenen;
- l. ibrutinib, voor zover verstrekt in het kader van de eerstelijnsbehandeling van chronisch lymfatische leukemie, met uitzondering van eerstelijnsbehandeling van chronisch lymfatische leukemie in aanwezigheid van 17p-deletie of TP53-mutatie bij patiënten voor wie chemo-immunotherapie niet geschikt is alsmede tot 1 januari 2020 met uitzondering van de eerstelijnsbehandeling van chronisch lymfatische leukemie zonder aanwezigheid van 17p-deletie of TP53-mutatie bij niet fitte patiënten voor wie toepassing van anti-CD20 niet geschikt is;
- m. met ingang van 1 januari 2020: pembrolizumab, voor zover verstrekt in het kader van andere behandelingen dan de toepassing als monotherapie voor de behandeling van gevorderd melanoom bij volwassenen;
- n. met ingang van 1 januari 2021: palbociclib, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van hormoonreceptor positieve, humaan epidermale groeifactorreceptor 2 negatieve, lokaal gevorderde borstkanker of van hormoonreceptor positieve, humaan epidermale groeifactorreceptor 2 negatieve, gemetastaseerde borstkanker;
- o. daratumumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van kanker, met uitzondering van:
 - 1°. de toepassing als monotherapie voor de behandeling van volwassen patiënten met gerecidiveerd en refractair multipel myeloom, bij wie de voorgaande behandeling bestond uit een proteasoomremmer en een immunomodulerend middel en die bij de laatste behandeling ziekteprogressie hebben vertoond;
 - 2°. tot 1 januari 2022: de toepassing in combinatie met lenalidomide en dexamethason of in combinatie met bortezomib en dexamethason voor de behandeling van volwassen patiënten met multipel myeloom die minstens één eerdere behandeling hebben gehad;
 - 3°. tot 1 januari 2022: de toepassing in combinatie met bortezomib, melfalan en prednison voor de behandeling van volwassen patiënten met nieuw gediagnosticeerd multipel myeloom die

- niet in aanmerking komen voor autologe stamceltransplantatie;
- p. nusinersen, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van 5q spinale musculaire atrofie met uitzondering van de verstrekkende tot 1 januari 2021 aan de verzekerde:
 - 1°. met de eerste symptomen van 5q spinale musculaire atrofie op een leeftijd van jonger dan zes maanden en met een ziekte duur van korter dan zesentwintig weken bij de start van de behandeling,
 - 2°. met de eerste symptomen van 5q spinale musculaire atrofie op een leeftijd van zes tot twintig maanden en een ziekte duur korter dan vierennegentig maanden bij de start van de behandeling, of
 - 3°. zuigelingen zonder symptomen van 5q spinale musculaire atrofie, met een genetische diagnose van 5q spinale musculaire atrofie en met twee of drie SMN2-kopieën;
 - q. met ingang van 1 januari 2021: ribociclib, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van hormoonreceptor positieve, humane epidermale groeifactorreceptor 2 negatieve lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker;
 - r. atezolizumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van urotheelcarcinoom;
 - s. met ingang van 1 januari 2020: atezolizumab, voor zover verstrekt in het kader van andere behandelingen dan van urotheelcarcinoom;
 - t. osimertinib, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van kanker, met uitzondering van de behandeling van volwassen patiënten met lokaal gevorderde of gemetastaseerde niet-kleincellige longkanker met een epidermale groeifactor receptor T790M-mutatie;
 - u. tisagenlecleucel, voor zover verstrekt in het kader van andere behandelingen dan de toepassing voor pediatrische en jongvolwassen patiënten tot de leeftijd van 25 jaar met refractaire B-cel acute lymfoblastaire leukemie, of met een recidief na stamceltransplantatie of met een tweede of later recidief van B-cel acute lymfoblastaire leukemie;
 - v. met ingang van 1 januari 2020: tisagenlecleucel, voor zover verstrekt in het kader van de toepassing, bedoeld in onderdeel u;
 - w. axicabtagene ciloleucel, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van kanker;
 - x. abemaciclib, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van kanker;
 - y. durvalumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van kanker;
 - z. dabrafenib, voor zover verstrekt in combinatie met trametinib in het kader van de adjuvante behandeling van volwassen patiënten met melanoom in stadium III met een BRAF V600-mutatie, na complete resectie;
 - aa. trametinib, voor zover verstrekt in combinatie met dabrafenib in het kader van de adjuvante behandeling van volwassen patiënten met melanoom in stadium III met een BRAF V600-mutatie, na complete resectie;
 - ab. voretigene neparvovec, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met visusverlies door erfelijke retinale dystrofie veroorzaakt door bevestigde bi-allelische RPE65-mutaties en die voldoende levensvatbare retinacellen hebben;
 - ac. venetoclax, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van kanker, met uitzondering van de toepassing als monotherapie:
 - 1°. voor de behandeling van chronische lymfatische leukemie in aanwezigheid van een 17p-depletie of TP53-mutatie bij volwassenen die ongeschikt zijn voor een B-celreceptorremmer of bij wie een B-celreceptorremmer heeft gefaald;
 - 2°. voor de behandeling van chronische lymfatische leukemie in afwezigheid van een 17p-depletie of TP53-mutatie bij volwassenen bij wie zowel chemo-immunotherapie als een B-celreceptorremmer heeft gefaald;
 - ad. ipilimumab, voor zover verstrekt in het kader van andere behandelingen dan de toepassing:
 - 1°. als monotherapie voor de behandeling van melanoom in een gevorderd stadium bij volwassenen en adolescenten van twaalf jaar en ouder;
 - 2°. in combinatie met nivolumab voor de behandeling van melanoom in een gevorderd stadium bij volwassenen.

Artikel 2.2

1. De zorg, bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat tevens:
 - a. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg;
 - b. tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom

- irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
- c. tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg.
 - d. van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
 - e. van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
 - f. van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
 - g. van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
 - h. van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkyliserende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
 - i. van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg.

2. Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:

- a. hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd, en
- b. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 - 1°. de verzekerde, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,
 - 2°. de verzekerde niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
 - 3°. de verzekerde heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor die verzekerde is voltooid.

Artikel 2.3

[Vervallen per 01-01-2013]

§ 1.2. Mondzorg

Artikel 2.4

[Vervallen per 01-01-2013]

§ 1.3. Farmaceutische zorg

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:

- a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.

§ 1.4. Hulpmiddelenzorg

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]

- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

Artikel 2.7

1. Indien in de artikelen 2.8 tot en met 2.36 een leeftijd is vermeld, wordt bedoeld de leeftijd van de verzekerde op het moment waarop hij zich wendt tot de aanbieder van het hulpmiddel.
2. Indien een hulpmiddel in bruikleen wordt gegeven, omvat het hulpmiddel tevens vergoeding van de kosten van vervoer van het hulpmiddel naar en van de woning van de verzekerde, van het regelmatig onderhoud ervan alsmede van de voor gebruik, ontsmetting en reiniging van de apparatuur benodigde chemicaliën.

Artikel 2.8

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel a, omvatten:

- a. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van:
 - 1°. de onderste en bovenste extremiteiten, inclusief oplaadinrichting en batterijen indien het gaat om hulpmiddelen met een energievoorziening;
 - 2°. de mamma;
 - 3°. de stembanden, voor zover deze hulpmiddelen niet vallen onder geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden;
 - 4°. het haar indien sprake is van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid als gevolg van een medische aandoening of behandeling van medische aard;
- b. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van:
 - 1°. de oogbol;
 - 2°. het gelaat.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel b, omvatten uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend, te weten:
 - a. zuurstof;
 - b. stoffen die gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel in de zin van de Wet op de medische hulpmiddelen.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat ingeval van zuurstofapparatuur tevens vergoeding van stroomkosten.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning;
 - b. apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken.

Artikel 2.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.

2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.
3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.
4. Voor signaalhonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Artikel 2.11

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel d, omvatten uitwendige hulpmiddelen met al dan niet inwendige onderdelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat ingeval van absorberende incontinentie-absorptiematerialen:
 - a. materiaal voor verzekerden van drie of vier jaar indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie;
 - b. materiaal voor verzekerden van vijf jaar en ouder, tenzij sprake is van kortdurende incontinentie of van enuresis nocturna.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. schoonmaakmiddelen en geurmiddelen;
 - b. huidbeschermende middelen anders dan bij stomapatiënten, voor zover deze niet vallen onder de te verzekeren prestatie farmaceutische zorg;
 - c. kleding, met uitzondering van netbroekjes;
 - d. plaswekkers voor de behandeling van enuresis nocturna;
 - e. beschermende onderleggers, tenzij sprake is van een

bijzondere individuele zorgvraag.

Artikel 2.12

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel e, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, toe te passen bij een ernstige aandoening, waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen.
 - b. hulpmiddelen, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed als omschreven in artikel 2.17, ter compensatie van beperkingen bij het:
 - 1°. lopen;
 - 2°. gebruiken van hand en arm;
 - 3°. veranderen en handhaven lichaamshouding;
 - 4°. zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
 - 5°. gebruik van communicatieapparatuur.
2. In het geval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor een beperkte of onzekere duur.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat niet
 - a. hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken;
 - b. eenvoudige hulpmiddelen te gebruiken bij beperkingen bij het eten en drinken;
 - c. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij de aanpassing uitsluitend een sta-opstelsysteem betreft;
 - d. eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen.

4. Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Artikel 2.13

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel f, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen;
 - 1°. in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur;
 - 2°. bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. brillenglazen of filterglazen;
 - b. brilmonturen voor brillenglazen of filterglazen;
 - c. eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven.
3. In het geval van lenzen dient:
 - a. de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen, of
 - b. bij verzekerden jonger dan achttien jaar sprake te zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.
4. In afwijking van het tweede lid, onderdeel a, omvat de zorg brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot achttien jaar, indien:
 - a. er sprake is van indicatie voor lenzen als bedoeld in het derde lid, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft,
 - b. de verzekerde aan een of beide ogen geopereerd is vanwege een lensafwijking, of
 - c. de verzekerde lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie.
5. Voor blindengeleidehonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Artikel 2.14

[Vervallen per 01-01-2013]

Artikel 2.15

[Vervallen per 01-01-2015]

Artikel 2.16

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel i, omvatten, uitsluitend voor verzekerden jonger dan eenentwintig jaar:

- a. pessaria;
- b. koperhoudende spiraaltjes.

Artikel 2.17

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel j, omvatten:
 - a. bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen;

- b. anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus;
 - c. dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen en bedtafels;
 - d. bedgalgen en hulpmiddelen voor het zelfstandig in en uit bed komen;
 - e. glij- en rollakens;
 - f. bedverkorters, -verlengers en -verhogers;
 - g. ondersteunen;
 - h. bedbeschermende onderleggers, indien het verlies van bloed en exsudaat dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen;
 - i. infuusstandaarden.
2. De hulpmiddelen, bedoeld in het eerste lid, kunnen ook worden aangewend als het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid.

Artikel 2.18

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel k, omvatten hulpmiddelen ter behandeling van stoornissen in de functies van de huid, niet zijnde hulpmiddelen voor het veranderen en handhaven van lichaamshouding en antidecubitusbedden, -matrassen en -overtrekken die vallen onder de in de artikelen 2.12 en 2.17 omschreven hulpmiddelen.
2. In geval van hulpmiddelen ter behandeling van stoornissen in de functie van de huid, zoals bedoeld in het eerste lid, dient sprake te zijn van:
- a. een complexe wond of een hoog risico daarop,
 - b. ernstige littekens, of
 - c. een chronische huidaandoening.
3. Ingeval van allergeenvrij schoeisel gaat het om volledig individueel vervaardigd schoeisel, voor zover de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met confectieschoenen.
4. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
- a. inlegzolen, en
 - b. smeerbare middelen, tenzij sprake is van behandeling van een complexe wond of een ernstig litteken.

Artikel 2.19

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel l, omvatten injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepen met toebehoren, indien sprake is van een aandoening die een langdurig gebruik van deze middelen noodzakelijk maakt, met uitzondering van gebruik bij behandeling van diabetes.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering, indien de verzekerde ten gevolge van een ernstige motorische handicap dan wel een verminderd gezichtsvermogen redelijkerwijs niet kan volstaan met een injectiespuit of injectiepen in een niet aangepaste uitvoering.

Artikel 2.20

[Vervallen per 01-01-2011]

Artikel 2.21

[Vervallen per 01-01-2010 01-01-2010]

Artikel 2.22

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel p, omvatten draagbare, uitwendige infuuspompen

met toebehoren, indien sprake is van continue parenterale toediening in de thuissituatie van een geneesmiddel dat valt onder de farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van insuline.

Artikel 2.23

[Vervallen per 01-01-2015]

Artikel 2.24

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel r, omvatten, indien het gebruik om medische redenen aangewezen is:
 - a. niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren;
 - b. uitwendige voedingspompen met toebehoren;
 - c. uitwendige toebehoren, benodigd bij de toediening van parenterale voeding.
2. Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid omvatten geen voedings-, genees- en verbandmiddelen.

Artikel 2.25

[Vervallen per 01-01-2009]

Artikel 2.26

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel t, omvatten:

- a. [vervallen;]
- b. [vervallen;]
- c. [vervallen;]
- d. [vervallen;]
- e. [vervallen;]
- f. [vervallen;]
- g. opname- en voorleesapparatuur, zijnde daisy-spelers of daisy-programmatuur voor dyslectici;
- h. [vervallen;]
- i. [vervallen;]
- j. signaleringsapparatuur en een alarmeringssysteem, zijnde:
 - 1°. [vervallen;]
 - 2°. persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamenlijk gehandicapten, indien de lichamenlijk gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert.

Artikel 2.27

[Vervallen per 01-01-2010 01-01-2010]

Artikel 2.28

[Vervallen per 01-01-2010 01-01-2010]

Artikel 2.29

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel hh, omvatten:

- a. vergoeding van de kosten voor de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- b. vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

§ 1.4a. Zvw-pgb

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste 23 euro per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

- a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;
- b. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
 - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
 - a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.

§ 1.5. De eigen bijdragen

Artikel 2.30

[Vervallen per 01-01-2014]

Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftieng procent van de kosten van die voorziening.
3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
 - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

Artikel 2.32

1. De eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen bedraagt de kosten van dat geneesmiddel, voor zover de toepasselijke vergoedingslimiet, omgerekend naar de desbetreffende hoeveelheid, lager is dan de inkoop prijs die vermeld staat in de Taxe, verhoogd met de over het verschil verschuldigde omzetbelasting.
2. In de jaren 2019, 2020 en 2021 is de verzekerde voor geneesmiddelen als bedoeld in het eerste lid niet meer dan € 250 aan eigen bijdragen per kalenderjaar verschuldigd.
3. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt voor die overeenkomst het bedrag, bedoeld in het tweede lid, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
4. Het op grond van het derde lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Artikel 2.33

1. Indien de aanschaffingskosten van hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van haar hoger zijn dan € 436 bedraagt de eigen bijdrage het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.
2. De eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde van achttien jaar of ouder bedraagt vijftieng procent van de aanschaffkosten.
3. De eigen bijdrage voor orthopedische en allergeenvrij schoenen bedraagt:
 - a. € 131 per paar, indien de verzekerde zestien jaar of ouder is;
 - b. € 65,50 per paar, indien de verzekerde jonger is dan zestien jaar.
4. De eigen bijdrage voor lenzen en brillenglazen bedraagt:
 - a. € 58,50 per lens, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
 - b. € 117 per kalenderjaar, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd bedraagt de eigen bijdrage € 58,50 per kalenderjaar;

- c. € 58,50 per brillenglas, met een maximum van € 117 per kalenderjaar.

Artikel 2.34

[Vervallen per 01-01-2013]

Artikel 2.35

[Vervallen per 01-01-2013]

Artikel 2.36

1. De eigen bijdrage voor kraamzorg ten huize van de verzekerde bedraagt € 4,40 per uur.
2. De eigen bijdrage voor kraamzorg verleend in een instelling zonder dat verblijf in de instelling medisch noodzakelijk is, bedraagt voor zowel de moeder als het kind € 17,50 per dag, die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 125 per dag te boven gaat.

Artikel 2.37

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,30 per kilometer.
2. De eigen bijdrage voor ziekenvervoer bedraagt € 103 per kalenderjaar.
3. De eigen bijdrage is niet verschuldigd:
 - a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg is opgenomen naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
 - b. voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
 - c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

§ 1.6. Het eigen risico

Artikel 2.38

Als gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma, bedoeld in artikel 2.17, tweede lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, worden aangewezen programma's met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken.

§ 2. De regels voor indeling van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en voor de berekening van de vergoedingslimieten

Artikel 2.39

Bij de aanwijzing op grond van artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering en bij de toepassing van deze paragraaf wordt uitsluitend acht geslagen op:

- a. deel IB van het registerdossier,

- b. de publicaties onder auspiciën van de World Health Organization over de Defined Daily Dose en de Anatomical Therapeutical Chemical Classification,
- c. de in medisch-farmaceutische kringen gebruikelijke farmacologische en farmacotherapeutische handboeken,
- d. publicaties in tijdschriften die in medisch-farmaceutische kringen als betrouwbare bronnen voor geneesmiddeleninformatie gelden,
- e. gegevens afkomstig van farmaco-economisch onderzoek, en
- f. andere gegevens en bescheiden die voldoen aan de regels ingevolge artikel 2, zesde lid, van het Besluit registratie geneesmiddelen.

Artikel 2.40

1. Geneesmiddelen worden als onderling vervangbaar aangemerkt, indien zij:
 - a. bij een gelijksoortig indicatiegebied kunnen worden toegepast,
 - b. via een gelijke toedieningsweg worden toegediend, en
 - c. in het algemeen voor dezelfde leeftijdscategorie zijn bestemd.
2. Bij de toedieningswegen wordt een onderscheid gemaakt in toediening door middel van injectie waarbij systemisch het gewenste effect wordt beoogd, toediening niet door middel van een injectie waarbij systemisch het gewenste effect wordt beoogd, toediening door middel van injectie waarbij lokaal het gewenste effect wordt beoogd en toediening niet door middel van een injectie waarbij lokaal het gewenste effect wordt beoogd.
3. In afwijking van het eerste en tweede lid worden geneesmiddelen niet als onderling vervangbaar aangemerkt, indien:
 - a. tussen die geneesmiddelen verschillen in eigenschappen bestaan,
 - b. deze verschillen in eigenschappen zich voordoen of kunnen voordoen bij de gehele patiëntenpopulatie, bij welke de geneesmiddelen kunnen worden toegepast, en
 - c. uit de gegevens en bescheiden, bedoeld in artikel 2.39, blijkt dat deze verschillen in eigenschappen, tezamen genomen, bepalend zijn voor de keuze van het geneesmiddel door de arts.
4. In afwijking van het eerste en tweede lid worden geneesmiddelen die behoren tot een subgroep die alleen uit preparaten bestaat of alleen uit specialités onder dezelfde merknaam, niet als onderling vervangbaar beschouwd.
5. In afwijking van het eerste, tweede en derde lid wordt een combinatiepreparaat als onderling vervangbaar aangemerkt met een in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen opgenomen geneesmiddel, niet zijnde een combinatiepreparaat, dat een werkzaam bestanddeel bevat dat voorkomt in het combinatiepreparaat, indien:
 - a. alle werkzame bestanddelen van het combinatiepreparaat voorkomen in geneesmiddelen, niet zijnde combinatiepreparaten, die zijn opgenomen in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, en
 - b. de in onderdeel a bedoelde geneesmiddelen langs dezelfde toedieningsweg worden toegediend en in het algemeen voor dezelfde leeftijdscategorie zijn bestemd als het combinatiepreparaat.
6. Het vijfde lid is niet van toepassing op combinatiepreparaten van oestrogenen en progestagenen en combinatiepreparaten van thiazide- en kaliumsparende diuretica.

Artikel 2.41

1. Voor de berekening van een vergoedingslimiet wordt uitgegaan van een standaarddosis van het werkzame bestanddeel van het geneesmiddel.
2. De standaarddosis wordt bepaald op basis van de Defined Daily Dose, tenzij de Defined Daily Dose lager is dan de in Nederland geadviseerde minimale dosering of hoger is dan de in

Nederland geadviseerde maximale dosering.

3. Indien een werkzaam bestanddeel onder verschillende zout- of estervormen in de handel is en bij de Defined Daily Dose geen onderscheid is gemaakt naar de zout- of estervorm, wordt de standaarddosering voor de verschillende zout- of estervormen, voor zover mogelijk, herleid tot de zout- of estervorm die het meest voorkomt in de in artikel 2.39 genoemde bronnen.
4. Voor uitwendig toegepaste dermatologica geldt als standaarddosering 1 gram, 1 ml of 100 cm², afhankelijk van de gehanteerde hoeveelheidsmaat.
5. De standaarddosering wordt zoveel mogelijk vastgesteld met overeenkomstige toepassing van de methodiek, gehanteerd bij de vaststelling van de Defined Daily Dose, indien:
 - a. voor een geneesmiddel geen Defined Daily Dose is vastgesteld, of
 - b. de Defined Daily Dose lager is dan de in Nederland geadviseerde minimale dosering of hoger is dan de in Nederland geadviseerde maximale dosering.
6. In afwijking van het eerste tot en met vijfde lid wordt bij geneesmiddelen waarvoor geldt dat de duur van de medicatie wordt bekort door de hoeveelheid per dag gegeven werkzame bestanddelen te verhogen, uitgegaan van de standaardkuur.
7. De vergoedingslimiet van een geneesmiddel wordt opnieuw vastgesteld, indien:
 - a. de Defined Daily Dose van dat geneesmiddel bij een herziening van de Defined Daily Doses van een categorie van geneesmiddelen in de Anatomical Therapeutic Chemical Classification op niveau 4 wordt gewijzigd ten opzichte van de Defined Daily Dose waarvan eerder bij de bepaling van de standaarddosering was uitgegaan,
 - b. voor dat geneesmiddel de standaarddosering was bepaald overeenkomstig het vijfde lid, aanhef en onderdeel a, en voor dat geneesmiddel een Defined Daily Dose wordt vastgesteld, of
 - c. wijziging optreedt in de in Nederland geadviseerde minimale of maximale dosering van een geneesmiddel, bedoeld in het vijfde lid, aanhef en onderdeel b, en die wijziging zou leiden tot een andere standaarddosering dan die waarvan bij de indeling van dat geneesmiddel in de desbetreffende groep van onderling vervangbare geneesmiddelen is uitgegaan.
8. Indien de Defined Daily Dose van een geneesmiddel of van geneesmiddelen, van de prijs waarvan is uitgegaan voor de berekening van een vergoedingslimiet, bij een herziening van de Defined Daily Dose van een categorie van geneesmiddelen in de Anatomical Therapeutic Chemical Classification op niveau 4 wordt gewijzigd, wordt de vergoedingslimiet voor de groep onderling vervangbare geneesmiddelen waartoe dat geneesmiddel behoort, opnieuw vastgesteld. Bij de berekening van de nieuwe vergoedingslimiet worden slechts betrokken de geneesmiddelen die betrokken zijn bij de eerdere berekening van de vergoedingslimiet.

Artikel 2.42

1. Voor zover een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen bestaat uit geneesmiddelen die voor 1 oktober 1998 geregistreerd waren en de prijs daarvan voorkwam in de op dat tijdstip geldende Taxe, wordt voor de berekening van de vergoedingslimiet voor de tot die groep behorende geneesmiddelen uitgegaan van de prijzen, vermeld in de bedoelde Taxe.
2. Indien een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen bestaat uit geneesmiddelen die na het in het eerste lid bedoelde tijdstip geregistreerd zijn of waarvan de prijs voor het eerst voorkwam in een na dat tijdstip verschenen Taxe, wordt voor de berekening van de vergoedingslimiet voor de tot die groep behorende geneesmiddelen uitgegaan van de prijs van het geneesmiddel, waarvan de prijs het eerst in de Taxe is vermeld.
3. Bij de berekening van de vergoedingslimiet worden de prijzen van parallel geïmporteerde geneesmiddelen en van combinatiepreparaten als bedoeld in artikel 2.40, vijfde lid, buiten beschouwing gelaten.

Artikel 2.43

1. Per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen wordt een gemiddelde prijs berekend.
2. Voor de berekening van de gemiddelde prijs wordt de groep verdeeld in subgroepen van geneesmiddelen die hetzelfde werkzame bestanddeel of dezelfde combinatie van werkzame bestanddelen hebben.
3. Binnen een subgroep wordt voor de specialités met eenzelfde merknaam, met uitzondering van de branded generics, een gemiddelde prijs per standaarddosis berekend.
4. Binnen een subgroep wordt voor andere geneesmiddelen dan die, bedoeld in het derde lid, een gemiddelde prijs per standaarddosis berekend. Die prijs is het gemiddelde van de laagste prijzen van de geneesmiddelen in dezelfde farmaceutische vorm.
5. Per subgroep worden de ingevolge het derde en vierde lid berekende gemiddelde prijzen per standaarddosis opgeteld en wordt die uitkomst gemiddeld, zodat een prijs per subgroep wordt verkregen.
6. Indien in de Taxe voor een specialité meer dan één prijs wordt vermeld, wordt uitgegaan van de laagste prijs.

Artikel 2.44

1. Indien de groep van onderling vervangbare geneesmiddelen bestaat uit slechts één subgroep, is de in artikel 2.43, vijfde lid, bedoelde prijs per subgroep de basis voor de berekening van de vergoedingslimiet van de tot die groep behorende geneesmiddelen.
2. Indien de groep van onderling vervangbare geneesmiddelen bestaat uit meer dan één subgroep, worden, indien:
 - a. de geneesmiddelen behoren tot één categorie in de Anatomical Therapeutic Chemical Classification op niveau 4, alle prijzen per subgroep bij elkaar opgeteld en wordt vervolgens het gemiddelde ervan berekend;
 - b. de geneesmiddelen behoren tot verschillende categorieën op niveau 4 van de Anatomical Therapeutic Chemical Classification, de prijzen voor de verschillende subgroepen, voor zover behorend tot dezelfde categorie, gemiddeld, worden de aldus berekende prijzen voor de afzonderlijke categorieën opnieuw gemiddeld en vormt het aldus verkregen gemiddelde de berekeningsbasis voor de bepaling van de vergoedingslimiet.

Artikel 2.45

1. Indien er binnen een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een geneesmiddel is, waarvan de prijs per standaarddosis gelijk is aan de in artikel 2.44 bedoelde berekeningsbasis, is de vergoedingslimiet voor de geneesmiddelen uit die groep gelijk aan de prijs per standaarddosis van dat geneesmiddel.
2. Indien er binnen een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen geen geneesmiddel is waarvan de prijs per standaarddosis gelijk is aan de in artikel 2.44 bedoelde berekeningsbasis, is de vergoedingslimiet voor de geneesmiddelen uit die groep gelijk aan de prijs per standaarddosis van het geneesmiddel die zo dicht mogelijk onder de berekeningsbasis ligt.

Artikel 2.46

1. Indien van een geneesmiddel verschillende toedieningssterkten bestaan, wordt de vergoedingslimiet, berekend overeenkomstig de artikelen 2.41 tot en met 2.45, voor het geneesmiddel met de kleinste toedieningssterkte gecorrigeerd door de ongecorrigeerde vergoedingslimiet te vermenigvuldigen met $\frac{2}{10}$ maal het quotiënt van de referentiehoeveelheid en de kleinste toedieningssterkte van dat geneesmiddel, vermeerderd met $\frac{8}{10}$.
2. Voor geneesmiddelen die voor andere leeftijdscategorieën dan volwassenen zijn bestemd, is de referentiehoeveelheid de hoeveelheid die voorkomt in het preparaat van de hoogste hoeveelheid

van die andere leeftijdscategorieën.

3. De dimensie van de referentiehoeveelheid moet gelijk zijn aan de dimensie van de kleinste toedieningsvorm.
4. Bij geneesmiddelen als bedoeld in de artikelen 2.40, vijfde lid, en 2.41, zesde lid, blijven het eerste tot en met het derde lid buiten toepassing.

Artikel 2.47

1. De vergoedingslimiet van een combinatiepreparaat als bedoeld in artikel 2.40, vijfde lid, is gelijk aan de som van de vergoedingslimieten voor de geneesmiddelen, niet zijnde combinatiepreparaten, die de werkzame bestanddelen bevatten die in het combinatiepreparaat voorkomen en die langs dezelfde toedieningsweg worden toegediend en in het algemeen voor dezelfde leeftijdscategorie zijn bestemd als het combinatiepreparaat.
2. Indien de in het eerste lid bedoelde geneesmiddelen die geen combinatiepreparaten zijn, een in het combinatiepreparaat voorkomend werkzaam bestanddeel bevatten in een andere hoeveelheid of in een andere toedieningsvorm dan die welke in het combinatiepreparaat voorkomt, wordt uitgegaan van de vergoedingslimieten, die voor die geneesmiddelen zouden hebben gegolden indien die geneesmiddelen dat werkzame bestanddeel zouden hebben bevat in de hoeveelheid en de toedieningsvorm die in het combinatiepreparaat voorkomt.

Artikel 2.48

Voor zover de toepassing van de artikelen 2.40 tot en met 2.47 naar het oordeel van de Minister tot een uitkomst leidt die niet in overeenstemming is met de strekking daarvan, kan de Minister een besluit nemen in afwijking daarvan.

Artikel 2.49

[Vervallen per 01-01-2013]

§ 3. De aanvraagprocedure voor aanwijzing geregistreerde geneesmiddelen

Artikel 2.50

1. De registratiehouder kan bij de Minister een aanvraag indienen om een geneesmiddel aan te wijzen ingevolge artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering.
2. De aanvraag geschiedt met gebruikmaking van een door de Minister vast te stellen formulier. Daarbij worden de gegevens en de bescheiden verschaft die voor de beslissing op de aanvraag nodig zijn. De datum van ontvangst wordt aan de aanvrager meegedeeld.
3. Indien de overgelegde gegevens en bescheiden onvoldoende zijn, stelt de Minister de aanvrager in de gelegenheid binnen een door hem te bepalen termijn de aanvraag aan te vullen.
4. De Minister hoort over de aanvraag het Zorginstituut.
5. De Minister beslist binnen 90 dagen na ontvangst van de aanvraag. Deze termijn wordt opgeschort met ingang van de dag waarop de Minister de aanvrager uitnodigt de aanvraag aan te vullen, tot de dag waarop de aanvraag is aangevuld of de daarvoor gestelde termijn ongebruikt is verstreken.
6. De inhoud van het voorgenomen besluit, voor zover betrekking hebbend op de aanvraag, wordt aan de aanvrager meegedeeld. Daarbij wordt tevens het oordeel van het Zorginstituut toegezonden en wordt de motivering vermeld, tenzij redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daaraan geen behoefte bestaat. Aan de aanvrager wordt meegedeeld welke rechtsmiddelen hem ter beschikking staan.
7. Het tweede tot en met het zesde lid zijn van overeenkomstige toepassing indien de

registratiehouder verzoekt om herziening van een besluit ingevolge het eerste lid en hij daartoe nieuw gebleken feiten of veranderde omstandigheden aanvoert.

8. Indien de Minister voornemens is een geneesmiddel ambtshalve aan te wijzen ingevolge artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering dan wel zodanige aanwijzing te wijzigen, deelt hij de registratiehouder uiterlijk een maand voor de beoogde datum van inwerkingtreding de zakelijke inhoud van het voorgenomen besluit mede. Het vierde en zesde lid zijn van overeenkomstige toepassing.
9. Indien het een geneesmiddel betreft met dezelfde werkzame bestanddelen, van dezelfde sterkte en in dezelfde farmaceutische vorm als een geneesmiddel dat reeds ingevolge artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering is aangewezen, zijn het tweede tot en met vierde lid, het zesde lid, tweede volzin, en het zevende en achtste lid niet van toepassing.

Hoofdstuk 3. De in het uitvoeringsverslag op te nemen gegevens

Artikel 3.1

1. De zorgverzekeraar neemt in ieder geval in zijn uitvoeringsverslag op:
 - a. het profiel, de organisatiestructuur en het gevoerde en voorgenomen beleid bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet;
 - b. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de zorgplicht;
 - c. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie;
 - d. de wijze waarop hij de afhandeling van klachten van de verzekerden heeft georganiseerd alsmede de resultaten daarvan;
 - e. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan gedragscodes waaraan hij zich heeft verbonden;
 - f. of hij het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet is nagekomen, en zo nee, welke onderdelen niet, waarom niet, en wat hij in de plaats van die onderdelen aan incassowerkzaamheden heeft verricht;
 - g. algemene gegevens over de honorering van directie en bestuur van de zorgverzekeraar voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet
 - h. gegevens over zijn relaties met aanbieder van zorg en de wijze waarop hij stuurt op de kwaliteit van door hen geleverde zorg.
2. Het uitvoeringsverslag wordt, voor zover het gaat om de in het vorige lid genoemde aspecten, ingericht overeenkomstig een door de zorgautoriteit beschikbaar te stellen model.

Hoofdstuk 4. Bepalingen omtrent het Zorgverzekeringsfonds

Artikel 4.1

De reserve, bedoeld in artikel 39, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet wordt vastgesteld op nihil.

Artikel 4.2

In de centrale administratie van 's rijks schatkist wordt een rekening-courant geopend op naam van het Zorginstituut ten behoeve van de financiële middelen van het Zorgverzekeringsfonds op grond van artikel 40, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 4.3

1. De betaalrekeningen van het Zorginstituut bij in Nederland gevestigde banken worden door het Ministerie van Financiën in overeenstemming met de betrokken banken opgenomen in concernverband met betaalrekeningen van 's rijks schatkist bij die banken.
2. Dagelijks op nader in overleg met de betrokken banken te bepalen tijdstippen worden de op de betaalrekeningen van het Zorginstituut voorkomende positieve saldi overgeboekt naar 's rijks schatkist, dan wel worden voorkomende negatieve saldi aangevuld vanuit 's rijks schatkist. De

hiermee samenhangende mutaties op de betaalrekeningen worden door het Ministerie van Financiën ten gunste dan wel ten laste van de rekening-courant, bedoeld in artikel 4.2, geboekt.

3. Het Ministerie van Financiën sluit met het Zorginstituut een overeenkomst ter uitwerking van het gebruik van de rekening-courant.
4. In de overeenkomst, bedoeld in het derde lid, worden afspraken vastgelegd over de wederzijdse informatievoorziening tussen enerzijds het Ministerie van Financiën en anderzijds het Zorginstituut en kan bij wijze van uitzondering afgesproken worden om een betaalrekening buiten het concernverband als bedoeld in het eerste lid te houden.

Artikel 4.4

1. Ten gunste van de rekening-courant, bedoeld in artikel 4.2, worden door het Ministerie van Financiën tevens geboekt:
 - a. de bijdragen van het Rijk aan de rekening-couranthouder ten behoeve van het Zorgverzekeringsfonds;
 - b. de afdrachten van de door de rijksbelastingdienst geïnde bijdragen aan de rekening-couranthouder ten behoeve van het Zorgverzekeringsfonds;
 - c. de creditrente, bedoeld in artikel 4.5, vierde lid.
2. Ten laste van de rekeningen-courant, bedoeld in artikel 4.2, wordt door het Ministerie van Financiën tevens geboekt de debetrente, bedoeld in artikel 4.5, vierde lid.
3. De boekingen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, worden door het Ministerie van Financiën van valutadata voorzien, zodanig dat deze data overeenkomen met de gemiddelde data waarop de bijdragen door de rijksbelastingdienst worden geïnd.

Artikel 4.5

1. Over het dagelijkse creditsaldo van de rekening-courant is de Minister van Financiën aan het Zorginstituut een rente verschuldigd overeenkomstig artikel 4, eerste lid, van de Regeling schatkistbankieren RWT's en andere rechtspersonen.
2. Over het dagelijkse debetsaldo van de rekening-courant is het Zorginstituut een rente verschuldigd overeenkomstig artikel 4, vijfde lid, van de Regeling schatkistbankieren RWT's en andere rechtspersonen.
3. De Minister van Financiën verrekent achteraf de over een kalenderjaar verschuldigde creditrente met de over dat jaar verschuldigde debetrente.

Het saldo wordt geboekt op de rekening-courant per de eerste kalenderdag na afloop van het jaar waarop de credit- respectievelijk debetrente betrekking heeft. Daartoe stelt de Minister van Financiën een rentenota op.

Artikel 4.6

De rekening-couranthouder is bevoegd een bedrag van ten hoogste € 2,5 miljoen buiten de rekening-courant te houden.

Artikel 4.7

1. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voert ten behoeve van de beoordeling van de rechtmatigheid van de verstrekkingen van uitkeringen als bedoeld in artikel 118a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet een statistische steekproef uit.
2. Bij de accountantscontrole van de jaarrekening, bedoeld in het 74, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet worden de resultaten van de steekproef, bedoeld in het eerste lid, betrokken.

Hoofdstuk 5. Bepalingen omtrent de inkomensafhankelijke bijdrage

Artikel 5.1

1. Het in artikel 42, eerste lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet bedoelde tijdstip is de eerste dag van de kalendermaand volgende op de maand waarin de verzekeringsplichtige de pensioengerechtigde leeftijd, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet, heeft bereikt, met dien verstande dat dit tijdstip gelijk is aan de datum waarop een definitieve vaststelling van een bijstandsuitkering als bedoeld in artikel 5, aanhef, en onder a, van de Participatiewet, of van een uitkering als bedoeld in de Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkloze werknemers of de Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen plaatsvindt, indien dat tijdstip later ligt dan eerstbedoeld tijdstip.
2. De in artikel 42, eerste lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet bedoelde bestanddelen van het loon zijn:
 - a. uitkeringen ingevolge een pensioenregeling of regeling voor vervroegde uittreding als bedoeld in de Wet op de loonbelasting 1964, niet zijnde een uitkering ingevolge een regeling voor vervroegde uittreding die vóór 1 januari 2006 is ingegaan en op grond waarvan de uitkeringsgerechtigde ingevolge artikel 1, onderdeel g, van het Aanwijzingsbesluit verzekerden Zfw verzekerd was ingevolge de Ziekenfondswet;
 - b. uitkeringen of pensioenen krachtens of vanwege een pensioenregeling als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder c en d, van de Toeslagwet Indonesische Pensioenen 1956, het Pensioenreglement Nederlands Nieuw Guinea (Gouvernementsblad van Nederlands Nieuw Guinea 1958, 83), de Wet aanpassing Pensioenvoorziening Bijstandskorps, de Garantiewet Surinaamse Pensioenen of de Toeslagregeling pensioenen Suriname en Nederlandse Antillen;
 - c. inkomsten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdelen a, d, f, i, j, k, l, of v van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965;
 - d. uitkeringen ingevolge de Algemene Ouderdomswet;
 - e. uitkeringen als bedoeld in artikel 47a van de Participatiewet;
 - f. overbruggingsuitkeringen ingevolge een aanspraak op het overbruggingsfonds van de Stichting Contractspelersfonds KNVB en de Stichting Nederlands Wielrennersfonds, en
 - g. uitkeringen ingevolge de derde afdeling van de Algemene pensioenwet politieke ambtsdragers die worden ontvangen door een afgetreden lid van de Tweede Kamer van wie de arbeidsverhouding gedurende het lidmaatschap van de Tweede Kamer ingevolge artikel 4, aanhef en onderdeel f, van de Wet op de loonbelasting 1964 voor de toepassing van die wet als dienstbetrekking werd beschouwd.

Artikel 5.2

Het loon, bedoeld in artikel 42, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet, dat voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage, bedoeld in artikel 41 van die wet, ten hoogste in aanmerking wordt genomen, wordt voor het jaar 2019 vastgesteld op € 55.927,00.

Artikel 5.3

Het bijdrage-inkomen, bedoeld in artikel 43, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, dat voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage, bedoeld in artikel 41 van die wet, ten hoogste in aanmerking wordt genomen, wordt voor het jaar 2019 vastgesteld op het bedrag, bedoeld in artikel 5.2.

Artikel 5.4

1. Het percentage, bedoeld in artikel 45, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, wordt vastgesteld op 6,95.
2. Het percentage, bedoeld in artikel 45, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet, wordt vastgesteld op 5,70.

3. In afwijking van het eerste of tweede lid, wordt het percentage vastgesteld op nihil over bijdrage-inkomen voortvloeiende uit werkzaamheden van een verzekeringsplichtige aan boord van een zeeschip in de zin van het Burgerlijk Wetboek, mits de werkgever of de scheepsbeheerder, bedoeld in artikel 1, onderdeel I, van de Wet zeevarenden, het risico als bedoeld in hoofdstuk 3 van de Zorgverzekeringswet, op grond van een verdragsrechtelijke bepaling of een bepaling die daarop stoelt, in belangrijke mate voor zijn rekening neemt zolang deze verzekeringsplichtige niet is teruggekeerd of heeft kunnen terugkeren naar het land waar hij zijn woonplaats of gewone verblijfplaats heeft.
4. Indien het loon waarover de inhoudingsplichtige inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd is meer bedraagt dan het bedrag, genoemd in artikel 5.2, en is samengesteld uit bestanddelen waarover een verschillend bijdragepercentage is verschuldigd, worden de bestanddelen zodanig toegerekend dat het bijdragepercentage van 6,95 het eerst in aanmerking wordt genomen, en daarna het percentage van 0.
5. Indien het bijdrage-inkomen waarover de verzekeringsplichtige inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd is meer bedraagt dan het bedrag, bedoeld in artikel 5.3, en is samengesteld uit bestanddelen waarover een verschillend bijdragepercentage is verschuldigd, worden de bestanddelen zodanig toegerekend dat het bijdragepercentage van 5,70 het eerst in aanmerking wordt genomen, en daarna het percentage van 0.

Artikel 5.5

De inkomsten, bedoeld in artikel 45, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet, betreffen voor het berekenen van de bijdragepercentages die met ingang van 1 januari 2019 gelden telkens met betrekking tot het desbetreffende kalenderjaar:

- a. het geraamde totaalbedrag aan nominale rekenpremies, bedoeld in artikel 1, onderdeel aa, van het Besluit zorgverzekering voor alle zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald, vermeerderd met het geraamde totaalbedrag dat de zorgverzekeraars van hun verzekerden zullen ontvangen ten gevolge van een door hen vast te stellen opslag op deze nominale rekenpremies;
- b. het geraamde totaalbedrag aan eigen bijdragen, bedoeld in artikel 11, derde lid, van de Zorgverzekeringswet;
- c. het geraamde totaalbedrag aan verplicht eigen risico dat door verzekerden zal worden betaald;
- d. de aan het Zorgverzekeringsfonds toe te voegen rijksbijdrage, bedoeld in artikel 54 van de Zorgverzekeringswet, alsmede bijdragen als bedoeld in artikel 87a van de Wet financiering sociale verzekeringen;
- e. het geraamde totaalbedrag aan inkomensafhankelijke bijdragen als bedoeld in artikel 41 van de Zorgverzekeringswet dat van inhoudingsplichtigen en verzekeringsplichtigen geheven zal worden, verminderd met het geraamde bedrag, bedoeld in artikel 42, achtste lid, van die wet.

Artikel 5.6

Een bedrag dat in aanmerking is genomen als loon in de zin van artikel 42, eerste lid, of artikel 43, tweede lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, wordt niet in aanmerking genomen als bijdrage-inkomen in de zin van artikel 43, tweede lid, onderdeel b, van die wet.

Artikel 5.7

1. Voor de toepassing van dit artikel en van artikel 5.8 worden de landen van het Koninkrijk der Nederlanden aangemerkt als afzonderlijke mogendheden.
2. Tot het loon, bedoeld in artikel 42 van de Zorgverzekeringswet, of het bijdrage-inkomen, bedoeld in artikel 43 van die wet, behoren niet:
 - a. uitkeringen ingevolge de sociale-zekerheidswetgeving van een andere mogendheid die zijn onderworpen aan premieheffing krachtens een wettelijke regeling inzake ziektekosten van die andere mogendheid;
 - b. ten aanzien van degene die verzekeringsplichtig is en die tevens werkzaamheden verricht of

heeft verricht buiten het Europese deel van Nederland:

- 1° het gedeelte van het loon of het bijdrage-inkomen dat onderworpen is aan heffing van inkomensafhankelijke premie als bedoeld in het Besluit zorgverzekering BES,
 - 2° het gedeelte van het loon of het bijdrage-inkomen, waarop ingevolge een internationale regeling inzake sociale zekerheid die tussen Nederland en een of meer andere mogendheden van kracht is, de wetgeving van een andere mogendheid van toepassing is,
 - 3° het gedeelte van het loon of het bijdrage-inkomen, dat, bij gebreke van een internationale regeling, is onderworpen aan premieheffing krachtens een wettelijke regeling inzake ziektekosten van een andere mogendheid;
- c. ten aanzien van degene die niet is uitgezonderd van de volksverzekeringen op grond van artikel 13, eerste lid, onderdeel a, artikel 13, tweede lid, onderdeel c, artikel 13, derde lid, onderdeel a, artikel 13, vierde lid, onderdeel c, artikel 14, eerste lid, onderdeel a, artikel 15, eerste lid, onderdeel c, sub 1°, of artikel 16, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 omdat zij de in die artikelen bedoelde andere werkzaamheden verrichten: het belastbare loon uit de dienstbetrekking uit hoofde waarvan hij zou zijn uitgezonderd van de volksverzekeringen indien hij die andere werkzaamheden niet zou hebben verricht.

Artikel 5.8

1. Ten aanzien van degene die gedurende een deel van het kalenderjaar niet verzekeringsplichtig is ingevolge de Zorgverzekeringswet, wordt voor de bijdrageheffing bij wege van aanslag als bijdrage-inkomen geen hoger bedrag in aanmerking genomen dan het bijdrage-inkomen verminderd met het gedeelte daarvan waarop, ingevolge een internationale regeling inzake sociale zekerheid die tussen Nederland en een of meer andere mogendheden van kracht is, de wetgeving van een andere mogendheid van toepassing is, of dat, bij gebreke van een internationale regeling, is onderworpen aan premieheffing krachtens een wettelijke regeling inzake ziektekosten van een andere mogendheid.
2. Ten aanzien van degene die gedurende een deel van het kalenderjaar anders dan door overlijden niet verzekeringsplichtig is ingevolge de Zorgverzekeringswet, wordt voor de bijdrageheffing als bijdrage-inkomen ten hoogste in aanmerking genomen het bedrag dat naar tijdsevenredigheid is afgeleid van het bedrag, bedoeld in artikel 5.3, tenzij toepassing van de bepalingen in de Zorgverzekeringswet of van de overige bepalingen in deze regeling tot een lager bijdrage-inkomen leidt.

Artikel 5.9

Indien voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage bij wege van aanslag het bijdrage-inkomen wordt bepaald door middel van tijdsevenredige vaststelling, wordt daarbij:

- a. een kalenderjaar op 360 dagen gesteld;
- b. een kalendermaand op 30 dagen gesteld;
- c. de dag waarop het tijdvak aanvangt, als een gehele dag in aanmerking genomen;
- d. de dag waarop het tijdvak eindigt, niet in aanmerking genomen.

Artikel 5.10

[Vervallen per 01-01-2013]

Artikel 5.11

1. De ontvangsten per bijdragejaar van de combineerde heffing van de loonbelasting, de premies voor de sociale verzekeringen en de bijdrage voor de Zorgverzekeringswet alsmede op looninkomsten betrekking hebbende naheffingsaanslagen, belasting- en invorderingsrente en boeteontvangsten worden uitgesplitst in een voor de afdracht vastgesteld verdeelpercentage per bijdragejaar.
2. Het verdeelpercentage in het eerste lid wordt maandelijks per bijdragejaar opnieuw berekend op basis van het relatieve aandeel van de bijdragen Zorgverzekeringswet in alle ontvangen

collectieve aangiften en opgelegde naheffingen.

3. Alle ontvangen gelden over het bijdragejaar worden verdeeld op basis van het verdeelpercentage, bedoeld in het eerste lid. De mutatie ten opzichte van de vorige periode vormt het af te dragen bedrag.
4. Een jaar na afloop van het bijdragejaar wordt het verdeelpercentage voor het betreffende bijdragejaar definitief vastgesteld. Dit percentage wordt gehanteerd voor alle betalingen die daarna binnenkomen.

Artikel 5.12

1. De ontvangsten van de overige inkomensafhankelijke bijdragen overeenkomstig artikel 49, derde lid, van de Zorgverzekeringswet worden maandelijks vastgesteld.
2. De onder het eerste lid genoemde ontvangsten zijn inclusief de eventuele belasting- en invorderingsrente en boeteontvangsten.

Artikel 5.13

1. De inspecteur verleent vooruitlopend op een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet een voorschot indien:
 - a. het bedrag van de teveel betaalde bijdrage vermoedelijk ten minste € 100 zal bedragen, en
 - b. het bijdrage-inkomen waarover inkomensafhankelijke bijdrage wordt of is ingehouden afkomstig is van verschillende inhoudingsplichtigen.

De eerste volzin is van overeenkomstige toepassing op een verzoek van de verzekeringsplichtige die voldoet aan de in die volzin genoemde voorwaarden, mits het verzoek is ingediend na 30 mei doch voor 1 december van het kalenderjaar waarop het voorschot betrekking heeft.

2. Het eerste lid is niet van toepassing met betrekking tot:
 - a. personen die op grond van artikel 2, tweede lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet niet verzekeringsplichtig zijn;
 - b. personen die voor 1 april van het kalenderjaar waarop het voorschot betrekking heeft, aangeven geen voorschot te willen ontvangen.
3. De inspecteur kan het voorschot al dan niet op verzoek herzien. Een verzoek tot herziening van het voorschot kan worden ingediend tot 1 december van het kalenderjaar waarop het voorschot betrekking heeft.
4. Indien de inspecteur een verzoek om verlening dan wel herziening van een voorschot geheel of gedeeltelijk afwijst, gebeurt dit bij voor bezwaar vatbare beschikking.
5. Voorschotten worden verrekend met de beschikking, bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, dan wel – voor zoveel nodig – bij een door de inspecteur te nemen voor bezwaar vatbare beschikking.

Hoofdstuk 6. Het Zorginstituut

§ 1. Vergoedingen leden Adviescommissie Pakket

Artikel 6.1.1

[Vervallen per 01-07-2011]

Artikel 6.1.2

[Vervallen per 01-07-2011]

§ 2. Anonieme e-mental health

§ 2.1. Algemene bepalingen

Artikel 6.2.1

In paragraaf 2 wordt verstaan onder:

- a. *subsidiejaar*: kalenderjaar ten behoeve waarvan de subsidie wordt verstrekt;
- b. *interventie*: kortdurende planmatige en doelgerichte behandeling die schriftelijk langs elektronische weg wordt verleend aan een anonieme persoon waarvan voor aanvang van de behandeling is vastgesteld dat deze daarvoor in aanmerking komt;
- c. *volledige interventie*: interventie die in het subsidiejaar is aanvangen en voltooid;
- d. *onvolledige interventie*: interventie die:
 - in het subsidiejaar is aanvangen en niet is voltooid of
 - in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar is aangevangen en in het subsidiejaar is voltooid;
- e. *organisatie*: privaatrechtelijke rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid of rechtspersoon die krachtens publiekrecht is ingesteld;
- f. *accountant*: accountant als bedoeld in artikel 393, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek;
- g. *jaarrekening*: jaarrekening als bedoeld in artikel 361 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek.

Artikel 6.2.2

1. Het Zorginstituut kan aan een organisatie een subsidie verstrekken voor het door middel van interventies verlenen van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zoals klinisch-psychologen plegen te bieden, niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, aan personen met een lichte tot matig ernstige, niet chronische psychische problematiek, inclusief de daarbij behorende diagnostiek of begeleiding naar die zorg.
2. De subsidie kan voor meerdere soorten interventies worden verstrekt.
3. De subsidie wordt uitsluitend verstrekt:
 - a. voor interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk;
 - b. ten behoeve van personen die om psychische redenen noodzakelijkerwijs anoniem zijn;
 - c. voor interventies die uitgevoerd worden onder verantwoordelijkheid van een persoon die is ingeschreven in een register als bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg voor een beroep dat relevant is voor de interventie;
 - d. aan organisaties voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg;
 - e. voor het soort interventies dat reeds gedurende het laatste kwartaal van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar door de organisatie werden verleend.
4. Geen subsidie wordt verstrekt voor het vaststellen of een persoon in aanmerking komt voor een interventie.
5. Het derde lid, onderdeel d, is niet van toepassing op organisaties die in 2016 subsidie ontvingen op grond van de Kaderregeling VWS-subsidies met inachtneming van het Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 november 2014, houdende vaststelling van een beleidskader voor subsidiëring van anonieme e-mental health (Stcrt. 2014, 34385).

Artikel 6.2.3

De subsidie wordt per kalenderjaar verstrekt.

Artikel 6.2.4

1. De te verlenen subsidie bedraagt per organisatie niet minder dan € 50.000 en niet meer dan € 700.000.

2. Een aanvraag van minder dan € 50.000 wordt afgewezen.
3. Op een aanvraag van meer dan € 700.000 kan ten hoogste een subsidie van € 700.000 worden verleend.
4. De subsidie bedraagt maximaal € 347 per volledige interventie.
5. De subsidie voor een onvolledige interventie bedraagt de helft van de subsidie voor een volledige interventie van dezelfde soort.

Artikel 6.2.5

1. Het subsidieplafond voor het verstrekken van subsidie bedraagt jaarlijks € 2.000.000.
2. Indien het totaal van de te verlenen subsidiebedragen hoger is dan het subsidieplafond verdeelt het Zorginstituut het ingevolge het subsidieplafond beschikbare bedrag evenredig over de ingediende aanvragen voor zover deze voor subsidie in aanmerking komen met dien verstande dat deze verdeling niet leidt tot een verlening van minder dan € 50.000.

§ 2.2. Aanvraag

Artikel 6.2.6

1. Voor een aanvraag tot verlening van subsidie wordt een door het Zorginstituut vastgesteld formulier gebruikt.
2. Het aanvraagformulier wordt ondertekend door een persoon die bevoegd is de aanvrager te vertegenwoordigen.

Artikel 6.2.7

1. Een aanvraag tot verlening van subsidie wordt ontvangen uiterlijk dertien weken voor de aanvang van het jaar waarvoor de subsidie wordt aangevraagd.
2. Een aanvraag die na de termijn, bedoeld in het eerste lid, wordt ontvangen, wordt afgewezen.

Artikel 6.2.8

1. Bij de aanvraag tot verlening van de subsidie worden per soort interventie waarvoor de subsidie wordt aangevraagd de volgende gegevens verstrekt:
 - a. een omschrijving van de interventie en de doelstelling daarvan;
 - b. een onderbouwde opgave van het aantal volledige en onvolledige interventies;
 - c. een onderbouwde opgave van de kosten per interventie.
2. Bij de aanvraag tot verlening van de subsidie worden voorts de volgende gegevens verstrekt, waarbij indien nodig onderscheid wordt gemaakt naar soort interventie waarvoor de subsidie wordt aangevraagd:
 - a. de wijze waarop de aanvrager vaststelt dat de interventie wordt verleend aan een persoon die om psychische redenen noodzakelijkerwijs anoniem is;
 - b. de wijze waarop de aanvrager de anonimiteit waarborgt van de persoon waaraan de interventie wordt verleend;
 - c. het beleid van de aanvrager ter beveiliging van de gegevensverwerking met betrekking tot de interventies;
 - d. de inschrijving in een register als bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg van de beroepsbeoefenaar of beroepsbeoefenaren onder wiens verantwoordelijkheid de interventies verleend worden.

Artikel 6.2.9

1. De aanvraag tot verlening van de subsidie gaat vergezeld van:
 - a. een afschrift van de oprichtingsakte van de rechtspersoon dan wel van de statuten zoals deze laatstelijk zijn gewijzigd;
 - b. een afschrift van de volmacht voor het ondertekenen van de aanvraag, indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de aanvrager te vertegenwoordigen;
 - c. een afschrift van de inschrijving van de aanvrager in het Handelsregister;
 - d. de laatst opgemaakte jaarrekening dan wel de balans en de staat van baten en lasten en de toelichting daarop of, indien deze bescheiden ontbreken dan wel op verzoek van het Zorginstituut, een verslag over de financiële positie van de aanvrager op het moment van de aanvraag.
2. De stukken, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en c, kunnen achterwege blijven, indien de aanvrager er redelijkerwijs van uit mag gaan dat deze gegevens bij het Zorginstituut bekend zijn.

Artikel 6.2.10

1. Indien de aanvrager niet heeft voldaan aan enig wettelijk voorschrift voor het in behandeling nemen van de aanvraag of indien de verstrekte gegevens en bescheiden onvoldoende zijn voor de beoordeling van de aanvraag of de voorbereiding van de beschikking stelt het Zorginstituut de subsidieaanvrager in de gelegenheid de aanvraag tot verlening van de subsidie binnen drie weken aan te vullen.
2. Het Zorginstituut besluit de aanvraag niet in behandeling te nemen indien de aanvraag niet of niet voldoende is aangevuld binnen de termijn, bedoeld in het eerste lid.

§ 2.3. Verlening

Artikel 6.2.11

Het Zorginstituut besluit voor de aanvang van het kalenderjaar waarvoor de subsidie wordt aangevraagd over de verlening van de subsidie.

Artikel 6.2.12

Het Zorginstituut vermeldt in het besluit tot verlening van de subsidie in ieder geval:

- a. het maximumbedrag dat aan subsidie wordt verleend;
- b. het bedrag dat per soort interventie voor een volledige interventie aan subsidie wordt verleend.

§ 2.4. Bevoorschotting en verplichtingen

Artikel 6.2.13

Het Zorginstituut kan bij het besluit tot subsidieverlening ambtshalve voorschotten verlenen.

Artikel 6.2.14

De subsidieontvanger zorgt ervoor dat:

- a. de doelstellingen van de gesubsidieerde interventies op doelmatige wijze worden nagestreefd;
- b. de gesubsidieerde interventies op verantwoorde wijze worden uitgevoerd;
- c. de voor de uitvoering van de gesubsidieerde interventies benodigde middelen op verantwoorde wijze worden beheerd.

Artikel 6.2.15

1. De subsidieontvanger houdt een zodanig ingerichte administratie bij dat daarin altijd kan worden nagegaan het aantal gerealiseerde volledige en onvolledige interventies, onderscheiden naar soort

interventie, alsmede de voor de vaststelling van de subsidie van belang zijnde rechten en verplichtingen.

2. De administratie wordt op overzichtelijke, controleerbare en doelmatige wijze ingericht.
3. De administratie en de daartoe behorende bescheiden worden gedurende tien jaren na de vaststelling van de subsidie bewaard.

Artikel 6.2.16

1. De subsidieontvanger meldt meteen aan het Zorginstituut indien:
 - a. het aannemelijk is geworden dat de interventies waarvoor de subsidie is verleend niet, niet tijdig of niet geheel zullen worden verricht,
 - b. het aannemelijk is geworden dat niet of niet geheel aan de subsidieverplichtingen zal worden voldaan, of
 - c. zich andere omstandigheden voordoen of zullen voordoen die van belang kunnen zijn voor een beslissing tot wijziging, intrekking of vaststelling van de subsidie.
2. De melding wordt schriftelijk gedaan en voorzien van een toelichting.
3. Bij de melding worden de relevante stukken overgelegd.

Artikel 6.2.17

1. De subsidieontvanger werkt, onder meer door het verschaffen van de daartoe benodigde inlichtingen, gegevens en bescheiden, mee aan door of namens het Zorginstituut ingesteld onderzoek dat erop is gericht het Zorginstituut inlichtingen te verschaffen die van belang zijn voor het nemen van een besluit over het verstrekken van de subsidie.
2. De subsidieontvanger werkt, onder meer door het verschaffen van de daartoe benodigde inlichtingen, gegevens en bescheiden, mee aan door of namens de minister ingesteld onderzoek dat erop is gericht de minister inlichtingen te verschaffen die van belang zijn voor de ontwikkeling van het beleid van de minister.
3. De subsidieontvanger verplicht zijn accountant tot medewerking aan het onderzoek.

§ 2.5. Vaststelling

Artikel 6.2.18

1. Voor een aanvraag tot vaststelling van de subsidie wordt een door het Zorginstituut vastgesteld formulier gebruikt.
2. Het aanvraagformulier wordt ondertekend door een persoon die bevoegd is de aanvrager te vertegenwoordigen.

Artikel 6.2.19

1. De subsidieontvanger dient binnen tweeëntwintig weken na afloop van het subsidiejaar een aanvraag in tot vaststelling van de subsidie.
2. Het Zorginstituut kan ontheffing verlenen van de termijn, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 6.2.20

1. De subsidieontvanger doet in de aanvraag tot vaststelling van de subsidie per soort interventie opgave van het aantal volledige en onvolledige interventies dat in het subsidiejaar is gerealiseerd.
2. De subsidieontvanger toont in de aanvraag tot vaststelling aan dat is voldaan aan de aan de

verleende subsidie verbonden verplichtingen.

Artikel 6.2.21

1. Indien de subsidie € 125.000 of meer bedraagt, legt de subsidieontvanger tevens verantwoording af door het overleggen van:
 - a. een assurancerapport;
 - b. een rapport van feitelijke bevindingen omtrent de naleving van de aan de subsidie verbonden verplichtingen door de subsidieontvanger.
2. De rapporten, bedoeld in het tweede lid, zijn opgesteld door een accountant overeenkomstig een door het Zorginstituut vastgesteld model met inachtneming van een door het Zorginstituut vastgesteld accountantsprotocol.

Artikel 6.2.22

1. De subsidie wordt vastgesteld op basis van het aantal volledige en onvolledige interventies dat in het subsidiejaar is gerealiseerd.
2. De subsidie bedraagt per gerealiseerde volledige interventie het bedrag waarvan de hoogte bij de verlening voor dat soort interventies is genoemd.
3. De subsidie bedraagt per gerealiseerde onvolledige interventie de helft van het bedrag waarvan de hoogte bij de verlening voor dat soort interventies is genoemd.
4. Indien het bedrag van de subsidie berekend overeenkomstig de voorgaande leden minder is dan € 50.000, wordt de subsidie op nihil vastgesteld.
5. De subsidie bedraagt niet meer dan het maximumbedrag dat aan subsidie is verleend.

Artikel 6.2.23

Binnen tweeëntwintig weken na ontvangst van de aanvraag tot vaststelling van de subsidie neemt het Zorginstituut een besluit op de aanvraag.

§ 3. Bijdrage van verdragsgerechtigden

Artikel 6.3.1

1. De door een persoon, bedoeld in artikel 69, van de Zorgverzekeringswet, verschuldigde bijdrage wordt berekend door de grondslag van de bijdrage te vermenigvuldigen met het getal dat wordt berekend uit de verhouding tussen de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale zorgverzekering in het woonland van deze persoon, en de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon uit hoofde van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg in Nederland.
2. De grondslag van de bijdrage is gelijk aan de som van:
 - a. een inkomensafhankelijke bijdrage ter hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage die de persoon, bedoeld in artikel 69, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet op grond van paragraaf 5.2 van die wet verschuldigd zou zijn geweest indien hij verzekeringsplichtig zou zijn geweest,
 - b. een inkomensafhankelijke bijdrage, berekend overeenkomstig de op grond van de Wet financiering sociale verzekeringen verschuldigde premie voor de Wet langdurige zorg, en verminderd met het bedrag waarop de partner van degene die de bijdrage verschuldigd is volgens de artikelen 8.9 en 8.9a van de Wet inkomstenbelasting 2001 recht zou hebben indien degene die de bijdrage verschuldigd is verzekerd zou zijn ingevolge de Wet langdurige zorg, voor zover op grond van deze bepalingen geen teruggave in de inkomstenbelasting is verleend, en,
 - c. vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin deze

persoon de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt, een bijdrage per maand overeenkomende met eentwaalfde van het bedrag van de geraamde gemiddelde premie voor een verzekerde voor een zorgverzekering in het berekeningsjaar, bedoeld in artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag (hierna: nominale deel).

Voor de toepassing van deze bepaling wordt onder een partner verstaan een partner in de zin van artikel 1.2 van de Wet inkomstenbelasting 2001.

3. De peildatum voor de vaststelling van het in het eerste lid genoemde woonland is telkens de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een wijziging van het woonland heeft plaatsgevonden.
4. Voor de toepassing van de Wet op de zorgtoeslag wordt het in het tweede lid bedoelde nominale deel, als premie voor een zorgverzekering beschouwd.
5. De bijdrage die een pensioen- of renteverstrekkend orgaan als bedoeld in artikel 69, derde lid, van de Zorgverzekeringswet verschuldigd is, is gelijk aan de inkomensafhankelijke bijdrage die dit orgaan over het loon als bedoeld in artikel 42 van die wet verschuldigd zou zijn geweest, indien degene aan wie hij het pensioen of de rente verstrekt, in Nederland zou hebben gewoond, vermenigvuldigd met het getal, bedoeld in het eerste lid.
6. De inkomensgegevens, benodigd voor de berekening van de in het tweede lid bedoelde grondslag en de in het vijfde lid bedoelde bijdrage, worden ontleend aan het toetsingsinkomen, bedoeld in artikel 8, eerste en tweede lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen.
7. Indien het in artikel 8, tweede lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen bedoelde, niet in Nederland belastbaar inkomen niet is vastgesteld op grond van artikel 8a van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, wordt het door de rijksbelastingdienst vastgesteld met overeenkomstige toepassing van dat artikel.
8. Ter zake van de opgaaf van niet in Nederland belastbaar inkomen is de Algemene wet inzake rijksbelastingen, met uitzondering van Hoofdstuk VIII A, van toepassing als ware deze opgaaf een aangifte inkomstenbelasting.
9. Het verhoudingsgetal, bedoeld in het eerste lid, wordt per land genoemd in bijlage 4 bij deze regeling.

Artikel 6.3.1a

In de artikelen 6.3.2 tot en met 6.3.4 wordt verstaan onder:

- a. *bijdrageplichtige*: eenieder die krachtens artikel 69 van de Zorgverzekeringswet in verbinding met artikel 6.3.1 een bijdrage verschuldigd is,
- b. *hoofdbijdrageplichtige*: een bijdrageplichtige met een of meer gezinsleden die niet bijdrageplichtig zouden zijn geweest indien zij niet tot het gezin van de hoofdbijdrageplichtige zouden hebben behoord,
- c. *gezinslid*: een tot het gezin van een hoofdbijdrageplichtige of een verzekeringsplichtige behorend gezinslid dat niet bijdrageplichtig zou zijn geweest indien hij niet tot het gezin van de hoofdbijdrageplichtige of een verzekeringsplichtige zou hebben behoord.

Artikel 6.3.1b

De voor een gezinslid van een verzekeringsplichtige verschuldigde bijdrage, bedoeld in artikel 6.3.1, wordt door het CAK geheven en geïnd bij de verzekeringsplichtige.

Artikel 6.3.2

1. Organen die pensioen of rente uitkeren dan wel werkgevers, verrichten de hen door het CAK opgedragen werkzaamheden ter voorbereiding en uitvoering van de heffings- en inningsbeschikkingen, bedoeld in artikel 69, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet.

2. De werkzaamheden, bedoeld in het eerste lid, houden ten minste in dat, nadat zij daartoe door het CAK van de benodigde gegevens zijn voorzien:
 - a. organen die pensioen of rente uitkeren bijdragen die bijdrageplichtige personen verschuldigd zijn op het pensioen of de rente van die bijdrageplichtigen inhouden,
 - b. organen die pensioen of rente aan een hoofdbijdrageplichtige uitkeren de bijdrage die diens gezinsleden verschuldigd zijn op het pensioen of de rente van die hoofdbijdrageplichtige inhouden, en
 - c. werkgevers van grensarbeiders de bijdragen van gezinsleden van die grensarbeiders op het loon van de grensarbeider inhouden.
3. Het CAK kan een orgaan dat pensioen of rente uitkeert of een werkgever van een grensarbeider opdragen een bijdrage op het pensioen, de rente of op het loon in te houden en af te dragen, zolang het CAK niet beschikt over de gegevens, bedoeld in het tweede lid. In dat geval berekent het orgaan of de werkgever de bijdrage uitgaande van de bij hem bekende gegevens over de samenstelling van het gezin van de bijdrageplichtige.
4. Indien een bijdrageplichtige recht heeft op meer dan één pensioen of rente, wordt het in artikel 6.3.1, tweede lid, bedoelde nominale deel van de bijdrage dat hij en zijn eventuele gezinsleden verschuldigd zijn ingehouden op het pensioen dat of de rente die het eerst is toegekend. Indien dit pensioen of deze rente daartoe niet toereikend is, kan het CAK hetzelfde of een ander orgaan opdragen het restant op een ander pensioen of een andere rente in te houden.
5. Voor de inhouding van het door een gezinslid verschuldigde nominale deel van de bijdrage op het pensioen of de rente van de hoofdbijdrageplichtige dan wel op het loon van de grensarbeider, worden wijzigingen in de situatie van dat gezinslid die in de loop van een kalendermaand doch na de eerste dag van die maand plaatsvinden, eerst in aanmerking genomen vanaf de eerste dag van de daaropvolgende kalendermaand.
6. Voor de toepassing van het tweede lid wordt een toeslag, waaronder begrepen een toeslag als bedoeld in de Toeslagenwet, een toelage of enige aanvulling, onder welke benaming ook, op het pensioen of de rente dan wel op het loon van een grensarbeider die door het orgaan of de werkgever in het algemeen met dezelfde regelmaat en gelijktijdig met de uitkering betaalbaar wordt gesteld, als onderdeel van het pensioen, van de rente of van het loon aangemerkt.
7. Onder de in het eerste lid bedoelde organen die pensioen of rente uitkeren worden mede verstaan werkgevers aan wie op grond van artikel 40 van de Wet financiering sociale verzekeringen toestemming is verleend het risico te dragen van de betalingen, bedoeld in artikel 40, eerste lid, van die wet.

Artikel 6.3.3

1. Het verschil tussen de door de bijdrageplichtigen verschuldigde bijdrage en de ingehouden en afgedragen of anderszins geïnde bijdragen wordt, met inachtneming van het zesde tot en met het achtste lid van artikel 6.3.1 en het tweede lid van dit artikel, door het CAK vastgesteld en verrekend, geïnd of uitgekeerd. Uitkering vindt plaats aan de bijdrageplichtige dan wel, indien artikel 6.3.1b van toepassing is, aan de verzekeringsplichtige.
2. De in artikel 6.3.1, eerste lid, bedoelde persoon die aanspraak maakt op één of meer van de in hoofdstuk 8 van de Wet inkomstenbelasting 2001 vermelde heffingskortingen niet zijnde de algemene heffingskorting, de jonggehandicaptenkorting, de ouderenkorting of de alleenstaande ouderenkorting, kan het CAK verzoeken daar bij de vaststelling van het verschil, bedoeld in het eerste lid, rekening mee te houden.
3. Indien slechts een bijdrage als bedoeld in artikel 6.3.1, tweede lid, onderdeel c, verschuldigd is, stelt het CAK het in het eerste lid bedoelde verschil vast vóór 1 april van het jaar volgend op het kalenderjaar waarop de bijdrage betrekking heeft. In andere gevallen stelt het CAK het verschil voor 30 september van het jaar volgend op kalenderjaar waarop de bijdrage betrekking heeft voorlopig vast, en stelt het het verschil uiterlijk zes maanden na het tijdstip waarop zowel de aanslag inkomstenbelasting als de beschikking niet in Nederland belastbaar inkomen

onherroepelijk zijn geworden, definitief vast.

4. Bij de vaststelling van het in het eerste lid bedoelde verschil brengt het CAK enkelvoudige wettelijke rente in rekening over te weinig geheven of geïnde bijdrage dan wel vergoedt het wettelijke rente ingeval van teveel geheven of geïnde bijdrage, over het tijdvak dat aanvangt op de dag na het einde van het kalenderjaar waarop de bijdrage betrekking heeft en eindigt op de dag van de dagtekening van de vaststelling door het CAK.

5.

Het CAK is bevoegd het te restitueren bedrag, indien dit minder bedraagt dan € 25, te verrekenen met een in de toekomst gelegen verschuldigde bijdrage.

Artikel 6.3.4

Voor de toepassing van artikel 69, elfde lid, van de Zorgverzekeringswet wordt met het tijdstip van aanmelding bij het CAK gelijkgesteld de datum waarop de kennisgeving aan het CAK of aan het Zorginstituut indien het een kennisgeving voor 1 januari 2017 betreft, van de aanmelding van de rechthebbende op pensioen of rente bij het orgaan van de woonplaats van de rechthebbende, door dat orgaan is ondertekend.

Artikel 6.3.5

[Vervallen per 01-08-2008]

§ 4. Rekening gemoedsbezwaarden

Artikel 6.4.1

1. Voor het bepalen van het saldo van de rekening, als bedoeld in artikel 70, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet gaat het CAK uit van de bijdragevervangende belasting, bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, die de rijksbelastingdienst met overeenkomstige toepassing van artikel 49, tweede, derde en vierde lid, van de Zorgverzekeringswet vaststelt.
2. Zolang de bijdragevervangende belasting over enig jaar nog niet is vastgesteld, bepaalt het CAK het saldo van de rekening voorlopig op grond van het bedrag van de bijdragevervangende belasting over het voorafgaande jaar of, indien over het voorafgaande jaar geen bijdragevervangende belasting is vastgesteld, het bedrag van de over het voorafgaande jaar verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage, bedoeld in artikel 43, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet.
3. Een vaststelling als bedoeld in het eerste lid, die afwijkt van het bedrag, bedoeld in het tweede lid, wordt verrekend met het saldo van de rekening.
4. Een verzoek als bedoeld in artikel 70, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet wordt ontvangen uiterlijk binnen twee kalenderjaren volgend op het kalenderjaar waarin de verlening van de desbetreffende zorg of overige diensten is aangevraagd. Indien de laatste gemoedsbezwaarde waarvoor de rekening in stand wordt gehouden is overleden of verzekeringsplichtig is geworden, wordt het verzoek in afwijking van de eerste volzin ontvangen uiterlijk binnen zes maanden volgend op het kalenderjaar waarin de laatste gemoedsbezwaarde is overleden of verzekeringsplichtig is geworden.
5. Het CAK besluit op verzoeken die zijn ontvangen van 1 januari tot en met 30 juni van enig jaar uiterlijk 1 november van dat jaar.
6. Een uitkering als bedoeld in artikel 70, vierde lid, onder a, van de Zorgverzekeringswet wordt uitsluitend gedaan op basis van een originele nota.
7. Het CAK kan de uitkering in gedeelten doen.
8. Het CAK brengt de uitkering in mindering op het saldo van de rekening met dien verstande dat de

uitkering niet hoger is dan het saldo van de rekening.

9. Het CAK kan de uitkering doen uiterlijk tot en met drie kalenderjaren volgend op het kalenderjaar waarin de zorg is aangevangen.

Artikel 6.4.2

1. Een gemoedsbezwaarde die een gezamenlijke huishouding met een of meer andere gemoedsbezwaarden verlaat, kan het CAK verzoeken een evenredig gedeelte van het saldo van de in artikel 70, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet bedoelde rekening, over te maken op een voor hem te openen rekening als bedoeld in artikel 70, eerste lid van de Zorgverzekeringswet.
2. Het verzoek wordt ontvangen uiterlijk 30 juni van het kalenderjaar volgend op het jaar waarin de gemoedsbezwaarde de gezamenlijke huishouding verlaat.
3. Het evenredig gedeelte wordt bepaald op basis van het saldo dat resteert nadat een besluit is genomen op alle verzoeken die het CAK heeft ontvangen in het jaar waarin de gemoedsbezwaarde de gezamenlijke huishouding verlaat.

§ 4a. De bestanden waarmee onverzekerden worden opgespoord

Artikel 6.4a.1

De bestanden, bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet zijn:

- a. het bestand van personen die verzekerd zijn op grond van de Wet langdurige zorg;
- b. het bestand met personen als bedoeld in artikel 2, tweede lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet;
- c. het bestand met personen als bedoeld in artikel 2, tweede lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet;
- d. het bestand van personen die op grond van een zorgverzekering verzekerd zijn.

§ 5. De bestuursrechtelijke premie

Artikel 6.5.1

Bij samenloop over eenzelfde tijdvak van bestuursrechtelijke premieheffing met één of meer van de navolgende, ingevolge de socialezekerheidswetgeving voorgeschreven inhoudingen of verrekeningen, gaat de bestuursrechtelijke premieheffing voor:

- a. door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen, genoemd in hoofdstuk 5 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen, de Sociale verzekeringsbank, genoemd in hoofdstuk 6 van die wet, of door een college van burgemeester en wethouders verrichte inhouding of verrekening van een door één van deze instanties in het kader van een door die instantie uitgevoerde socialezekerheidswet opgelegde bestuurlijke boete,
- b. inhoudingen of verrekeningen als bedoeld in artikel 24, tweede juncto eerste lid, van de Wet inburgering.

Artikel 6.5.2

De bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d van de Zorgverzekeringswet, bedraagt per maand € 138,50 en de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18e van de Zorgverzekeringswet, bedraagt per maand € 134,08.

Artikel 6.5.3

Indien na beëindiging van de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie ter zake van die premie een restschuld bestaat, maakt het CAK voor de inning daarvan geen gebruik meer van de instrumenten, bedoeld in artikel 18f, tweede of zesde lid, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 6.5.3a

Het CAK stort 23 procent van de in enig kalenderjaar geïnde bestuursrechtelijke premies, bedoeld in artikel 18d van de Zorgverzekeringswet, in 's Rijks kas.

Artikel 6.5.4

1. Het CAK verstrekt een zorgverzekeraar per kalenderjaar een bijdrage voor het onder de dekking van de zorgverzekering houden van verzekerden voor wier zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is.
2. De bijdrage wordt berekend met de formule $(A * B + C * D) * E$ waarbij wordt verstaan onder:
 - A.: het aantal verzekerden voor wier zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd was;
 - B.: het aantal maanden in het kalenderjaar waarvoor de bijdrage wordt verstrekt waarin ter zake van de zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd was;
 - C.: het aantal verzekerden waarvoor de bestuursrechtelijke premie niet verschuldigd was omdat de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet ten gevolge van de toepasselijkheid van het tweede lid, onderdeel b, c of d, van dat artikel nog niet kon worden gedaan;
 - D.: het aantal maanden in het kalenderjaar waarvoor de bijdrage wordt verstrekt waarin ter zake van de zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie niet verschuldigd was omdat de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet ten gevolge van de toepasselijkheid van het tweede lid, onderdeel b, c of d, van dat artikel nog niet kon worden gedaan;
 - E.: de standaardpremie als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag voor het desbetreffende jaar gedeeld door twaalf.
3. De bijdrage wordt slechts verstrekt indien de zorgverzekeraar aantoonbaar in voldoende mate de volgende inspanningen tot inning van de premies en medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemers of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden levert:
 - a. het uiterlijk vanaf tien werkdagen na de uiterste datum voor betaling van de premie treffen of, indien noodzakelijk, door derden laten treffen van maatregelen tot inning en incasso van de premie die betamelijk zijn en in redelijkheid verlangd kan worden en waarbij kosten voor de verzekeringnemer zoveel mogelijk voorkomen worden door:
 - 1°. het informeren van de verzekeringnemer indien een automatische incasso van de premie niet slaagt;
 - 2°. de verzekeringnemer kosteloos een aanmaning te sturen;
 - 3°. de verzekeringnemer een tweede en derde aanmaning te sturen;
 - 4°. niet elke premiefactuur afzonderlijk te verzoeken met incassokosten;
 - b. verzekeringnemers die in verzuim verkeren tot nakoming van een betalingsregeling bedoeld in artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, ten minste eenmalig in staat stellen dit verzuim te herstellen;
 - c. het bevorderen dat verzekeringnemers niet langer de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet verschuldigd zullen zijn door:
 - 1°. het periodiek, doch ten minste jaarlijks, aanbieden en vervolgens uitvoeren van een redelijke, op de omstandigheden van de verzekeringnemer afgestemd betalingsregeling waarin alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar zijn betrokken, met kwijtschelding van eventuele restschulden, ten behoeve van de verzekeringnemers die naar verwachting van de zorgverzekeraar aan de betalingsregeling zullen kunnen voldoen;
 - 2°. het verlenen van medewerking aan het tot stand brengen en uitvoeren van betalingsregelingen en schuldsanering die ten minste in overeenstemming zijn met de door de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren gehanteerde richtlijnen;
 - 3°. het in overleg met gemeenten verlenen van medewerking aan de uitvoering van artikel 6.5.6;
 - d. het inzetten van communicatiemiddelen die zijn afgestemd op de verzekeringnemers ten

behoefte waarvan de inspanningen worden geleverd.

4. De zorgverzekeraar rapporteert in het uitvoeringsverslag, bedoeld in artikel 38 van de Zorgverzekeringswet over het werkelijk aantal verzekerden en maanden, bedoeld in het tweede lid, en over de werkelijk geleverde inspanningen en medewerking, bedoeld in het derde lid, voor zijn verzekerden.
5. Het CAK kan de bijdrage verlagen indien:
 - a. de zorgverzekeraar de voorwaarden, bedoeld in het derde lid en artikel 34a, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet, naar het oordeel van de zorgautoriteit niet in acht heeft genomen;
 - b. naar het oordeel van de zorgautoriteit in overwegende mate aan de zorgverzekeraar te wijten is dat meldingen, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet ten gevolge van de toepasselijkheid van het tweede lid, onderdeel b, c of d, van dat artikel nog niet konden worden gedaan.
6. Het CAK verleent maandelijks ambtshalve een voorschot op de bijdrage dat wordt berekend op basis van het werkelijk aantal verzekerden, bedoeld in het tweede lid.
7. Uiterlijk in april van het tweede jaar volgende op het kalenderjaar ten behoeve waarvan de bijdrage is verleend, stelt het CAK de bijdrage ambtshalve vast.
8. Het CAK is bevoegd het verschil tussen de vastgestelde bijdrage en de bevoorschotte bijdrage te verrekenen met over een later kalenderjaar te verstrekken voorschotten op de bijdrage.

Artikel 6.5.5

[Vervallen per 01-07-2016]

Artikel 6.5.6

1. Onverminderd artikel 18d, tweede lid, onderdelen a, b en c, van de Zorgverzekeringswet is de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van die wet niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de verzekeringnemer aan de volgende voorwaarden voldoet:
 - a. de verzekeringnemer ontvangt algemene bijstand als bedoeld in artikel 5 van de Participatiewet;
 - b. de verzekeringnemer heeft gedurende een periode van ten minste twaalf aaneengesloten maanden algemene bijstand ontvangen of de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering bedragen in totaal minder dan € 600;
 - c. de verzekeringnemer is verzekerd op basis van een modelovereenkomst als bedoeld in artikel 18 van de Zorgverzekeringswet die is aangewezen in een in dat artikel bedoelde overeenkomst die het college van burgemeester en wethouders heeft gesloten ten behoeve van of mede ten behoeve van ontvangers van algemene bijstand, tenzij de verzekeringnemer een zorgverzekering heeft bij een zorgverzekeraar die geen deel uitmaakt van een groep in de zin van artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek met de zorgverzekeraar waarmee de overeenkomst is gesloten;
 - d. de verzekeringnemer heeft het verplicht eigen risico van de zorgverzekering verzekerd of zorgt voor gespreide dan wel tijdige betaling van het verplicht eigen risico;
 - e. de verzekeringnemer heeft een zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico;
 - f. de zorgverzekeraar heeft het bedrag van de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering dat eventueel resteert na afloop van de in onderdeel g bedoelde termijn, kwijtgescholden onder voorwaarde van de betalingen, bedoeld in onderdeel g, de toezegging, bedoeld in onderdeel h, en de betalingen, bedoeld in het tweede lid;
 - g. onder gebruikmaking van de bevoegdheid die het college van burgemeester en wethouders heeft op grond van artikel 57 van de Participatiewet wordt in overeenstemming met de zorgverzekeraar of zorgverzekeraars gedurende maximaal 36 maanden de premie van de zorgverzekering en de aflossing van de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering of zorgverzekeringen ingehouden op de algemene bijstand van de

- verzekeringnemer en aan de zorgverzekeraar of zorgverzekeraars betaald;
- h. de verzekeringnemer zegt toe vanaf het moment dat geen algemene bijstand wordt verleend zorg te dragen voor voortzetting van de betalingen, bedoeld in onderdeel g;
 - i. de verzekeringnemer stemt er mee in aan de voorwaarden, bedoeld onder c, d, e en h te blijven voldoen gedurende de periode, bedoeld onder g, onder voorbehoud van de toepassing van artikel 18d, tweede lid, onderdelen b en c, van de Zorgverzekeringswet.
2. De bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van die wet is wederom verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin niet meer wordt voldaan aan de voorwaarde, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, d, e of g, of waarin de verzekeringnemer waaraan geen algemene bijstand meer wordt verleend niet meer zorg draagt voor voortzetting van de betalingen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel g.

§ 6. Extra bijdrage in geval van catastrofes

Artikel 6.6.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

- a. *catastrophe*: catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de wet;
- b. *catastrofejaar*: catastrofejaar als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel b, van de wet;
- c. *extra bijdrage*: bijdrage als bedoeld in artikel 33 van de wet;
- d. *wet*: Zorgverzekeringswet.

Artikel 6.6.2

1. In dit artikel wordt verstaan onder:

- a. *grondslag*: product van de gemiddelde vereveningsbijdrage, en het op het moment van de toekenning van de vereveningsbijdrage over het catastrofejaar verwacht aantal verzekerden dat de zorgverzekeraar in het catastrofejaar had;
- b. *gemiddelde vereveningsbijdrage*: toegekende vereveningsbijdrage per verzekerde, die wordt berekend door de som van de op grond van artikel 32 van de wet met betrekking tot het catastrofejaar voor alle zorgverzekeraars toegekende vereveningsbijdragen te delen door het verwachte totaalaantal verzekerden in dat jaar;
- c. *de catastrofeschadelast*: de verwachte kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van een catastrofe in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar tezamen, voor de zorgverzekeraar.

2. De toe te kennen extra bijdrage, bedraagt bij:

- a. een catastrofeschadelast van meer dan 4% van de grondslag en minder dan 10% van de grondslag het bedrag ter grootte van $\frac{5}{3}$ vermenigvuldigd met het verschil tussen die catastrofelast en 4% van de grondslag;
- b. een catastrofeschadelast van 10% of meer en niet meer dan 20% van de grondslag, het bedrag ter grootte van die catastrofeschadelast, en een catastrofeschadelast van meer dan 20% van de grondslag, het bedrag ter grootte van 20% van de grondslag.

3. Het Zorginstituut kent overeenkomstig door hem opgestelde beleidsregels een lagere extra bijdrage toe dan op grond van het tweede lid, indien de zorgverzekeraar het verzoek om toekenning van de extra bijdrage niet voor het einde van het kalenderjaar volgend op het catastrofejaar, heeft ingediend.

4. De toepassing van het derde lid blijft ten aanzien van de zorgverzekeraar achterwege indien redelijkerwijs niet kan worden geoordeeld dat hij in verzuim is geweest.

Artikel 6.6.3

1. De betaling van de toegekende extra bijdrage geschiedt overeenkomstig de daarvoor door het Zorginstituut vastgestelde beleidsregels, waarin ten minste een betaalschema is opgenomen dat

rekening houdt met het betaalschema van de zorgverzekeraar.

2. Het Zorginstituut stelt een gehele of gedeeltelijke betaling van de toegekende extra bijdrage afhankelijk van de tijdige aanlevering van de daartoe benodigde gegevens bij hem door de zorgverzekeraar.

Artikel 6.6.4

Een zorgverzekeraar aan wie het Zorginstituut een extra bijdrage heeft toegekend neemt in de afzonderlijke administratie, bedoeld in artikel 33, derde lid, van de wet, op:

- a. de kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van de catastrofe, en
- b. het deel van de kosten, bedoeld in onderdeel a, dat niet behoort tot de catastrofeschadelast.

Artikel 6.6.5

1. In dit artikel wordt verstaan onder:

- a. *grondslag*: product van de gemiddelde vereveningsbijdrage, en het werkelijke aantal verzekerden dat de zorgverzekeraar in het catastrofejaar had;
- b. *gemiddelde vereveningsbijdrage*: vastgestelde vereveningsbijdrage per verzekerde, die wordt berekend door de som van de op grond van artikel 34 van de wet met betrekking tot het catastrofejaar voor alle zorgverzekeraars vastgestelde vereveningsbijdragen te delen door het werkelijke totaal aantal verzekerden in dat jaar;
- c. *de catastrofeschadelast*: de kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van een catastrofe die een zorgverzekeraar in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar tezamen, voor de zorgverzekeraar.

2. De vast te stellen extra bijdrage, bedraagt bij:

- a. een catastrofeschadelast van 4% of minder van de grondslag, nihil.
- b. een catastrofeschadelast van meer dan 4% van de grondslag en minder dan 10% van de grondslag, het bedrag ter grootte van 5/3 vermenigvuldigd met het verschil tussen die catastrofelast en 4% van de grondslag;
- c. een catastrofeschadelast van 10% of meer en niet meer dan 20% van de grondslag, het bedrag ter grootte van die catastrofeschadelast, en
- d. een catastrofeschadelast van meer dan 20% van de grondslag, het bedrag ter grootte van 20% van de grondslag.

3. Het Zorginstituut stelt overeenkomstig door hem opgestelde beleidsregels de extra bijdrage lager vast dan op grond van het tweede lid, indien dat instituut ten aanzien van de zorgverzekeraar artikel 6.6.2, derde lid, heeft toegepast.

§ 7. Uitvoering van artikel IIIA van de Veegwet VWS 2013

Artikel 6.7.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

budget: door de zorgautoriteit vastgesteld tarief voor geheel van prestaties;

gereguleerd tarief: door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld vast tarief onderscheidenlijk bedrag dat ten minste of ten hoogste als tarief in rekening kan worden gebracht;

laatste budgetjaar: kalenderjaar onmiddellijk voorafgaande aan het jaar waarin voor de aangewezen categorie van zorgaanbieders een prestatiebekostigingssysteem is gaan gelden;

opbrengstverschil: door de zorgautoriteit vastgesteld verschil tussen het budget en de opbrengsten van de zorgaanbieder over het laatste budgetjaar ter zake van diagnose behandeling combinaties waarvoor in het laatste budgetjaar een gereguleerd tarief gold;

percentage opbrengstverschil voor de zorgverzekeraar: relatieve deel van het

opbrengstverschil dat de zorgautoriteit naar rato van zijn marktaandeel aan de zorgverzekeraar heeft toegeedeeld;

prestatiebekostigingssysteem: bekostigingssysteem voor een zorgaanbieder op basis van uitgevoerde diagnose behandeling combinaties;

schadelastbedrag: door de zorgverzekeraars vergoede bedrag;

zorgaanbieder: zorgaanbieder als bedoeld 1, onderdeel c, van de Wet marktordening gezondheidszorg die behoort tot een in artikel 6.7.2, eerste lid, aangewezen categorie;

zorgautoriteit: Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Zorginstituut: Zorginstituut Nederland, genoemd in artikel 58 van de Zorgverzekeringswet;

zorgverzekeraar: zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 6.7.2

1. Als categorieën zorgaanbieders op grond van artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013, worden aangewezen:
 - a. algemene ziekenhuizen;
 - b. academische ziekenhuizen;
 - c. revalidatie instellingen;
 - d. radiotherapeutische centra;
 - e. dialyse centra;
 - f. audiologische centra;
 - g. klinisch genetische centra;
 - h. het Oogziekenhuis in Rotterdam;
 - i. epilepsie-instellingen;
 - j. long-astma-instellingen, en
 - k. het Beatrixoord in Haren (Groningen).
2. Het Zorginstituut neemt bij de toepassing van artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013, de door een zorgaanbieder geleverde diagnose behandeling combinaties in aanmerking waarvoor in het laatste budgetjaar een door de zorgautoriteit vastgesteld gereguleerd tarief gold en die in het laatste budgetjaar zijn geopend en in het daaropvolgende kalenderjaar zijn afgesloten.

Artikel 6.7.3

1. Het Zorginstituut berekent de bedragen, bedoeld in artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013, overeenkomstig het tweede lid.
2. Het Zorginstituut:
 - a. bepaalt per zorgaanbieder de som van:
 - 1°. 50% van het schadelastbedrag ter zake van de diagnose behandeling combinaties waarvoor een gereguleerd tarief gold die in het kalenderjaar voorafgaand aan het laatste budgetjaar zijn geopend en in het laatste budgetjaar zijn afgesloten,
 - 2°. het schadelastbedrag ter zake van de diagnose behandeling combinaties waarvoor een gereguleerd tarief gold die in het laatste budgetjaar zijn geopend en afgesloten,
 - 3°. 50% van het schadelastbedrag ter zake van de diagnose behandeling combinaties waarvoor een gereguleerd tarief gold en die in het laatste budgetjaar zijn geopend en in het daaropvolgende kalenderjaar zijn afgesloten;
 - b. bepaalt per zorgaanbieder het quotiënt van 50% van het schadelastbedrag, bedoeld in onderdeel a, onder 3°, en van de uitkomst van onderdeel a;
 - c. vermenigvuldigt de uitkomst van onderdeel b met het opbrengstverschil van de zorgaanbieder;
 - d. vermenigvuldigt per zorgaanbieder de uitkomst van onderdeel c met het percentage opbrengstverschil voor de zorgverzekeraar, en
 - e. sommeert per zorgverzekeraar de uitkomsten per zorgaanbieder van onderdeel d.

Artikel 6.7.4

De verrekening, bedoeld in artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013, vindt plaats bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het laatste budgetjaar van de aangewezen categorie van zorgaanbieders.

§ 8. Anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde personen

Artikel 6.8

1. Het Zorginstituut verstrekt aan het landelijk politiekorps, bedoeld in artikel 25, eerste lid, van de Politiewet 2012, uitkeringen ter vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet verleend door zorgaanbieders aan personen die zijn opgenomen in het stelsel van Bewaken & Beveiligen van het Openbaar Ministerie en aan wie de maatregel anonimiteit is opgelegd.
2. De in het eerste lid bedoelde uitkeringen worden uitsluitend verstrekt op verzoek van het landelijk politiekorps, bedoeld in het eerste lid.

§ 9. Nationaal contactpunt

Artikel 6.9.1

1. Het Zorginstituut verstrekt patiënten en zorgaanbieders uit een lidstaat van de Europese Unie op verzoek algemene informatie over de rechten en aanspraken op grensoverschrijdende zorg, in het bijzonder over de voorwaarden met betrekking tot de vergoeding van zorgkosten, de procedures voor toegang tot en vaststelling van aanspraken en de rechtsmiddelen die daarbij voor hen ontstaan en de namen en contactgegevens van de nationale contactpunten in andere lidstaten.
2. In de informatie wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen de rechten die patiënten hebben op grond van Richtlijn 2011/24/EU en Verordening (EG) Nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004, betreffende de coördinatie van socialezekerheidsstelsels (Pb EU 2004, L 166).

Artikel 6.9.2

1. Het Zorginstituut verstrekt patiënten uit een andere lidstaat van wie de behandeling in Nederland plaatsvindt op verzoek informatie over:
 - zorgaanbieders, waaronder informatie over het recht van een specifieke zorgaanbieder om diensten te verlenen of mogelijke beperkingen ten aanzien van zijn praktijk;
 - patiëntenrechten, klachtenregelingen en rechtsmiddelen overeenkomstig de Nederlandse wetgeving;
 - de wettelijke en bestuursrechtelijke opties om geschillen te beslechten, onder meer als schade ontstaat als gevolg van zorg die wordt verleend of voorgeschreven in Nederland;
 - kwaliteits- en veiligheidsnormen en -richtsnoeren die in Nederland zijn vastgesteld, inclusief de bepalingen over toezicht op en beoordeling van zorgaanbieders en over de vraag op welke zorgaanbieders deze normen en richtsnoeren van toepassing zijn;
 - informatie over de toegankelijkheid van ziekenhuizen voor personen met een handicap.
2. De informatie wordt gemakkelijk toegankelijk gemaakt en voor zover nodig met elektronische middelen en in een voor personen met een handicap toegankelijk formaat beschikbaar gesteld.

Artikel 6.9.3

1. Het Zorginstituut overlegt met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de uitvoering van Richtlijn 2011/24/EU.
2. Het Zorginstituut werkt nauw samen met de Europese Commissie en bevordert informatie-uitwisseling met andere nationale contactpunten.
3. Het Zorginstituut verleent andere lidstaten alle bijstand die voor de uitvoering van Richtlijn

2011/24/EU nodig is.

Artikel 6.9.4

Het Zorginstituut verstrekt patiënten informatie over de gegevens die op grond van Uitvoeringsrichtlijn 2012/52/EU van de Commissie tot vaststelling van maatregelen om de erkenning van in een andere lidstaat verstrekte medische recepten te vergemakkelijken (Pb EU 2012, L 356) moeten worden opgenomen in recepten die worden verstrekt in een andere lidstaat dan de lidstaat waar de genees- of hulpmiddelen worden verstrekt.

Artikel 6.9.5

Het Zorginstituut betreft met ingang van 1 januari 2017 het CAK bij de uitvoering van deze paragraaf.

Hoofdstuk 6a. Ondersteuning Zvw-pgb

Artikel 6a.1

De Sociale verzekeringsbank wordt aangewezen als de publiekrechtelijke rechtspersoon, bedoeld in artikel 13a, achtste lid, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 6a.2

1. De ondersteuning, bedoeld in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet bestaat uit:
 - a. het namens de verzekerde die ten aanzien van zijn zorgverlener inhoudingsplichtige is, indienen van declaraties bij zijn zorgverzekeraar, ontvangen van de vergoedingen van zijn zorgverzekeraar, betalen van zijn zorgverleners met de ontvangen vergoedingen, voeren van een salarisadministratie en doen van aangiften en afdrachten;
 - b. de verzekerde bijstaan of doen bijstaan in zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap waaronder ten aanzien van ziekte, ontslag, arbeidsomstandighedenregelgeving, zaakschade, aansprakelijkheid en rechtsbijstand.
2. De ondersteuning wordt kosteloos verstrekt.

Artikel 6a.3

1. De Sociale verzekeringsbank stelt voorwaarden aan het verkrijgen van de ondersteuning voor zover dit voor de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs van belang is.
2. De Sociale verzekeringsbank legt haar werkwijze vast en informeert verzekerden en zorgverzekeraars hierover.

Artikel 6a.4

1. De verzekerde verleent medewerking aan de Sociale verzekeringsbank voor zover dat van hem ten behoeve van de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs kan worden verwacht.
2. De verzekerde doet aan de Sociale verzekeringsbank op verzoek of onverwijld uit eigen beweging mededeling van gegevens waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de ondersteuning.

Artikel 6a.5

De Sociale verzekeringsbank kan de ondersteuning geheel of gedeeltelijk weigeren, opschorten of beëindigen indien de verzekerde niet meer beschikt over een Zvw-pgb of indien niet of niet langer wordt voldaan aan het gestelde bij of krachtens de artikelen 6a.3 en 6a.4.

Artikel 6a.6

1. De Minister verstrekt de Sociale verzekeringsbank jaarlijks een bijdrage voor de kosten van de ondersteuning.
2. De Sociale verzekeringsbank dient vóór 1 oktober een aanvraag, voorzien van een begroting met toelichting, tot verlening van een bijdrage voor het daaropvolgende jaar in bij de Minister.
3. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het verlenen van de bijdrage en van voorschotten op de bijdrage.
4. De Minister kan de Sociale verzekeringsbank bij de verlening van de bijdrage verplichtingen opleggen met betrekking tot de uitvoering van de ondersteuning of het verkrijgen van de bijdrage.
5. Na afloop van het jaar waarvoor de bijdrage is verstrekt, dient de Sociale verzekeringsbank vóór 1 juli een aanvraag, voorzien van een financieel verslag met toelichting, tot vaststelling van de bijdrage in bij de Minister.
6. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het vaststellen van de bijdrage.

Hoofdstuk 7. Verwerking persoonsgegevens

Artikel 7.1

1. Als persoonsgegevens, waaronder gegevens over gezondheid, die voor een zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zorgverzekeringswet worden aangemerkt de in artikel 7.2 bedoelde persoonsgegevens.
2. Een zorgverzekeraar mag de in het eerste lid bedoelde gegevens gebruiken voor het verrichten van formele controle dan wel materiële controle ten behoeve van:
 - a. de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder;
 - b. de geheel of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor aan een verzekerde geleverde prestatie;
 - c. de vaststelling van de eigen bijdragen van een verzekerde;
 - d. de vaststelling van een verplicht of vrijwillig eigen risico van een verzekerde, en
 - e. het verrichten van fraudeonderzoek.
3. Een zorgverzekeraar mag de in het eerste lid bedoelde gegevens gebruiken voor het uitoefenen van verhaalsrecht.

Artikel 7.2

De zorgverzekeraar beschikt ten behoeve van de in het voorgaande artikel aangegeven doelen en van de uitvoering van artikel 7.4a, over de volgende gegevens van de verzekerde:

- a. naam, adres, postcode en woonplaats;
- b. polisnummer, burgerservicenummer, geslacht en geboortedatum;
- c. de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie;
- d. wanneer en in voorkomend geval ten gevolge van welke catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, de prestatie is geleverd;
- e. het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
- f. de gegevens die op grond van een declaratieregeling moeten worden verstrekt;
- g. de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van die verzekerde en
- h. het bank- of girorekeningnummer;
- i. overige gegevens die noodzakelijk zijn voor het verrichten van materiële controle dan wel fraudeonderzoek.

Artikel 7.2a. (declareren via VECOZO B.V.)

1. Dit artikel is van toepassing indien een zorgaanbieder de kosten van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg door tussenkomst van VECOZO B.V. in rekening brengt bij een zorgverzekeraar.
2. Mits vermeld in een declaratieregeling die van toepassing is voor een zorgaanbieder, bedoeld in het eerste lid, beschikt de zorgverzekeraar, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens dit artikel, over het gegeven zorgvraagzwaarte van de verzekerde voor de analyses en controles als bedoeld in de artikelen 7.6 tot en met 7.9, met het oog op de uitvoering van formele en materiële controle ten behoeve van de in artikel 7.1, tweede lid, aangegeven doelen en voor zover dat noodzakelijk is voor de zorgverzekeraar om te voldoen aan zijn verplichting om gegevens te leveren aan het Zorginstituut ten behoeve van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet.
3. De zorgaanbieder, bedoeld in het eerste lid, verstrekt de gegevens die op grond van het bij of krachtens artikel 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg bepaalde moeten worden verstrekt, aan de zorgverzekeraar door tussenkomst van VECOZO B.V.
4. Het gegeven zorgvraagzwaarte, bedoeld in het tweede lid, wordt door VECOZO B.V. gemaskeerd alvorens VECOZO B.V. dat gemaskeerde gegeven, met de overige gegevens bedoeld in het derde lid, aan de zorgverzekeraar verstrekt.
5. De zorgverzekeraar ontvangt de door de zorgaanbieder verstrekte gegevens, bedoeld in het derde lid, van VECOZO B.V., waarbij het gegeven zorgvraagzwaarte van de verzekerde is gemaskeerd.
6. De zorgverzekeraar verstrekt gegevens bedoeld in het vijfde lid aan Vektis C.V. ten behoeve van het maken van analyses voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of de Zorgverzekeringswet en ten behoeve van het verrichten van controle of fraudeonderzoek, waarbij het gegeven zorgvraagzwaarte van de verzekerde is gemaskeerd.
7. Vektis C.V. ontvangt de door de zorgaanbieder verstrekte gegevens, bedoeld in het derde lid, van VECOZO B.V., waarbij het gegeven zorgvraagzwaarte van de verzekerde niet is gemaskeerd.
8. Vektis C.V. verstrekt op verzoek van een zorgverzekeraar aan die zorgverzekeraar het gegeven zorgvraagzwaarte indien en voor zover dat noodzakelijk is voor de zorgverzekeraar om te voldoen aan zijn verplichting om gegevens te leveren aan het Zorginstituut ten behoeve van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, nadat het gegeven zorgvraagzwaarte door Vektis C.V. is versleuteld.
9. De zorgverzekeraar verstrekt op verzoek van het Zorginstituut aan deze het gegeven zorgvraagzwaarte, zoals dat gegeven door Vektis C.V. is versleuteld, ten behoeve van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door het Zorginstituut.
10. Vektis C.V. verstrekt op verzoek van het Zorginstituut aan deze de sleutel om het door Vektis C.V. versleutelde gegeven zorgvraagzwaarte te ontsleutelen ten behoeve van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door het Zorginstituut.

Artikel 7.2b

1. VECOZO B.V. en Vektis C.V. dragen zorg voor passende technische en organisatorische maatregelen om persoonsgegevens te beveiligen bij de verwerkingen, bedoeld in artikel 7.2a, tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking.
2. De door Vektis C.V. aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars te verstrekken analyses, bedoeld in artikel 7.2a, bevatten geen tot individuele verzekerden te herleiden zorgvraagzwaartegegevens.
3. Voor VECOZO B.V. en Vektis C.V. gelden dezelfde wettelijke voorschriften inzake geheimhouding van de verwerkte gegevens, bedoeld in artikel 7.2a, als voor de zorgverzekeraar.
4. Personen werkzaam bij of ten behoeve van VECOZO B.V. en Vektis C.V. voor wie niet reeds uit hoofde van ambt of beroep een geheimhoudingsplicht geldt, zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens die zij op grond van artikel 7.2a verwerken, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht.

5. De zorgverzekeraar beschikt niet over de sleutel om het versleutelde gegeven zorgvraagzwaarte, bedoeld in artikel 7.2a te ontsleutelen.
6. De zorgverzekeraar beschikt, met inachtneming van het bepaalde in de artikelen 7.5 tot en met 7.11 inzake de uitvoering van materiële controle, over het gegeven zorgvraagzwaarte indien op grond van analyse op basis van geaggregeerde gegevens of naar aanleiding van een ander signaal er reden is voor het instellen van nadere formele of materiële controles, met dien verstande dat indien en voor zover dat noodzakelijk is voor die controles, het gegeven zorgvraagzwaarte van de patiënt of de gegevens die noodzakelijk zijn voor het onderbouwen en afleiden van het gegeven zorgvraagzwaarte van de desbetreffende patiënt herleidbaar naar die individuele patiënt wordt, respectievelijk worden verwerkt onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur in opdracht van de zorgverzekeraar.
7. De zorgautoriteit kan in een declaratieregeling, bedoeld in artikel 7.2a, tweede lid, en onder daarbij te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen, bepalen:
 - a. op welke wijze het gegeven zorgvraagzwaarte moet worden gemaskeerd en
 - b. dat de verplichting tot verstrekken van het gegeven zorgvraagzwaarte bij uitzondering niet van toepassing is.

Artikel 7.2c. (declareren 'op papier'/ niet via VECOZO)

1. Dit artikel is van toepassing indien de verzekerde of de zorgaanbieder namens de verzekerde de kosten van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zonder tussenkomst van VECOZO B.V. in rekening brengt bij diens zorgverzekeraar.
2. De zorgverzekeraar beschikt, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens dit artikel, niet over het tot een individuele verzekerde te herleiden zorgvraagzwaartegegevens.
3. De zorgaanbieder, bedoeld in het eerste lid, verstrekt de gegevens, die op grond van het bij of krachtens artikel 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg bepaalde moeten worden verstrekt aan de verzekerde of namens een verzekerde aan diens zorgverzekeraar, zonder tussenkomst van VECOZO B.V.
4. Het zesde en zevende lid van artikel 7.2b zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 7.3

1. De zorgaanbieder is verplicht tenzij bij of krachtens deze regeling anders wordt bepaald de in artikel 7.2, onderdeel a tot en met g, bedoelde gegevens te verstrekken aan:
 - a. de zorgverzekeraar, of een door die zorgverzekeraar daartoe aangewezen persoon, indien die zorgaanbieder het tarief voor de geleverde prestatie krachtens een door hem met de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst rechtstreeks bij die zorgverzekeraar in rekening brengt;
 - b. de verzekerde, indien de zorgaanbieder het tarief voor de geleverde prestatie bij de verzekerde in rekening brengt.
2. De zorgaanbieder is verplicht de in artikel 7.2, onderdeel i, bedoelde gegevens desgevraagd te verstrekken aan de zorgverzekeraar of aan een door die zorgverzekeraar daartoe aangewezen persoon.
3. Voor de door de zorgverzekeraar of de verwerker aangewezen persoon gelden dezelfde wettelijke voorschriften inzake de geheimhouding van de verwerkte gegevens als voor de zorgverzekeraar of de verwerker die hem heeft aangewezen.

Artikel 7.4

1. De zorgverzekeraar verricht materiële controle op de wijze zoals bepaald in de artikelen 7.2a tot en met 7.2c en 7.5 tot en met 7.9.

2. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan de overeenkomstig het eerste lid uitgevoerde materiële controle.
3. De zorgverzekeraar verricht fraudeonderzoek op de wijze zoals bepaald in artikel 7.10.
4. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan overeenkomstig het derde lid uitgevoerd fraudeonderzoek.

Artikel 7.4a

De zorgverzekeraar verstrekt aan het CAK voor 1 oktober van het jaar waarin een uitkering als bedoeld in artikel 118a van de wet wordt verstrekt, van zijn verzekerden of gewezen verzekerden die in dat jaar de leeftijd van achttien jaar hebben bereikt of nog zullen bereiken en die in de twee kalenderjaren, voorafgaande aan dat jaar voldoen aan de voorwaarden, bedoeld in artikel 8.3, eerste lid, of in een DKG als bedoeld in artikel 8.3, tweede lid, zijn ingedeeld, de volgende persoonsgegevens:

- a. het burgerservicenummer;
- b. het bank- of girorekeningnummer.

Artikel 7.5

1. De zorgverzekeraar stelt voorafgaand aan de uitvoering van materiële controle het doel ervan vast door te bepalen wanneer voldoende zekerheid is verkregen dat de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd of die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. Bij de vaststelling neemt de zorgverzekeraar het bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg door de Nederlandse Zorgautoriteit bepaalde met betrekking tot het uitvoeren van controles in acht.
2. De vaststelling door de zorgverzekeraar wanneer voldoende zekerheid is verkregen dat de geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde, geschiedt met inachtneming van het bepaalde in artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering en zodanig dat voor verzekerden en zorgaanbieders zoveel mogelijk inzichtelijk is welke maatstaven daarbij gelden.
3. De zorgverzekeraar mag verzekerden met gebruikmaking van persoonsgegevens waarover hij in verband met de uitvoering van de zorgverzekering reeds beschikt enquêteformulieren zenden om onderzoek te doen
 - 1°. of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend, en
 - 2°. naar de door die verzekerden ervaren kwaliteit van de verzekerde zorg die een zorgaanbieder verleent of heeft verleend.
4. Bij de verzending van enquêteformulieren als bedoeld in het derde lid informeert de zorgverzekeraar de verzekerde erover dat hij niet verplicht is tot beantwoording van de gestelde vragen en dat onthouden van medewerking op geen enkele wijze tot zijn nadeel zal strekken.
5. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat terug ontvangen enquêteformulieren als bedoeld in het derde lid, onderdeel 2°, niet herleidbaar zijn tot personen en dat niet herleidbaar is welke verzekerden geen formulier hebben teruggestuurd.

Artikel 7.6

1. De zorgverzekeraar voert een algemene risicoanalyse uit op basis van gegevens waarover deze in verband met de uitvoering van de zorgverzekering beschikt.
2. De zorgverzekeraar stelt op basis van de in het eerste lid uitgevoerde algemene risicoanalyse een algemeen controleplan vast, waarin de objecten van materiële controle en de in te zetten controle-instrumenten zijn opgenomen.

3. Het naar aanleiding van de algemene risicoanalyse opgestelde algemene controleplan voorziet niet in de inzet van het controle-instrument detailcontrole.
4. Indien uit het uitgevoerde algemene controleplan blijkt dat het controledoel, bedoeld in artikel 7.5, eerste lid, is bereikt, kan alleen detailcontrole worden uitgevoerd als er van een ander dan de zorgverzekeraar afkomstige of uit de uitgevoerde controle voortvloeiende aanwijzingen zijn waaruit blijkt dat er sprake is van onvoldoende zekerheid.

Artikel 7.7

De zorgverzekeraar maakt informatie openbaar over het ingevolge artikel 7.5 vastgestelde controledoel en het ingevolge artikel 7.6 vastgestelde algemene controleplan op een zodanige wijze dat die informatie voor verzekerden en zorgaanbieders gemakkelijk verkrijgbaar is.

Artikel 7.8

1. De zorgverzekeraar voert geen detailcontrole uit, dan nadat is voldaan aan de volgende voorwaarden:
 - a. de zorgverzekeraar heeft een specifieke risicoanalyse verricht op de bevindingen uit het uitgevoerde algemene controleplan bedoeld in artikel 7.6, tweede lid;
 - b. de zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van de specifieke risicoanalyse een specifiek controleplan en specifiek controledoel opgesteld, waarin de objecten van materiële controle en de methoden van detailcontrole zijn opgenomen;
 - c. het overeenkomstig onderdeel b vastgestelde specifieke doel van de materiële controle kan zonder detailcontrole niet worden bereikt;
 - d. uit het specifieke controleplan blijkt dat de detailcontrole niet verder gaat dan gelet op het met het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het te onderzoeken geval noodzakelijk is;
 - e. de zorgverzekeraar heeft de zorgaanbieder voorafgaand aan de uitvoering van de detailcontrole toereikende – en op verzoek van de zorgaanbieder schriftelijke – informatie verstrekt waarin wordt gemotiveerd hoe is voldaan aan de in dit lid genoemde voorwaarden.
2. Indien bij de uitvoering van detailcontrole persoonsgegevens van verzekerden worden verwerkt, geschiedt dit onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur in opdracht van de zorgverzekeraar en is deze op voorafgaand verzoek van de zorgaanbieder aanwezig bij dit deel van de controle.
3. In afwijking van het eerste lid kan de zorgverzekeraar met betrekking tot een individuele verzekerde detailcontrole uitvoeren zonder dat de in dat lid genoemde voorwaarden van toepassing zijn, indien deze verzekerde ten behoeve van de materiële controle schriftelijk toestemming aan de zorgaanbieder heeft gegeven voor verstrekking van hem betreffende gegevens over gezondheid aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verwerkt bij de detailcontrole niet meer gegevens dan gelet op het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het geval noodzakelijk is.
4. De zorgverzekeraar informeert de zorgaanbieder over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van de detailcontrole en stelt de zorgaanbieder in de gelegenheid daarop binnen een redelijke termijn te reageren. De zorgverzekeraar betreft de reactie van de zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van de detailcontrole en bericht deze uitkomsten aan de zorgaanbieder.

Artikel 7.9

1. De zorgverzekeraar legt de specifieke risicoanalyse en de uitvoering van detailcontroles in zijn administratie vast om toetsing door en verantwoording aan toezichthouders mogelijk te maken. Daarbij worden niet meer persoonsgegevens, waaronder gegevens over gezondheid, verwerkt dan voor dit doel noodzakelijk is.
2. De zorgverzekeraar bewaart na detailcontroles de daarbij verwerkte persoonsgegevens van verzekerden niet langer dan noodzakelijk is voor het doel waarvoor zij zijn verkregen.

Artikel 7.10

1. Bij fraudeonderzoek zijn de voorwaarden bedoeld in artikel 7.8, eerste lid, onderdelen b en d, van overeenkomstige toepassing, en is de in onderdeel e bedoelde voorwaarde van overeenkomstige toepassing voor zo ver het onderzoeksbelang of het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken verzekerde zich daar niet tegen verzet.
2. In afwijking van het eerste lid kan de zorgverzekeraar met betrekking tot een individuele verzekerde detailcontrole uitvoeren zonder dat de in dat lid genoemde voorwaarden van toepassing zijn, indien deze verzekerde ten behoeve van het fraudeonderzoek schriftelijk toestemming heeft gegeven voor verstrekking van hem betreffende gegevens over gezondheid aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verwerkt bij de detailcontrole niet meer gegevens dan gelet op het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het geval noodzakelijk is.

Artikel 7.11

De zorgverzekeraar verwerkt de persoonsgegevens, bedoeld in artikel 87, eerste en tweede lid, van de wet slechts verder voor de uitvoering van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering indien en voor zo ver dit noodzakelijk is voor de doelen omschreven in artikel 7.1 van deze regeling.

Hoofdstuk 7a. Gegevens die de zorgaanbieder moet verstrekken aan het CAK indien hij in aanmerking wenst te komen voor een bijdrage in de kosten in verband met het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen

Artikel 7a.1

1. De gegevens als bedoeld in artikel 122a, tiende lid, van de Zorgverzekeringswet, bestaan uit:
 - a. de prestatiebeschrijving van de aan de vreemdeling geleverde prestatie;
 - b. het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
 - c. de in verband met het voor die prestatie in rekening gebrachte tarief ontvangen betalingen of vergoedingen van de vreemdeling, zijn verzekeraar of derden;
 - d. de leeftijd, de nationaliteit, de initialen en het geslacht van de vreemdeling.
2. Bij de gegevens, bedoeld in het eerste lid, wordt vermeld wanneer de prestatie is geleverd.

Hoofdstuk 7b. Gegevens die moeten worden uitgewisseld in verband met werkzaamheden gericht op het voorkomen of verminderen van schulden voortvloeiende uit de zorgverzekering

Artikel 7b.1

1. Als uitvoering van de zorgverzekeringen en de Zorgverzekeringswet, bedoeld in artikel 89, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, worden in ieder geval aangemerkt:
 - a. werkzaamheden gericht op het voorkomen of verminderen van achterstand van de betaling door een verzekeringnemer van de premie, het verplicht eigen risico, het vrijwillig eigen risico, de eigen bijdragen, de eigen betalingen, de rente, de incasso- en deurwaarderskosten;
 - b. werkzaamheden die erop gericht zijn te bewerkstelligen dat een verzekeringnemer niet langer een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is.
2. Voor de uitvoering van de werkzaamheden bedoeld in het eerste lid is het noodzakelijk dat de zorgverzekeraar en het college van burgemeester en wethouders de volgende gegevens uitwisselen:
 - a. naam, adres, postcode, woonplaats, geboortedatum en burgerservicenummer van de op de zorgpolis vermelde verzekeringnemer en verzekerden;
 - b. het unieke zorgverzekeraarsidentificatienummer van de zorgverzekeraar, de zorgpolis en gegevens over de toepassing van artikel 18 van de Zorgverzekeringswet ten behoeve van de verzekeringnemer;

- c. de door de verzekeringnemer verschuldigde bedragen met betrekking tot de premie, het verplicht eigen risico, het vrijwillig eigen risico, de eigen bijdragen, de eigen betalingen, de rente, de incasso- en deurwaarderskosten;
 - d. gegevens over de toepassing van afdeling 3.3.2 van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraar ten aanzien van de verzekeringnemer;
 - e. de bedragen die op de bijstand, bedoeld in artikel 5 van de Participatiewet, van de verzekeringnemer ten behoeve van de zorgverzekeraar worden ingehouden en betaalbaar gesteld.
3. Voor de uitvoering van de werkzaamheden bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, verstrekt het CAK op verzoek aan het college van burgemeester en wethouders de volgende gegevens:
- a. naam, adres, postcode, woonplaats, geboortedatum en burgerservicenummer van de verzekeringnemer;
 - b. het unieke zorgverzekeraarsidentificatienummer van de zorgverzekeraar;
 - c. de door de verzekeringnemer verschuldigde bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, de datum vanaf wanneer de verzekeringnemer de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is en de wijze van inning van de bestuursrechtelijke premie.

Hoofdstuk 8. Overige en slotbepalingen

Artikel 8.1

Indien de verzekerde op het tijdstip van inwerkingtreding van deze regeling in het bezit is van een hoortoestel als bedoeld in artikel 2.14, eerste lid, onderdeel a, wordt dit toestel voor de toepassing van artikel 2.14, derde tot en met het zesde lid, beschouwd als te zijn verstrekt op grond van deze regeling.

Artikel 8.2

1. Ter zake van het verlenen van zorg of diensten in ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg anders dan in ziekenhuizen, is artikel 118, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet van toepassing.
2. Het eerste lid is niet van toepassing op instellingen waarin een enkelvoudige onderzoek- of behandel functie wordt uitgeoefend, klinische revalidatie-instellingen, centra voor epileptici, brandwondencentra en astmacentra.

Artikel 8.3

[Vervallen per 01-01-2016]

Artikel 8.4

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2006, met uitzondering van de artikelen 2.2 en 2.3 die in werking treden met ingang van 1 januari 2007.

Artikel 8.5

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling zorgverzekering.

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

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