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

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

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

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

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

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

Hebben goedgevonden en verstaan:

Hoofdstuk 1. Definities en algemene bepalingen

Artikel 1

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

- a. *wet*: de Zorgverzekeringswet;
- b. *verblijf*: verblijf gedurende het etmaal;
- c. *eigen bijdrage*: een eigen bijdrage als bedoeld in artikel 11, derde lid van de wet;
- d. geregistreerd geneesmiddel: een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning is verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
- e. *beschikbare middelen*: het bedrag dat in totaal voor het daaropvolgende kalenderjaar aan de zorgverzekeraars kan worden toegekend, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de wet;
- f. *premie*: de premie, bedoeld in artikel 16 van de wet;
- g. *nominale rekenpremie*: het fictieve bedrag voor verzekerde prestaties dat in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij de berekening van de beschikbare middelen wordt gehanteerd als het fictieve bedrag dat op jaarbasis per verzekerde door een zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht;
- h. het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico: het geraamde bedrag dat verzekerden gemiddeld op grond van artikel 18a, eerste lid, van de wet in een kalenderjaar aan de zorgverzekeraar betalen;
- i. *macro-prestatiebedrag*: de beschikbare middelen, met uitzondering van de middelen, bedoeld in de artikelen 3.15 en 3.16, vermeerderd met de voor zorgverzekeraars geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie en vermeerderd met het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico van alle verzekerden tezamen;
- j. *bijdrage*: de bijdrage, bedoeld in artikel 32, eerste lid, van de wet;
- k. *leeftijd en geslacht*: verdeelcriteria waarbij verzekerden worden ingedeeld op basis van hun leeftijd en geslacht;
- l. *aard van het inkomen*: een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld op basis van de aard van hun inkomen;
- m. *regio*: een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in categorieën op basis van de postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is;
- n. *FKG's*: Farmaceutische kostengroepen, een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in categorieën chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;
- o. *DKG's*: Diagnose kostengroepen, een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in clusters van aandoeningengroepen die geïdentificeerd zijn op grond van uitgevoerde Diagnose Behandeling Combinaties;
- p. *normatief bedrag*: het aan een zorgverzekeraar toegerekende aandeel in het macro-prestatiebedrag.
- q. *hogekostencompensatie*: het poolen dan wel verrekenen met het Zorgverzekeringsfonds van een bij ministeriële regeling te bepalen percentage van de kosten van verzekerden met betrekking tot in dit besluit genoemde deelbedragen, voor zover zij uitgaan boven een bij ministeriële regeling te omschrijven drempel;

- r. *nacalculatie*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil tussen kosten en het deelbedrag per zorgverzekeraar, per onderscheiden categorie van prestaties;
- s. *deelbedrag*: het normatief bedrag per onderscheiden categorie van prestaties
- t. *generieke verevening*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil per zorgverzekeraar tussen de kosten en het deelbedrag in relatie met de verschillen tussen de kosten en het deelbedrag bij andere zorgverzekeraars, per onderscheiden categorie van prestaties;
- u. in-vitrofertilisatiepoging: zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:
 - 1°. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw,
 - 2°. het afnemen van eicellen,
 - 3°. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium, en
 - 4°. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Hoofdstuk 2. De inhoud van de zorgverzekering

§ 1. De te verzekeren prestaties

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
 - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Artikel 2.3

1. Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties tot een door die maatschappij te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
2. Het eerste lid geldt slechts indien de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde zijn zorgverzekering heeft, zijn verplichtingen die in geval van terroristische handelingen uit de zorgverzekering voortvloeien, heeft herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.
3. Indien na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van dit besluit een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op

de prestaties, bedoeld in het eerste lid, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van dit besluit, te bepalen omvang.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie,
 - 2°. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantatie van weefsels en organen slechts tot de zorg behoort indien het betreft:
 - 1°. beenmergtransplantatie;
 - 2°. bottransplantatie;
 - 3°. hoornvliestransplantatie;
 - 4°. huidweefseltransplantatie;
 - 5°. niertransplantatie;
 - 6°. harttransplantatie;
 - 7°. levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
 - 8°. longtransplantatie;
 - 9°. hartlongtransplantatie;
 - 10°. nierpancreastransplantatie;
 - d. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar omvat;
 - e. de zorg die niet gepaard gaat met verblijf of die geen psychoanalytische behandeling is, ten hoogste vijftig zittingen dan wel, indien sprake is van persoonlijkheidsstoornissen of de verzekerde jonger is dan achttien jaar, ten hoogste vijftig zittingen psychotherapie omvat, met dien verstande dat de zorg meer zittingen psychotherapie kan omvatten indien die voor de verzekerde noodzakelijk zijn blijkens de normen die door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard;
 - f. de zorg die niet gepaard gaat met verblijf of die geen psychoanalytische behandeling is, geen psychotherapie omvat indien na beëindiging van voorafgaande psychotherapie in verband met het bereiken van het aantal zittingen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, nog geen jaar is verstreken.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een zitting psychotherapie of een zitting eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage betaalt. Daarbij kan worden bepaald dat hij die bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangegeven maximum.

Artikel 2.5

De geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, omvat tevens vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale

- transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opneming;
 - e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel d;
 - f. het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeerde inkomsten.

Artikel 2.5a [Treedt in werking per 01-01-2009]

Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen.
3. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
4. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
5. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per jaar.
6. Dieetadviesing omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandelingen per jaar.

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese;
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een

zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van tweeëntwintig jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak.
6. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste of vijfde lid, onderdeel b.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, eerste lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen,

- geregistreerd geneesmiddel;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
 4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
 5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

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

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

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt ter grootte van:
 - a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort;
 - b. een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten.

Artikel 2.10

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

Artikel 2.11

1. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Artikel 2.12

1. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verzorging, omdat verzorging tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
 - c. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
 - d. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a, b of c.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
 - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met d, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.15

1. In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel.
2. Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden zestien jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vervoer van twee begeleiders toestaan.

Artikel 2.16

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

Artikel 2.16a

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

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

§ 2. Het eigen risico

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten vallen buiten het verplicht eigen risico indien deze verband houden met:
 - a. zwangerschap, bevalling en kraambed;
 - b. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, en
 - c. mondzorg bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen.
2. De dag, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de wet, is 31 december.
3. In afwijking van het tweede lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de in het tweede lid genoemde dag is ingediend.

Artikel 2.18

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

Artikel 2.19 [Vervallen per 01-01-2008]

Hoofdstuk 3. Zorgverzekeraars

§ 1. De vereveningsbijdrage

§ 1.1 De onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in macro-deelbedragen

Artikel 3.1

1. Het macro-prestatiebedrag is onderverdeeld in de volgende macro-deelbedragen:

- a. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, dat betreft geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, en de variabele kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen;
 - b. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, dat betreft vaste kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen;
 - c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, dat betreft de kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen;
 - d. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties, dat betreft overige prestaties die voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen.
2. Tot het macro-prestatiebedrag of de macro-deelbedragen behoren niet de kosten van zorg of andere verzekerde diensten die noodzakelijk zijn geworden ten gevolge van een terroristische handeling.
 3. Bij de ministeriële regeling ingevolge artikel 32, vierde lid, van de wet wordt voor 1 oktober van ieder jaar de hoogte van het macro-prestatiebedrag en van de macro-deelbedragen bepaald.

§ 1.2 De verdeling van de macro-deelbedragen en de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van, en de bijdrage aan, een zorgverzekeraar

Artikel 3.2

Het College zorgverzekeringen verdeelt de in artikel 3.1 genoemde macro-deelbedragen elk volgens de artikelen 3.3 tot en met 3.6 in deelbedragen voor iedere zorgverzekeraar.

Artikel 3.3

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio.
2. De minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.
3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.4

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging op basis van enerzijds een vergoeding voor de uitgaven die gefinancierd worden op basis van gelijke bedragen per verzekerde en anderzijds een vergoeding voor de uitgaven met betrekking tot de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
2. De vergoeding voor de uitgaven die gefinancierd worden op basis van gelijke bedragen per verzekerde is gelijk aan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerde, vermenigvuldigd met het aantal bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerden.

Artikel 3.5

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar in elk geval leeftijd en geslacht, en regio.
2. De minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.
3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij

ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.6

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio.
2. De minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.
3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.7

1. Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge artikelen 3.2 tot en met 3.6 aan een zorgverzekeraar toegerekende deelbedragen tot één normatief bedrag.
2. Het College zorgverzekeringen brengt vervolgens op het berekende normatieve bedrag de door hem voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie gecorrigeerd voor de gemiddelde betaling van het verplicht eigen risico in mindering.
3. Het College zorgverzekeringen kent een bijdrage toe aan de zorgverzekeraar ter hoogte van de uitkomst van de berekening, bedoeld in het tweede lid.
4. Het College zorgverzekeringen deelt aan de zorgverzekeraar het berekende normatieve bedrag en de toegekende bijdrage mee, en geeft hierbij aan welk geraamd bedrag voor opbrengst van de nominale rekenpremie en voor het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico, bedoeld in het tweede lid, bij de berekening van de bijdrage zijn betrokken.

§ 1.3 De herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar en de vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.8

1. Ter herberekening van de bijdrage, bedoeld in artikel 34, tweede lid, van de wet, vindt een herberekening plaats van de gewichten, genoemd in de artikelen 3.3 en 3.6, rekening houdend met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke compensatie van hoge kosten voor groepen van verzekerden naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio.
2. Ter herberekening van de bijdrage, bedoeld in artikel 34, tweede lid, van de wet vindt een herberekening plaats van de gewichten, genoemd in artikel 3.5, rekening houdend met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke compensatie van hoge kosten voor groepen van verzekerden naar leeftijd en geslacht, en regio.
3. Ter herberekening van de bijdrage, bedoeld in artikel 34, tweede lid, van de wet, herberekent het College zorgverzekeringen het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening van het normatieve bedrag op de ingevolge dit besluit voor de onderscheiden deelbedragen relevante gegevens over het betreffende jaar. Indien zulks naar zijn oordeel is aangewezen, kan het College zorgverzekeringen in afwijking van de tweede volzin bepalen dat voor door hem aan te geven herberekeningen niet wordt uitgegaan van de resultaten in het betreffende jaar maar van de resultaten in een daaraan al dan niet onmiddellijk voorafgaand jaar.
4. Het College zorgverzekeringen deelt de vergoede kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp verleend door instellingen in het buitenland, overeenkomstig een bij ministeriële regeling te bepalen verdeelsleutel toe aan de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, onderscheidenlijk aan de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
5. Indien uit de specificatie van de kosten van in het buitenland verleende hulp niet blijkt om welke soort prestatie het gaat, deelt het College zorgverzekeringen de vergoede kosten overeenkomstig een bij ministeriële regeling te bepalen verdeelsleutel toe aan de kosten voor overige prestaties, variabele

kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

Artikel 3.9

1. Het College zorgverzekeringen merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van ziekenhuisverpleging, kosten aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de declaraties van specialisten volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
3. Het College zorgverzekeringen past op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
4. Na toepassing van het derde lid past het College zorgverzekeringen in een bij ministeriële regeling te bepalen mate generieke verevening toe.
5. Het College zorgverzekeringen calculeert ten slotte in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en het resultaat na toepassing van het vierde lid.

Artikel 3.10

1. Het College zorgverzekeringen merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van ziekenhuisverpleging, die kosten aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging vastgesteld ingevolge het eerste lid en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging in het betreffende jaar.

Artikel 3.11

1. Het College zorgverzekeringen past op het deelbedrag kosten van overige prestaties op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
2. Na toepassing van het eerste lid past het College zorgverzekeringen in een bij ministeriële regeling te bepalen mate generieke verevening toe.
3. Het College zorgverzekeringen calculeert ten slotte in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de kosten van overige prestaties, en het resultaat na toepassing van het tweede lid.

Artikel 3.12

1. Het College zorgverzekeringen past op het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
2. Na toepassing van het eerste lid past het College zorgverzekeringen in een bij ministeriële regeling te bepalen mate generieke verevening toe.
3. Het College zorgverzekeringen calculeert tenslotte in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, en het resultaat na toepassing van het tweede lid.

Artikel 3.13

1. Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge de artikelen 3.8 tot en met 3.12 herberekende deelbedragen tot één normatief bedrag.
2. Het College zorgverzekeringen brengt vervolgens op het herberekende normatieve bedrag de aan de zorgverzekeraar toegerekende opbrengsten van de nominale rekenpremie gecorrigeerd voor het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico in mindering.

3. Het College zorgverzekeringen stelt de bijdrage vast op de uitkomst van de berekening, bedoeld in het tweede lid.
4. Het College zorgverzekeringen deelt aan de zorgverzekeraar het herberekende normatieve bedrag en de vastgestelde bijdrage mee, en geeft hierbij aan welke bedragen, bedoeld in het tweede lid, bij de vaststelling van de bijdrage zijn betrokken.
5. Het College zorgverzekeringen kan het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar voorlopig herberekenen en de bijdrage voorlopig vaststellen. Het vierde lid is van overeenkomstige toepassing.
6. Het College Zorgverzekeringen kan bij de voorlopige herberekeningen en de vaststelling van de bijdragen, bedoeld in het vijfde lid, artikel 3.8, eerste en tweede lid, achterwege laten.

§ 1.4 Nadere bepaling met betrekking tot § 1.2. en § 1.3

Artikel 3.14

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

§ 1.5. Aanvullingen op de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.15

1. In aanvulling op de bijdrage, bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13, verstrekt het College zorgverzekeringen een uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar.
2. De uitkering is gelijk aan een vast bedrag maal het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar op peilmoment 1 juli van het betreffende jaar.
3. De hoogte van het vaste bedrag per verzekerde jonger dan 18 jaar wordt jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.16

1. In aanvulling op de bijdrage bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13, kan het College zorgverzekeringen een uitkering verstrekken in verband met een substantieel of structureel verschil tussen kosten en deelbedrag per verzekeraar dat rechtstreeks verband houdt met hogere kosten van verzekerden als gevolg van een zeer uitzonderlijke omstandigheid.
2. Ingevolge het eerste lid worden geen uitkeringen verstrekt dan nadat bij ministeriële regeling is vastgesteld dat sprake is van een nationale ramp die niet opgevangen kan worden binnen de reguliere wijze van vaststelling van de bijdrage aan zorgverzekeraars.
3. Bij ministeriële regeling wordt de wijze waarop het College zorgverzekeringen de uitkering, bedoeld in het eerste lid, vaststelt, geregeld.

Artikel 3.17

Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de bijdrage, bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13, wordt verlaagd met de specifiek voor de verzekeraar geraamde betaling van het verplicht eigen risico en dat het College zorgverzekeringen bij het in mindering brengen van de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie op het berekende normatieve bedrag niet verlaagt met het gemiddeld te betalen bedrag aan verplicht eigen risico.

Artikel 3.18

1. In aanvulling op de bijdrage, bedoeld in artikel 3.13, verstrekt het College zorgverzekeringen een bijdrage voor het onder de dekking van de zorgverzekering houden van verzekerden ten aanzien van wie niet aan de premieplicht, bedoeld in artikel 16 van de wet, is voldaan.
2. De bijdrage, bedoeld in het eerste lid, wordt slechts verstrekt indien:
 - a. een premieschuld bestaat van zes maal de premie op maandbasis of meer;
 - b. de zorgverzekeraar ten aanzien van verzekerden met premieschuld handelt volgens de terzake door de zorgverzekeraars vastgestelde regels dan wel anderszins aantoonbaar voldoende te hebben ingespannen om te komen tot inning van de verschuldigde premie en
 - c. de zorgverzekering, nadat de onder a bedoelde situatie is ontstaan, gedurende het resterende deel van het kalenderjaar niet door de zorgverzekeraar is opgezegd of ontbonden, noch de dekking ervan is geschorst of beperkt.
3. De omvang van de bijdrage wordt bij ministeriële regeling bepaald.

Hoofdstuk 3a. De compensatie voor het verplicht eigen risico

Artikel 3a.1

Verzekerden hebben recht op de uitkering bedoeld in artikel 118a, eerste lid, van de wet indien zij de twee opeenvolgende jaren voorafgaande aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in bij ministeriële regeling aangewezen FKG's of indien zij op 1 juli van het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zonder onderbreking meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven.

Hoofdstuk 4. Slotbepalingen

Artikel 4.1

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

Artikel 4.2

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

Artikel 4.3

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

Artikel 4.4

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit zorgverzekering.

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

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipele sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. wervelfractuur als gevolg van osteoporose;
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. reumatoïde artritis of chronische reuma;
 - 9°. chronische artritiden;
 - 10°. spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew);
 - 11°. reactieve artritis;
 - 12°. juveniele chronische artritis;
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;
 - c. of een van de volgende hartaandoeningen:
 - 1°. myocard-infarct (AMI);
 - 2°. status na coronary artery bypass-operatie (CABG);
 - 3°. status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
 - 4°. status na hartklepoperatie;
 - 5°. status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen;
 - d. of een van de volgende aandoeningen:
 - 1°. chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van een FEV1/VC kleiner dan 60%;
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;
 - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;

- 6°. claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine;
- 7°. weke delen tumoren;
- 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.

- 2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
- 3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
- 4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
- 5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
- 6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
- 7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.