

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 en 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 standaarddosis en het gebruikelijke aantal keren per dag dat het geneesmiddel wordt gegeven om die standaarddosis 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. onderhandelbaar dbc-tarief: een lokaal overeengekomen tarief dat instellingen in rekening brengen bij het afsluiten van een door de Nederlandse Zorgautoriteit gedefinieerde onderhandelbare dbc;
- o. niet-onderhandelbaar dbc-tarief: een door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld niet-onderhandelbaar tarief dat instellingen in rekening brengen bij het afsluiten van een door de Nederlandse Zorgautoriteit gedefinieerde niet-onderhandelbare dbc, zijnde een landelijk tarief met instellingsspecifieke opslagen (waaronder een opslag voor kapitaal) ter sluiting van het instellingsbedrag;
- p. tarief voor overige trajecten en verrichtingen: een door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld tarief voor een verrichting die instellingen naast dbc's mogen declareren, waaronder: verkeerde bed, gezonde zuigeling, gezonde moeder, klasseverpleging, beademing IC voor volwassenen, neonatale IC, pediatrie IC, post IC high care en brandwondenzorg;
- q. tarief voor ondersteunende en overige producten: een door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld tarief voor verrichtingen geleverd aan een ander specialisme als onderdeel van een dbc, dan wel geleverd op verzoek van de eerstelijns, dan wel geleverd aan een ander specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de dbc-systematiek niet geldt, dan wel in het kader van onderlinge dienstverlening;
- r. renteheffingstarief: een tarief dat instellingen in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars in het geval deze niet overgaan tot het bevoorschotten van zorg gefinancierd op basis van dbc's;
- s. *een rekening-courant*: een rekening in de centrale administratie van 's rijks schatkist bij het ministerie van Financiën op naam van een rekening-couranthouder, waarop dagelijks het geldelijk tegoed (positief of negatief) wordt bijgehouden van de betrokken rekening-couranthouder bij het Rijk en de mutaties in het tegoed;
- t. *de rekening-couranthouder*: het College zorgverzekeringen;
- u. *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;
- v. *prestatie*: een prestatie als omschreven bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet;
- w. *prestatiebeschrijving*:
 - 1°. een beschrijving van de prestatie zoals die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor een zorgaanbieder is goedgekeurd of 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 goedgekeurd of vastgesteld;
- x. *declaratieregeling*: een regeling bedoeld in artikel 38, derde lid, onder b, van de Wet marktordening gezondheidszorg;
- y. *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;
- z. *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;
- aa. *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 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;
- bb. *verhaalsrecht*: het recht van de verzekeraar op grond van artikel 284 van het Wetboek van Koophandel de schade die is veroorzaakt door anderen dan de verzekerde op deze derden te verhalen;
- cc. *gedragscode*: de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen, waaronder mede begrepen het daarbij behorende Addendum met het protocol materiële controle, opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland waarvoor het College bescherming persoonsgegevens een verklaring heeft afgegeven als bedoeld in artikel 25 van de Wet bescherming persoonsgegevens.

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 en eigen bijdragen

§ 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 als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen, het operatief verwijderen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstampuatie;
- d. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- e. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- f. behandelingen gericht op circumcisie.

Artikel 2.2

1. Voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie betaalt de verzekerde een bijdrage van € 15,20 per zitting tot een maximum van € 684 per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin.
2. Voor partnerrelatiepsychotherapie is een bijdrage verschuldigd van € 7,60 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 342 per verzekerde per kalenderjaar.
3. De bijdrage is niet verschuldigd, indien de verzekerde een bijdrage ingevolge artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd.

Artikel 2.3

Voor eerstelijnspsychologie betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 10 per zitting.

§ 1.2. Mondzorg

Artikel 2.4

1. Voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering onderscheidenlijk voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, van dat besluit indien die wordt verleend vanwege extreme angst voor mondzorg, betaalt de verzekerde van achttien jaar of ouder, voor zover die zorg bestaat uit preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige prestaties indien er geen sprake is van toepassing van artikel 2.7, eerste lid, onderdeel a of b, van het Besluit zorgverzekering.
2. Indien de zorg, bedoeld in het eerste lid, een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten betreft, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter hoogte van € 90.
3. Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter hoogte van vijftientig procent van de kosten van die voorziening.

§ 1.3. Farmaceutische zorg

Artikel 2.5

1. De aangewezen geregistreerde geneesmiddelen zijn de geneesmiddelen, genoemd in bijlage 1 bij deze regeling.

2. Indien een geneesmiddel, genoemd in bijlage 1 bij deze regeling, behoort tot een van de in bijlage 2 bij deze regeling genoemde categorieën van geneesmiddelen, omvat de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria.
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

1. De aangewezen hulpmiddelen zijn:
 - a. prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet, als omschreven in artikel 2.8;
 - b. mammaprothesen als omschreven in artikel 2.9;
 - c. gelaatsprothesen als omschreven in artikel 2.10;
 - d. oogprothesen als omschreven in artikel 2.11;
 - e. orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals als omschreven in artikel 2.12;
 - f. gezichtshulpmiddelen als omschreven in artikel 2.13;
 - g. gehoorhulpmiddelen als omschreven in artikel 2.14;
 - h. verzorgingsmiddelen als omschreven in artikel 2.15;
 - i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
 - j. hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen als omschreven in artikel 2.17;
 - k. pruiken 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. hulpmiddelen bij diabetes als omschreven in artikel 2.20;
 - o. apparatuur voor positieve uitademingsdruk als omschreven in artikel 2.21;
 - p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
 - q. schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen als omschreven in artikel 2.23;
 - r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
 - s. allergeenvrije en stofdichte hoezen als omschreven in artikel 2.25;
 - t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
 - u. zuurstofapparatuur als omschreven in artikel 2.27;
 - v. longvibrators;
 - w. vernevelaars met toebehoren;
 - x. beeldschermloepen;
 - y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
 - z. CPAP-apparatuur als omschreven in artikel 2.28;
 - aa. solo-apparatuur als omschreven in artikel 2.29;
 - bb. tactiellesapparatuur als omschreven in artikel 2.30;
 - cc. vervanging van BAHA-hoortoestellen als omschreven in artikel 2.31;
 - dd. zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden als omschreven in artikel 2.32;
 - ee. inrichtingselementen van woningen als omschreven in artikel 2.33;
 - ff. geleidehonden als omschreven in artikel 2.34;
 - gg. hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie als omschreven in artikel 2.35;
 - hh. thuisdialyse-apparatuur als omschreven in artikel 2.36.
2. De aangewezen verbandmiddelen zijn: verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

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, eerste lid, onderdeel a, omvatten:

- a. prothesen voor schouder, arm of hand;
- b. algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor armprothesen;
- c. prothesen voor been of voet;
- d. een oplaadinrichting en batterijen, indien de prothese voor schouder, arm of hand in bekrachtigde uitvoering is.

Artikel 2.9

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel b, omvatten:

- a. de gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen voor uitwendige toepassing ter vervanging van een geheel of nagenoeg geheel ontbrekende borstklier;
- b. ten behoeve van een verzekerde afzonderlijk vervaardigde mammaprothese indien het gebruik van gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen niet mogelijk of redelijkerwijs niet verantwoord is.

Artikel 2.10

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel c, omvatten ten behoeve van de verzekerde afzonderlijk vervaardigde prothesen ter bedekking van het gelaat of een gedeelte ervan, neus en oorschelpen daarbij inbegrepen.

Artikel 2.11

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel d, omvatten:

- a. volledige oogprothesen bij het ontbreken van de oogbol;
- b. scleraschalen;
- c. scleralenzen, al dan niet voorzien van een ingekleurde iris en pupil en al dan niet met visuscorrectie, bij een ernstig misvormd oog of na traumatische veranderingen van een oog.

Artikel 2.12

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel e, omvatten:

- a. korsetten voor afwijkingen aan de wervelkolom;
- b. orthopedische beugelapparatuur;
- c. verstevigde spalk-, redressie- of correctieapparatuur voor langdurig gebruik, waarbij de versteviging een functioneel onderdeel vormt van de orthese en een therapeutische meerwaarde heeft ten opzichte van een niet verstevigde orthese, met dien verstande dat daaronder slechts een kniebrace valt indien sprake is van:
 - 1°. een al dan niet gecombineerd letsel van de knie waarbij de kruisbanden of de collateraalbanden zijn gescheurd;
 - 2°. eenzijdige gonartrose, voor zover sprake is van een standafwijking van minimaal 10 graden varus/valgusstand;
- d. kappen ter bescherming van de schedel indien er sprake is van een schedeldefect of indien door frequente evenwichts- of bewustzijnsstoornissen grote kans op vallen bestaat;
- e. tracheacanules;
- f. stemprothesen of spraakversterkers, al dan niet gecombineerd;
- g. breukbanden;
- h. orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 1, van deze regeling, en de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met confectieschoenen, te weten:
 - 1°. volledig individueel vervaardigd orthopedisch maatschoeisel, indien tevens niet kan worden volstaan met semi-orthopedische schoenen of met een voorziening aan confectieschoenen;
 - 2°. volledig individueel vervaardigde orthopedische binnenschoenen;
 - 3°. semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing;
 - 4°. orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen, tenzij het uitsluitend een verhoging betreft van de gehele buitenzool van minder dan 3 cm.

2. Onder langdurig gebruik, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, valt niet preventief gebruik in verband met het beoefenen van sport.
3. De verzekerde betaalt voor hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel h, subonderdelen 1 en 3:
 - a. indien hij zestien jaar of ouder is, een eigen bijdrage van € 110 per paar;
 - b. indien hij jonger is dan zestien jaren, een eigen bijdrage van € 55 per paar.

Artikel 2.13

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel f, omvatten:

- a. brillenglazen, waaronder filterglazen met of zonder visuscorrigerende werking, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 2, van deze regeling en de aanschaf plaatsvindt binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf van dit hulpmiddel;
- b. contactlenzen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 2, van deze regeling en de aanschaf plaatsvindt binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf van dit hulpmiddel;
- c. bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking voor zover van andere therapieën geen resultaat is verkregen of te verwachten is en voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria als bedoeld in bijlage 3, onderdeel 3, van deze regeling;
- d. bijzondere optische hulpmiddelen, bestemd voor rechtstreekse waarneming, met inbegrip van montuur, statief of verlichting, indien deze met het hulpmiddel één geheel vormen en de verzekerde een dusdanig verlies van gezichtsvermogen heeft dat redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een middel als bedoeld in onderdeel a of b.

Artikel 2.14

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel g, omvatten:

- a. electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebedigd ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken en de verschaffing en vervanging van oorstukjes, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van deze regeling;
- b. ringleidingen, bestaande uit een snoer en versterker met zonodig een tafelmicrofoon dan wel infraroodapparatuur of FM-apparatuur voor geluidsoverdracht, bestaande uit een ontvanger en een zender, al dan niet met inductiespoel of hoofdtelefoon, of in kinbeugel-uitvoering, met zonodig een tafelmicrofoon, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 5, van deze regeling;
- c. een maskeerder ter behandeling van ernstig oorsuizen alsmede verschaffing en vervanging van oorstukjes.

2. Als een bijzondere uitvoering van een elektro-akoestisch hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, wordt beschouwd:

- a. een cros-uitvoering;
- b. een bicros-uitvoering;
- c. een beengeleider-uitvoering;
- d. een uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen;
- e. een uitvoering met één uitwendige microfoon en één aansluiting;
- f. een uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting.

3. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 476 en een toestel voor de eerste keer wordt verstrekt, dan wel korter dan zes jaar geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van zestien jaren of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.

4. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 566,50 en een toestel langer dan zes, maar korter dan zeven jaren geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van zestien jaren of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.

5. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 657,50 en een toestel zeven jaren of langer geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag. Voor een verzekerde van jonger dan zestien jaren geldt de gebruiksduur van zeven jaren of langer geleden niet.
6. Indien sprake is van een hoortoestel in cros-, bicos- of beengeleideruitvoering, opgenomen in een brilmontuur, wordt het bedrag, genoemd in het derde, vierde en vijfde lid, vermeerderd met € 61,50.

Artikel 2.15

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel h, omvatten:
 - a. urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan het been of bed;
 - b. voorzieningen voor stomapatiënten, te weten:
 - 1°. systemen ter bevestiging op een stoma voor de opvang van faeces of urine, bestaande uit opvangzakjes en kleefplaten, daarbij benodigde hulp- en verbindingstukken, opvulmaterialen, reinigungsgeasjes, wegwerpszakjes, spoelapparatuur met toebehoren, stomapluggen, stomapleisters en indikmiddelen;
 - 2°. noodzakelijke huidbeschermende middelen, voor zover daarop niet reeds aanspraak bestaat op grond van artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering;
 - 3°. afdekleisters en katheters bestemd voor een continentstoma;
 - 4°. stomabeschermers, niet zijnde verbandmiddelen, voor een gelaryngectomeerde;
 - c. stompkousen;
 - d. katheters met blaasspoelvloeistoffen, al dan niet met toebehoren;
 - e. incontinentie-absorptiematerialen als omschreven in het tweede lid;
 - f. spoelapparatuur voor anaalspoelen, zonodig met toebehoren, indien sprake is van ernstige problemen met de ontlasting ten gevolge van anatomische of functionele afwijkingen van de darm of anus dan wel de zenuwvoorziening daarvan;
 - g. slijmuitzuigapparatuur voor het wegzuigen van slijm uit het mond- of keelgebied, zonodig met toebehoren.
2. Incontinentie-absorptiematerialen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, omvatten:
 - a. inlegluiers en luierbroeken voor incontinentie voor verzekerden van vijf jaar en ouder, indien sprake is van:
 - 1°. incontinentie voor faeces die langer bestaat dan twee weken;
 - 2°. incontinentie voor urine, niet zijnde enuresis nocturna, die langer bestaat dan twee maanden;
 - 3°. ondersteuning van bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining voor de behandeling van urine-incontinentie, niet zijnde enuresis nocturna, voor de duur van deze behandeling;
 - 4°. ziektebeelden waarvan mag worden aangenomen dat de incontinentie niet vanzelf geneest, of waarbij bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet helpen;
 - b. inlegluiers en luierbroeken voor incontinentie voor verzekerden van drie of vier jaar, indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie;
 - c. anaaltampons;
 - d. beschermende onderleggers, indien het verlies van bloed, exsudaat, vocht, urine of faeces dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door het gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen.

Artikel 2.16

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

- a. pessaria;
- b. koperhoudende spiraaltjes.

Artikel 2.17

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

- a. krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken, rollators en loopwagens, indien de verzekerde hier langdurig op is aangewezen om te kunnen lopen, niet kan worden volstaan met een eenvoudiger hulpmiddel en sprake is van:

- 1°. evenwichtsstoornissen,
- 2°. functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten, of
- 3°. stoornissen in het uithoudingsvermogen dan wel vormen van lichamelijke zwakte, waarbij de verschaffing van een loophulpmiddel strekt tot behoud van de zelfredzaamheid of ter voorkoming van opname in een instelling;
- b. serveerwagens indien de verzekerde hier langdurig op is aangewezen, niet volstaan kan worden met een eenvoudiger hulpmiddel en sprake is van een hand- of armfunctiestoornis;
- c. blindentaststokken;
- d. stoelen voorzien van een trippelfunctie, indien de verzekerde langdurig op dit middel is aangewezen en
 - 1°. de verzekerde zich binnenshuis alleen zittend kan verplaatsen en niet beschikt over een in huis bruikbare rolstoel,
 - 2°. de verzekerde voldoet aan de voorwaarde voor een hulpmiddel als bedoeld in onderdeel a, maar dit niet kan gebruiken vanwege een gestoorde hand- of armfunctie, of
 - 3°. zich niet zonder gebruik van de handen staande kan houden;
- e. loopfietsen indien de verzekerde langdurig op dit middel is aangewezen, sprake is van functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten en de verzekerde niet kan volstaan met een eenvoudiger loophulpmiddel.

Artikel 2.18

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel k, omvatten haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar, indien de verzekerde van een blijvende of langdurige, gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid zodanige psychische bezwaren ondervindt, dat het gebruik van een haarwerk redelijkerwijs is aangewezen.
2. Indien de aanschaffingskosten van hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid hoger zijn dan € 264,50, betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.

Artikel 2.19

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel l, omvatten injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepenningen met toebehoren, indien sprake is van een aandoening die een langdurig gebruik van dit middel noodzakelijk maken.
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

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel n, omvatten, indien sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld dan wel indien de diabetes nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen:
 - a. apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de daarbij behorende lancetten;
 - b. bloedglucosetestmeters, indien de verzekerde aangewezen is op teststrips, alsmede de daarbij behorende teststrips;
 - c. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien tevens voldaan is aan een van de zorginhoudelijk criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 6, van deze regeling.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering indien de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een middel in een niet aangepaste uitvoering.

Artikel 2.21

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel o, omvatten aangezichtsmaskers, dan wel mondstukken, met aanzetstukken bestaande uit een weerstandsbuis en een, in- en uitademingsweg scheidend, ademventiel, waarbij deze hulpmiddelen dienen om bij het uitademen een positieve druk te bewerkstelligen ter bevordering van de sputumproductie.

Artikel 2.22

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, 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

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel q, omvatten:
 - a. verbandschoenen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 7, van deze regeling;
 - b. allergeenvrije schoenen, indien er sprake is van een allergie.
2. Indien de aanschaffingskosten van het hulpmiddel, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 136,50 betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.
3. De verzekerde betaalt voor een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, een bijdrage van:
 - a. indien hij zestien jaar of ouder is, € 110 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 287,50;
 - b. indien hij jonger is dan zestien jaren, € 55 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 232,50.

Artikel 2.24

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, 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;
 - d. eetapparaten.
2. Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid omvatten geen voedings-, genees- en verbandmiddelen.

Artikel 2.25

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel s, omvatten een allergeenvrije en stofdichte matrashoes, een dekbedhoes en een kussenhoes, indien uit de resultaten van laboratoriumonderzoek of een huidtest blijkt dat sprake is van een allergie voor uitwerpselen van huisstofmijt.

Artikel 2.26

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel t, omvatten:
 - a. computers met bijbehorende apparatuur voor lichamelijk gehandicapten, indien de lichamelijk gehandicapte voor informatie en communicatie of bediening van huishoudelijke hulpmiddelen geheel of nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen;
 - b. schrijfmachines voor lichamelijk gehandicapten, indien de lichamelijk gehandicapte voor het onderhouden van maatschappelijke contacten geheel of nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen;
 - c. rekenmachines in een uitvoering, aangepast aan een lichamelijke handicap;
 - d. invoer- en uitvoerapparatuur en de daartoe benodigde programmatuur, noodzakelijke upgrades daarvan, alsmede accessoires voor een computer, een schrijfmachine en een rekenmachine, aangepast aan een lichamelijke handicap;
 - e. computerprogrammatuur voor grootlettersystemen voor visueel gehandicapten;
 - f. bladoslagapparatuur;
 - g. opname- en voorleesapparatuur voor gehandicapten, zijnde:
 - 1°. memorecorders voor visueel gehandicapten;
 - 2°. daisy-spelers of daisy-programmatuur voor visueel gehandicapten, dyslectici en motorisch

- gehandicapten;
 - 3°. voorleesapparatuur voor zwartdrukinformatie voor visueel gehandicapten;
 - h. telefoons en een telefoneerhulpmiddel, zijnde:
 - 1°. hulpmiddelen voor het kiezen van telefoonnummers;
 - 2°. telefoonhoornhouders;
 - 3°. met omgevingsbesturingsapparatuur te bedienen telefoons;
 - 4°. teksttelefoons, faxapparatuur dan wel beeldtelefoons voor auditief gehandicapten, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdelen 8 en 9, van deze regeling;
 - i. spraakvervangende hulpmiddelen bij een ernstige spraakhandicap;
 - j. signaleringsapparatuur en een alarmeringssysteem, zijnde:
 - 1°. wek- en waarschuwingsinstallaties ten behoeve van auditief gehandicapten indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 10, van deze regeling;
 - 2°. persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamenlijk gehandicapten, indien de lichamenlijk gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert.
2. Indien de aanschaffingskosten van faxapparatuur als bedoeld in het eerste lid, onderdeel h, subonderdeel 4, hoger zijn dan € 95, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.

Artikel 2.27

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel u, omvatten:

- a. zuurstofapparaten met de daarbij behorende zuurstof;
- b. zuurstofconcentratoren met toebehoren en vergoeding van stroomkosten.

Artikel 2.28

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel z, omvatten hulpmiddelen met toebehoren voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 11, van deze regeling.

Artikel 2.29

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel aa, omvatten solo-apparatuur met toebehoren, indien er sprake is van een indicatie, vermeld in bijlage 3, onderdeel 12, van deze regeling alsmede indien de verzekerde:

- a. de apparatuur gebruikt voor het volgen van her- of bijscholing, dan wel niet tot het reguliere onderwijs behorende beroepsopleidingen in klassikaal-, of groepsverband,
- b. de apparatuur gebruikt voor het volgen van regulier onderwijs of,
- c. de apparatuur gebruikt voor het volgen van speciaal onderwijs in klassikaal-, onderscheidenlijk groepsverband dat niet specifiek gericht is op dove en slechthorende leerlingen of,
- d. de apparatuur gebruikt tijdens het op medische gronden noodzakelijk ondergaan van een groepsgewijze therapeutische behandeling of,
- e. de apparatuur gebruikt bij het in een gestructureerd en georganiseerd verband verrichten van betaalde of niet betaalde werkzaamheden.

Artikel 2.30

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel bb, omvatten tactielleesapparaten met toebehoren en vergoeding van de kosten, voor zover andere hulpmiddelen voor het lezen van zwartschrift voor de visueel gehandicapte niet doelmatig zijn en de verzekerde in staat is met het apparaat om te gaan.

Artikel 2.31

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel cc, omvatten vervanging van BAHA-hoortoestellen die kunnen worden aangesloten op een te implanteren beengeleider, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van deze regeling en een lichtgeleidingstoestel redelijkerwijs niet kan worden aangepast.

Artikel 2.32

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel dd, omvatten apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde zelf de stollingstijd van zijn bloed kan meten, nadat hij voor het gebruik van die apparatuur is opgeleid;

Artikel 2.33

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel ee, omvatten, indien de verzekerde langdurig daarop is aangewezen:
 - a. aan functiebeperkingen aangepaste tafels;
 - b. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, indien sprake is van problemen bij het zitten, gaan zitten of het opstaan, niet kan worden volstaan met een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen en niet uitsluitend sprake is van vetzucht, reuzen- of dwerggroei, waarbij de stoelen zijn voorzien van een of meer van de volgende functies of aanpassingen:
 - 1°. sta-opsysteem, indien de verzekerde niet zelfstandig kan opstaan uit een stoel met een optimale zithoogte;
 - 2°. specifieke polstering;
 - 3°. abductiebalk;
 - 4°. arthrodese-zitting;
 - 5°. pelottes voor zijwaartse steun;
 - c. anti-decubituszitkussens;
 - d. bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen;
 - e. anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus;
 - f. dekenbogen, onrusthekken, bedgalgen, papegaaien en portalen;
 - g. bedverkorters en -verlengers.
2. Onder de in het eerste lid, onderdeel b, bedoelde hulpmiddelen zijn hulpmiddelen in een uitvoering met zwenkwielen, beremming of hoog/laag-mechanisme begrepen, indien het hulpmiddel op diverse plaatsen of met een verschillende werkhoogte moet worden gebruikt.
3. Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid, onderdelen d tot en met g, zijn slechts als hulpmiddelen aangewezen, indien het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid en met de verschaffing opneming in een instelling wordt voorkomen, dan wel indien de verzekerde is aangewezen op verpleging.

Artikel 2.34

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel ff, omvatten:
 - a. blindengeleidehonden die een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijke verkeer van een verzekerde die blind is of dusdanig slechtziend dat hij hierop is aangewezen;
 - b. hulphonden die een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit en de algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen van een verzekerde die volledig doof is of die als gevolg van blijvende, ernstige lichamelijke functiebeperkingen aangewezen is op hulp bij die mobiliteit of bij algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, waardoor zijn zelfstandigheid wordt vergroot en het beroep op zorgondersteuning vermindert.
2. De hulpmiddelen, bedoeld in het eerste lid omvatten, tevens een tegemoetkoming in de redelijk te achten gebruikskosten.

Artikel 2.35

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel gg, omvatten hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie, indien de verzekerde als gevolg van blijvende, ernstige lichamelijke functiebeperkingen in arm-, hand-, en vingerfunctie aangewezen is op professionele hulp bij algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen.

Artikel 2.36

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel hh, omvatten thuisdialyse-apparatuur met toebehoren alsmede:

- a. de regelmatige controle en het onderhoud ervan en de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het verrichten van dialyse;
- b. 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;
- c. vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

§ 1.5. Verzorging

Artikel 2.37

1. Voor verzorging als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering ten huize van de verzekerde betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 3,60 per uur.
2. Voor verzorging als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering, verleend in een instelling zonder dat verblijf in de instelling medisch noodzakelijk is, betaalt zowel de moeder als het kind een eigen bijdrage van € 14,50 per dag, die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 102 per dag te boven gaat.

§ 1.6. Ziekenvervoer

Artikel 2.38

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,25 per kilometer.
2. De verzekerde is voor ziekenvervoer anders dan ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, een bijdrage verschuldigd van ten hoogste € 85 per kalenderjaar.
3. Een bijdrage is niet verschuldigd:
 - a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering 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.

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

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 Therapeutic 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 standaarddosis 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 standaarddosis 1 gram, 1 ml of 100 cm², afhankelijk van de gehanteerde hoeveelheidsmaat.
5. De standaarddosis 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 standaarddosis was uitgegaan,
 - b. voor dat geneesmiddel de standaarddosis 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 standaarddosis 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

De eigen bijdrage bedraagt de kosten van een geneesmiddel, dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, 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.

§ 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 College zorgverzekeringen.
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 College zorgverzekeringen 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. Bepalingen omtrent de vereveningsbijdrage 2007

§ 1. Algemene bepalingen

Artikel 3.1

De beschikbare middelen voor het verstrekken van bijdragen aan zorgverzekeraars als bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet voor het jaar 2007 omvatten, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 12 145 200 000.

§ 2. De vaststelling van de beschikbare middelen, het macro-prestatiebedrag en de onderverdeling daarvan in macro-deelbedragen

Artikel 3.2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2007 bedraagt € 25 448 500 000.
2. Het macro-prestatiebedrag is onderverdeeld in de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ad € 10 646 500 000;
 - b. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging ad € 4 536 800 000;
 - c. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties ad € 10 265 200 000.

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

Artikel 3.3

De gewichten en de klassen bedoeld in de artikelen 3.3 en 3.6 van het Besluit zorgverzekering staan vermeld in bijlage 4 bij deze regeling.

Artikel 3.4

1. Het in artikel 3.4, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering genoemde bedrag per verzekerde bedraagt in 2007 € 33,60.
2. Het College zorgverzekeringen berekent de verwachte overige vaste kosten ziekenhuisverpleging op basis van historische gegevens, waarbij zonedig gecorrigeerd wordt voor de uitgaven die in 2007 door zorgverzekeraars worden gefinancierd op basis van een gelijk bedrag per verzekerde dan wel in 2007 buiten zorgverzekeraars om worden gefinancierd.

Artikel 3.5

Verzekerden die bij meer dan één zorgverzekeraar zijn ingeschreven, tellen voor het vaststellen van de bijdrage per zorgverzekeraar slechts gedeeltelijk mee. Hierbij is het gewicht van deze verzekerden omgekeerd evenredig aan het aantal zorgverzekeraars waarbij zij zijn ingeschreven.

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

Artikel 3.6

1. De basis voor de op grond van artikel 3.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering herberekende gewichten, waarbij in de herberekening rekening is gehouden met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke verevening van de hoge kosten, die gehanteerd wordt bij de herberekening van de bijdrage aan een zorgverzekeraar, staat vermeld in bijlage 5 bij deze regeling. Hierbij wordt de in de bijlage 5 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.
2. Het College zorgverzekeringen herberekent het normatieve bedrag per zorgverzekeraar en de onderliggende deelbedragen, op basis van de gewichten, bedoeld in het eerste lid, en de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse van de criteria.
3. Het College zorgverzekeringen herberekent de in het eerste lid genoemde gewichten nader door deze per deelbedrag te vermenigvuldigen met de verhouding tussen de gerealiseerde kosten per deelprestatie over alle zorgverzekeraars en het bijbehorende herberekende deelbedrag over alle zorgverzekeraars op basis van het tweede lid. Op grond van de herberekende gewichten worden de normatieve bedragen per zorgverzekeraar nader herberekend.

4. Bij de herberekening van het normatieve bedrag gaat het College zorgverzekeringen voor alle criteria, inclusief FKG's en DKG's, uit van realisatiecijfers uit het jaar 2007.

Artikel 3.7

1. De kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland vanaf 1 januari 2006 hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2007 vergoedt, dan wel de kosten die rechtstreeks door de zorgverzekeraar aan de buitenlandse zorgaanbieder worden vergoed, dan wel de kosten die de verzekerde zelf bij zijn zorgverzekeraar declareert, worden:
 - a. indien de kosten zijn gemaakt met toepassing van een bepaling van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 inzake sociale zekerheid dan wel het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnavarenden, welke recht geeft op zorg na toestemming van de zorgverzekeraar, door het College zorgverzekeringen voor 60% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 40% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt;
 - b. indien de kosten niet overeenkomstig onderdeel a zijn gemaakt
 - 1°. uit de specificatie blijkt dat zij ofwel gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, ofwel als kosten van verblijf, als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering, door het College zorgverzekeringen voor 60% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 40% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt;
 - 2°. uit de specificatie blijkt dat zij niet gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, dan wel als kosten van verblijf, als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering, door het College zorgverzekeringen voor 100% als overige prestaties aangemerkt;
 - 3°. uit de specificatie niet blijkt om welk soort prestatie het gaat, door het College zorgverzekeringen voor 25% als kosten van overige prestaties, voor 45% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 30% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt.
2. Kosten van prestaties die overeenstemmen met de prestaties waarop de Zorgverzekeringswet recht geeft en die niet kunnen worden toegewezen aan afzonderlijke deelbedragen worden door het College zorgverzekeringen voor 40% als kosten van overige prestaties, voor 40% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 20% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt.

Artikel 3.7a

Tot de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van overige prestaties worden niet gerekend de zorgkosten die voor rekening komen van de verzekerden, met uitzondering van betalingen uit hoofde van een eigen risico.

Artikel 3.8

Tot de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van overige prestaties worden niet gerekend de zorgkosten die voor rekening komen van de verzekerden, met uitzondering van betalingen uit hoofde van een eigen risico.

Artikel 3.9

1. Ter bepaling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp merkt het College zorgverzekeringen 87,5% van de kostencomponent van onderhandelbare dbc-tarieven, onafhankelijk van het type instelling of zorgverlener dat deze dbc levert, aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.
2. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

3. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.
4. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, genoemd in het tweede en derde lid, op basis van door de Nederlandse zorgautoriteit te verschaffen gegevens.
5. Het College zorgverzekeringen merkt 75% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners die niet genoemd zijn in het tweede lid aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.
6. De kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's, alsmede alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's, merkt het College zorgverzekeringen voor 75% aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging, met uitzondering van de verpleegkosten van instellingen die niet gefinancierd worden op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 60% wordt aangehouden.
7. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
8. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van onderhandelbare dan wel niet-onderhandelbare dbc's, alsmede eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten, met uitzondering van de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten, volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
9. Het College zorgverzekeringen past hogekostencompensatie toe, overeenkomstig artikel 3.12.
10. Na toepassing van het negende lid past het College zorgverzekeringen op door hem te bepalen wijze generieke verevening toe ter grootte van 30%.
11. Het College zorgverzekeringen calculeert 35% na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vastgesteld ingevolge het eerste tot en met achtste lid, en het resultaat na toepassing van het tiende lid.
12. Indien het gemiddelde absolute resultaat per premieplichtige verzekerde na toepassing van het elfde lid meer dan € 17,50 afwijkt van 0, worden de buiten bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 90% nagecalculeerd.

Artikel 3.10

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met overige vaste kosten, bedoeld in artikel 3.4, tweede lid, op de overige vaste kosten in het jaar 2006.
2. Ter bepaling van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging merkt het College zorgverzekeringen 12,5% van de kostencomponent van onderhandelbare dbc-tarieven, onafhankelijk van het type instelling of zorgverlener dat deze dbc levert, aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
3. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
4. Het percentage per ziekenhuis, bedoeld in het derde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.9, tweede lid.
5. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

6. Het percentage per instelling, bedoeld in het vijfde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.9, derde lid.
7. Het College zorgverzekeringen merkt 25% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners die niet genoemd zijn in het derde lid aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
8. De kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's alsmede alle kosten van overige instellingen op het gebied van de ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's, merkt het College zorgverzekeringen voor 25% aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 40% wordt aangehouden.
9. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
10. Het College zorgverzekeringen calculeert 100% na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met negende lid, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid.

Artikel 3.11

1. Het College zorgverzekeringen past op het deelbedrag kosten van overige prestaties hogekostencompensatie toe, overeenkomstig artikel 3.12.
2. Het College zorgverzekeringen past geen nacalculatie toe op het deelbedrag kosten van overige prestaties, noch is sprake van generieke verevening.

Artikel 3.12

Het College zorgverzekeringen past de uitwerking van hogekostencompensatie voor de macro-deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van overige prestaties als volgt toe:

- a. 90% van de som van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp van individuele verzekerden en van de kosten van overige prestaties van individuele verzekerden, voor zover deze kosten tezamen het bedrag van € 12.500 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt ten laste van een pool gebracht;
- b. de ten laste van de pool te brengen kosten worden per verzekerde gesplitst in enerzijds variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en anderzijds kosten van overige prestaties naar rato van de totalen van die beide kostensoorten van die verzekerde;
- c. vervolgens worden de uitkomsten per kostensoort per zorgverzekeraar gesommeerd;
- d. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt per zorgverzekeraar 30% toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland vanaf 1 januari 2006 hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2007 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.7, eerste lid, als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn aangemerkt;
- e. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde kosten van overige prestaties wordt per zorgverzekeraar 5% toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland vanaf 1 januari 2006 hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2007 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.7, eerste lid, als kosten van overige prestaties zijn aangemerkt;
- f. voor elk van beide kostensoorten wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de ten laste van de pool gebrachte kosten van alle zorgverzekeraars tezamen en de som van de herberekende deelbedragen van alle zorgverzekeraars tezamen, en toegepast per deelbedrag van een zorgverzekeraar;
- g. de uitkomsten van onderdeel f worden ten gunste van de pool gebracht;
- h. op basis van de uitkomsten van onderdeel c en na toepassing van de onderdelen d, e en g, worden de genoemde deelbedragen herberekend.

Artikel 3.13

In aanvulling op het vijfde lid van artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering kan het College zorgverzekeringen, indien de benodigde gegevens op het moment van de voorlopige herberekening ontbreken, bij de voorlopige herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar in het jaar volgend op het jaar waarop het normatieve bedrag betrekking heeft, toepassing van artikel 3.12 en van de in het eerste lid van artikel 3.6 genoemde herberekende gewichten achterwege laten.

§ 5. Aanvullingen op de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.14

Het in artikel 3.15, derde lid, van het Besluit zorgverzekering genoemde bedrag per verzekerde bedraagt € 50.

Artikel 3.15

1. Op grond van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering wordt de bijdrage, bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13 van het Besluit zorgverzekering, verhoogd met de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde no-claimteruggave, waarbij het College zorgverzekeringen bij het in mindering brengen van de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie op het berekende normatieve bedrag niet corrigeert voor de geraamde gemiddelde no-claimteruggave.
2. Bij de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde no-claimteruggave die gehanteerd wordt bij de berekening van de bijdrage, bedoeld in artikel 3.7 van het Besluit zorgverzekering, gaat het College zorgverzekeringen uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio en de in bijlage 6 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 6 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.
3. Bij de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde no-claimteruggave die gehanteerd wordt bij de herberekening van de bijdrage, bedoeld in artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering, gaat het College zorgverzekeringen uit van de gegevens, bedoeld in het tweede lid, waarbij de gewichten vermenigvuldigd worden met de verhouding tussen de uiteindelijk gerealiseerde no-claimteruggave over alle zorgverzekeraars en de oorspronkelijk geraamde no-claimteruggave over alle zorgverzekeraars.

§ 6. De betaling van de bijdragen door het College zorgverzekeringen

Artikel 3.16

De betaling van de bijdrage geschiedt overeenkomstig door het College zorgverzekeringen te stellen beleidsregels, waarin tenminste een betalingsschema is opgenomen dat rekening houdt met het betaalpatroon van de zorgverzekeraars.

Artikel 3.17

1. Een zorgverzekeraar verstrekt verzekerdengegevens, waaronder persoonsgegevens, met betrekking tot de criteria FKG's en DKG's aan het College zorgverzekeringen voor de berekening van aan de zorgverzekeraar toekomende bijdragen als bedoeld in artikel 32 van de Zorgverzekeringswet.
2. Het Uitkeringsinstituut werknemersverzekeringen en de Belastingdienst verstrekken persoonsgegevens met betrekking tot het criterium aard van het inkomen aan het College zorgverzekeringen voor de berekening van aan de zorgverzekeraar toekomende bijdragen als bedoeld in artikel 32 van de Zorgverzekeringswet.
3. Een zorgverzekeraar verstrekt aan het College zorgverzekeringen persoonsgegevens met betrekking tot de samenstelling van de verzekerdenpopulatie naar geboortedatum, geslacht en adres om de gegevens, bedoeld in het tweede lid, te kunnen toerekenen aan de juiste zorgverzekeraar. Genoemde gegevens worden zowel gebruikt bij de operationalisering van het criterium aard van het inkomen, het criterium regio, als voor de raming van verzekerdenaantallen.
4. De persoonsgegevens bedoeld in het eerste, tweede en derde lid worden slechts gebruikt voor de toekenning van de bijdragen betrekking hebbend op het jaar 2006, onderscheidenlijk 2007, en zullen na gebruik voor dit doeleinde dusdanig worden bewerkt dat zij niet meer tot individuele verzekerden

herleidbaar zijn. Deze bewerking zal uiterlijk per 1 juli 2006, onderscheidenlijk 1 juli 2007, plaatsvinden.

Artikel 3.18

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 Zvw;
 - 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. algemene gegevens over de honorering van directie en bestuur van de zorgverzekeraar voor de uitvoering van de Zvw;
 - g. gegevens over zijn relaties met de aanbieders 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 Nederlandse 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 College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen 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 wordt door de Minister van Financiën een rente vergoed die gelijk is aan het 12-maands Euribor van de desbetreffende dag.
2. Over het dagelijkse debetsaldo van de rekening-courant wordt door de rekening-couranhouder een rente betaald die gelijk is aan het 1-maands Euribor.
3. De Minister van Financiën deelt het geldende rentepercentage schriftelijk aan de rekening-couranhouder mee.
4. De rente wordt jaarlijks achteraf, met valutadatum 31 december van het jaar waarop de renteberekening betrekking heeft, ten gunste respectievelijk ten laste van de rekening-courant geboekt. Daartoe stelt de Minister van Financiën een rentenota op.

Artikel 4.6

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

Hoofdstuk 5. Bepalingen omtrent de inkomensafhankelijke bijdrage

Artikel 5.1

Het bijdrage-inkomen, bedoeld in artikel 42 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 vastgesteld op € 30 623.

Artikel 5.2

1. Het percentage, bedoeld in artikel 45, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet wordt vastgesteld op 6,50.
2. In afwijking van het eerste lid bedraagt het bijdragepercentage:
 - a. over bijdrage-inkomen voortvloeiende uit werkzaamheden van een verzekeringsplichtige aan boord van een zeeschip, mits de zeewerkgever of scheepseigenaar het risico als bedoeld in hoofdstuk 3 van de Zorgverzekeringswet, zolang deze verzekeringsplichtige niet is teruggekeerd of heeft kunnen terugkeren naar het land waar hij thuisbehoort, op grond van een verdragsrechtelijke bepaling of een bepaling die daar op stoelt in belangrijke mate voor zijn rekening neemt, nihil;
 - b. over bijdrage-inkomen waarover geen recht bestaat op de vergoeding van de verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage door de inhoudingsplichtige, bedoeld in artikel 46, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, met uitzondering van een uitkering op grond van de Algemene Ouderdomswet, 4,40;
 - c. over belastbare periodieke uitkeringen of verstrekkingen op grond van een rechtstreeks uit het familierecht voortvloeiende verplichting als bedoeld in artikel 3.101, eerste lid, onderdeel b, van de Wet inkomstenbelasting 2001, tenzij artikel 11, eerste lid, onderdeel g, van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965 toepassing vindt, indien deze periodieke uitkering of verstrekking ook in 2005 is genoten, nihil.
3. Ingeval het bijdrage-inkomen meer bedraagt dan het maximumbedrag, bedoeld in artikel 5.1, en is samengesteld uit bestanddelen waarover een verschillend bijdragepercentage is verschuldigd, worden de bestanddelen zodanig toegerekend dat het bijdragepercentage van 6,50 het eerste in

aanmerking wordt genomen, vervolgens het bijdragepercentage van 4,40 en ten slotte het nihil-bijdragepercentage.

Artikel 5.3

De inkomsten, bedoeld in artikel 45, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet, betreffen voor het berekenen van de bijdragepercentages die met ingang van 1 januari 2006 gelden:

- a. het geraamde totaalbedrag aan nominale rekenpremies, bedoeld in artikel 1, onderdeel g, van het Besluit zorgverzekering, dat in 2006 aan de zorgverzekeraars zal worden betaald;
- b. het geraamde totaalbedrag dat de zorgverzekeraars in 2006 van hun verzekerden zullen ontvangen ten gevolge van een door hen vast te stellen opslag op de in onderdeel a bedoelde rekenpremie;
- c. het negatieve, geraamde totaalbedrag aan no-claimteruggave dat over het kalenderjaar 2006 aan de verzekerden zal worden betaald;
- d. de rijksbijdrage, bedoeld in artikel 54 van de Zorgverzekeringswet, die voor het kalenderjaar 2006 aan het Zorgverzekeringsfonds wordt toegevoegd;
- e. het geraamde totaalbedrag aan inkomensafhankelijke bijdragen als bedoeld in artikel 43 van de Zorgverzekeringswet, die over 2006 geheven zullen worden.

Artikel 5.4

Als loon, bedoeld in artikel 46, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet wordt aangewezen:

- a. loon uit tegenwoordige dienstbetrekking overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de Wet op de loonbelasting 1964, met uitzondering van:
 - 1°. de genoten beloning, bedoeld in artikel 4, onderdeel f, van de Wet op de loonbelasting 1964;
 - 2°. het in artikel 13bis van de Wet op de loonbelasting 1964 bedoelde voordeel, voor zover dit voordeel door middel van een aan de werknemer opgelegde naheffingsaanslag als loon in aanmerking is genomen;
- b. tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de maand waarin de verzekeringsplichtige de leeftijd van 65 jaar bereikt: loon uit vroegere arbeid overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de Wet op de loonbelasting 1964, met uitzondering van:
 - 1°. uitkeringen ingevolge een pensioenregeling of regeling voor vervroegde uittrekking als bedoeld in de Wet op de loonbelasting 1964, niet zijnde een uitkering ingevolge een regeling voor vervroegde uittrekking 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;
 - 2°. 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 en de Toeslagregeling pensioenen Suriname en Nederlandse Antillen;
 - 3°. uitkeringen en verstrekkingen ingevolge een aanspraak op periodieke uitkeringen en verstrekkingen als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de loonbelasting 1964;
 - 4°. inkomsten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdelen a, d, f, i, j, k en l van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965;
 - 5°. uitkeringen ingevolge de Algemene Ouderdomswet, en
 - 6°. overbruggingsuitkeringen ingevolge een aanspraak op het overbruggingsfonds van de Stichting Contractspelersfonds KNVB en de Stichting Nederlands Wielrennersfonds;
 - 7°. 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 5.5

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

Artikel 5.6

Tot het bijdrage-inkomen, bedoeld in artikel 42 van de Zorgverzekeringswet, 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 Nederland: het gedeelte van 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, of 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, onderdelen a, b en c, sub 1°, of artikel 16, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 in verband met het verrichten van de in die artikelen bedoelde andere werkzaamheden: 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 5.7

1. Ten aanzien van de persoon die gedurende een gedeelte van het kalenderjaar niet verzekeringsplichtig is ingevolge de Zorgverzekeringswet doch wel belastingplichtig is voor de inkomstenbelasting, wordt voor de bijdrageheffing bij wege van aanslag het bijdrage-inkomen naar tijdsevenredigheid afgeleid van het bijdrage-inkomen dat in aanmerking zou zijn genomen indien de verzekeringsplicht ingevolge de Zorgverzekeringswet volledig zou zijn samengevallen met de belastingplicht.
2. In afwijking in zoverre van het eerste lid wordt 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.

Artikel 5.8

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 in aanmerking genomen het bedrag dat naar tijdsevenredigheid is afgeleid van het bijdrage-inkomen dat op grond van artikel 43, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet ten hoogste in aanmerking zou zijn genomen indien gedurende het gehele kalenderjaar sprake was geweest van verzekeringsplicht, 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 heffingspercentage of 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

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 43, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, dat voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage per loontijdvak ten hoogste in aanmerking wordt genomen, wordt voor het jaar 2007 vastgesteld op:

Loontijdvak		Maximum
Dag	€	117,32
Week	€	586,64
Vier weken	€	2 346,59
Maand	€	2 551,91
Kwartaal	€	7 655,75
Jaar	€	30 623

2. In afwijking van het eerste lid wordt het bedrag, bedoeld in artikel 43, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, dat voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage per loontijdvak ten hoogste in aanmerking wordt genomen, voor werknemers als bedoeld in artikel 63, eerste lid, onderdeel a, van de Uitvoeringsregeling loonbelasting 2001 vastgesteld op:

Loontijdvak		Maximum bijdrage-inkomen
Dag	€	133,72
Week	€	668,62
Vier weken	€	2 674,49
Maand	€	2 897,43
Kwartaal		–

3. In afwijking van het eerste lid wordt het bedrag, bedoeld in artikel 43, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, dat voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage per loontijdvak ten hoogste in aanmerking wordt genomen, voor werknemers als bedoeld in artikel 63, eerste lid, onderdeel b, van de Uitvoeringsregeling loonbelasting 2001 vastgesteld op:

Loontijdvak		Maximum bijdrage-inkomen
Dag	€	124,99
Week	€	624,95
Vier weken	€	2 499,83
Maand	€	2 708,32
Kwartaal		–

4. De inkomensafhankelijke bijdrage die op grond van paragraaf 5.2 van de Zorgverzekeringswet is verschuldigd wordt, per loontijdvak met inachtneming van artikel 43, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, berekend over het verschil tussen het bijdrage-inkomen, bedoeld in artikel 43, eerste lid, onderdeel a, van die wet, dat de werknemer in het bijdragebetalingstijdvak heeft genoten tot en met dat loontijdvak en het bijdrage-inkomen, bedoeld in artikel 43, eerste lid, onderdeel a, van die wet, dat de werknemer in dat bijdragebetalingstijdvak heeft genoten tot en met het aan dat loontijdvak voorafgaande loontijdvak.

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

Artikel 5.13

1. In de gevallen als bedoeld in het tweede lid, verleent de inspecteur vooruitlopend op een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet een voorschot aan personen van 65 jaar en ouder, met uitzondering van een persoon die op grond van artikel 2, tweede lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet niet verzekeringsplichtig is.
2. Een voorschot wordt slechts verleend indien:
 - a. het bijdrage-inkomen vermoedelijk ten minste € 568,18 meer zal bedragen dan het maximumbedrag, bedoeld in artikel 5.1;
 - b. het bijdrage-inkomen uitsluitend bestaat uit loon uit vroegere dienstbetrekking;
 - c. het bijdrage-inkomen waarover inkomensafhankelijke bijdrage wordt ingehouden afkomstig is van verschillende inhoudingsplichtigen, en
 - d. er geen recht bestaat op vergoeding van de over het bijdrage-inkomen verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage door de inhoudingsplichtige, bedoeld in artikel 46, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet.
3. Voorschotten worden verrekend met de beschikking, bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet. Indien deze verrekening leidt tot een terug te vorderen bedrag, zijn bij de invordering hiervan de regels die gelden voor de inkomstenbelasting van overeenkomstige toepassing.
4. Bij de beschikking, bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet waarbij het bedrag van de teveel betaalde bijdrage wordt uitbetaald aan de verzekeringsplichtige, wordt enkelvoudig heffingsrente als bedoeld in hoofdstuk VA van de Algemene wet inzake rijksbelastingen berekend 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 beschikking.

Hoofdstuk 6. Het College Zorgverzekeringen

§ 1. Vergoedingen commissieleden College zorgverzekeringen

Artikel 6.1.1

1. De leden van door het College zorgverzekeringen ingestelde commissies, niet zijnde bestuursleden van het College zorgverzekeringen, ontvangen voor het bijwonen van vergaderingen per dagdeel waarin wordt vergaderd een vergoeding van € 190,59.
2. Voor de toepassing van het eerste lid wordt onder dagdeel verstaan de delen van de dag waarvan het eerste aanvangt op het tijdstip van aanvang van de eerste bijgewoonde vergadering en het tweede en derde aanvangen nadat vanaf dat tijdstip vijf respectievelijk tien uren zijn verstreken.
3. In afwijking van het eerste lid kan het College zorgverzekeringen ten behoeve van leden van een commissie een hogere vergoeding vaststellen. Deze vergoeding behoeft vooraf de toestemming van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Artikel 6.1.2

1. De vergoeding, bedoeld in artikel 6.1.1 wordt, ingeval het lid gebruik maakt van een eigen vervoermiddel en zijn woonhuis is gelegen in een gemeente die meer dan 10 kilometer is verwijderd van de gemeente waarin de vergadering wordt gehouden, vermeerderd met een vergoeding van € 0,27 voor elke afgelegde kilometer.
2. De vergoeding, bedoeld in artikel 6.1.1 wordt, ingeval het lid gebruik maakt van een openbaar vervoermiddel en zijn woonhuis is gelegen in een gemeente die meer dan 10 kilometer is verwijderd van de gemeente waarin de vergadering wordt gehouden, vermeerderd met:
 - a. de kosten voor een retourbiljet (1e klasse) van het gebruikte openbaar vervoer;
 - b. de gemaakte kosten voor plaatselijk vervoer in de gemeente, waarin de vergadering wordt gehouden.

§ 2. Subsidies ten laste van het Zorgverzekeringsfonds

§ 2.1. Algemene subsidiebepalingen

§ 2.1.1. Begrippen en algemene bepalingen

Artikel 6.2.1

In hoofdstuk 6.2 wordt verstaan onder:

- a. instelling: een privaatrechtelijke rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid, dan wel een rechtspersoon krachtens publiekrecht ingesteld;
- b. project: een activiteit met een incidenteel karakter;
- c. instellingssubsidie: een subsidie aan een instelling in de kosten van haar structurele activiteiten of een gedeelte daarvan;
- d. projectsubsidie: een subsidie in de kosten van een project;
- e. ondersteuningssubsidie: een instellingssubsidie van ten hoogste € 11 344,51 in een gering deel van de totale kosten van het algemeen functioneren van een instelling.

Artikel 6.2.2

1. Het College zorgverzekeringen verstrekt op grond van deze regeling subsidies voor de in dit hoofdstuk, onder paragraaf 2.2, aangegeven doeleinden die ten laste komen van het zorgverzekeringsfonds.
2. Het aanvragen van de subsidie en de subsidievaststelling alsmede het nemen van besluiten met betrekking tot subsidies geschiedt overeenkomstig de in deze regeling gestelde regels.

Artikel 6.2.3

1. Subsidie wordt slechts verstrekt indien:
 - a. naar het oordeel van het College zorgverzekeringen mag worden verwacht dat de met de subsidiëring beoogde doeleinden zullen worden bereikt,
 - b. de aanvrager naar het oordeel van het College zorgverzekeringen de behoefte aan subsidie heeft aangetoond, en
 - c. de aanvrager aannemelijk heeft gemaakt dat de financiële middelen met inbegrip van subsidie voldoende zullen zijn om de voorgenomen activiteiten uit te voeren.
2. Het eerste lid, onderdelen b en c, zijn niet van toepassing op rechtspersonen krachtens publiekrecht ingesteld.

§ 2.1.2. Berekeningswijze instellingssubsidie

Artikel 6.2.4

Een instellingssubsidie bestaat uit een door het College zorgverzekeringen vast te stellen bedrag voor overeenkomstig een door het College zorgverzekeringen goedgekeurd activiteitenplan uitgevoerde activiteiten.

Artikel 6.2.5

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 6.2.4 wordt verlaagd met het bedrag waarmee het maximaal toegestane bedrag van de in artikel 6.2.23 bedoelde reservering wordt overschreden.
2. Het eerste lid is niet van toepassing op een ondersteuningssubsidie.

Artikel 6.2.6

Baten en lasten die door middel van interne doorberekeningen worden toegerekend, worden bepaald op bedrijfseconomische en maatschappelijk aanvaardbare grondslagen. Voor zover hierin lasten zijn begrepen van materiële vaste activa, worden deze lasten op basis van aanschaffingsprijzen van die activa berekend.

§ 2.1.3. Berekeningswijze projectsubsidies

Artikel 6.2.7

Een projectsubsidie bestaat uit het verschil tussen de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende en met in achtneming van de ingevolge deze regeling in aanmerking komende werkelijke lasten, voor zover opgenomen in de door het College zorgverzekeringen goedgekeurde begroting, en de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten. De subsidie bedraagt niet meer dan het door het College zorgverzekeringen vastgestelde maximum.

§ 2.1.4. Modellen en formulieren

Artikel 6.2.8

Het College zorgverzekeringen stelt voor de subsidies in deze regeling de volgende modellen en formulieren vast:

- a. een formulier voor de aanvraag van subsidie,
- b. een model voor het projectplan,
- c. een model voor de begroting,
- d. een model voor het activiteitenplan,
- e. een model voor het activiteitenverslag,
- f. een controleprotocol,
- g. een model accountantsverklaring, en
- h. een formulier voor de aanvraag van de vaststelling van de subsidie.

§ 2.1.5. Aanvraag van een instellingssubsidie

Artikel 6.2.9

1. De instelling die voor haar activiteiten of een gedeelte daarvan in een jaar een instellingssubsidie verlangt, dient uiterlijk dertien weken vóór de aanvang van het desbetreffende jaar een subsidieaanvraag in. De aanvraag wordt onderbouwd met een activiteitenplan en een begroting en gaat, indien de liquiditeitsbehoefte niet regelmatig gespreid is over het jaar, vergezeld van een liquiditeitsprognose.
2. In het activiteitenplan worden de aard en de omvang van de voorgenomen activiteiten beschreven. Daarbij wordt aangegeven welke doelstelling de instelling met de activiteiten nastreeft, op welke wijze zij zullen worden uitgevoerd en voor welke doelgroep zij zijn bestemd.
3. De begroting geeft inzicht in de baten en lasten van de activiteiten van dat jaar. De begroting is voorzien van een postgewijze toelichting. Daarbij wordt uitgegaan van het prijspeil en van het niveau van de kosten van de arbeidsvoorwaarden op het moment van indiening van de aanvraag. In geval van een privaatrechtelijke rechtspersoon bevat de begroting tevens zowel de baten en lasten van de instelling als geheel als de baten en lasten van elk te onderscheiden onderdeel van de instelling.
4. De liquiditeitsprognose geeft gemotiveerd inzicht in het verloop van de liquiditeitsbehoefte van de activiteiten per kalenderkwartaal.

5. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing verlenen van de in het eerste lid genoemde aanvraagtermijn.

Artikel 6.2.10

1. Bij de aanvraag van een instellingssubsidie door een privaatrechtelijke rechtspersoon worden tevens overgelegd:
 - a. een afschrift van de oprichtingsakte of de statuten,
 - b. een afschrift waaruit de inschrijving van de instelling in het geldende openbaar register blijkt,
 - c. een volledig overzicht van de financiële toestand van de instelling op het tijdstip van de aanvraag, en
 - d. indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen: een afschrift van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.
2. Voor zover de aanvrager voor dezelfde begrote uitgaven tevens subsidie of een andere financiële bijdrage heeft aangevraagd bij andere bestuursorganen of organisaties, doet hij daarvan mededeling in de aanvraag, onder vermelding van de stand van zaken met betrekking tot de beoordeling van die aanvraag of aanvragen.
3. Overlegging van de in het eerste lid bedoelde afschriften kan achterwege blijven, indien de aanvrager er redelijkerwijs van uit kan gaan dat deze gegevens aan het College zorgverzekeringen bekend zijn.

§ 2.1.6. Aanvraag van een projectsubsidie

Artikel 6.2.11

1. Het College zorgverzekeringen kan projectsubsidies verlenen die zich uitstrekken over meer dan een kalenderjaar.
2. De natuurlijke persoon of rechtspersoon die subsidie voor een bepaald project verlangt, dient ten minste dertien weken vóór de aanvang van het project een aanvraag in. De aanvraag wordt onderbouwd met een projectplan en een begroting en gaat vergezeld van een liquiditeitsprognose.
3. In het projectplan worden de aard en de omvang van de voorgenomen activiteiten beschreven. Daarbij wordt aangegeven welke doelstelling de aanvrager met de activiteiten nastreeft en op welke wijze die zullen worden uitgevoerd.
4. De begroting geeft inzicht in de baten en lasten van het project. De begroting is voorzien van een postgewijze toelichting. Daarbij wordt uitgegaan van het prijspeil en van het niveau van de kosten van de arbeidsvoorwaarden op het moment van indiening van de aanvraag.
5. De liquiditeitsprognose geeft gemotiveerd inzicht in het verloop van de liquiditeitsbehoefte van de activiteiten per maand. De liquiditeitsprognose kan achterwege blijven als de liquiditeitsbehoefte regelmatig gespreid is over de duur van het project.
6. In afwijking van het tweede lid kan het College zorgverzekeringen bepalen dat aanvragen voor projecten op bepaalde terreinen vóór een of meer door hem vastgestelde data worden ingediend.
7. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing verlenen van de in het tweede of zesde lid bedoelde aanvraagtermijn.

Artikel 6.2.12

1. Bij de aanvraag van de subsidie door een privaatrechtelijke rechtspersoon worden tevens overgelegd:
 - a. een afschrift van de oprichtingsakte of de statuten,
 - b. een afschrift waaruit de inschrijving van de instelling in het geldende openbaar register blijkt, en
 - c. indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen: een afschrift van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.

2. Voor zover de aanvrager voor dezelfde begrote uitgaven tevens subsidie of een andere financiële bijdrage heeft aangevraagd bij andere bestuursorganen, doet hij daarvan mededeling in de aanvraag, onder vermelding van de stand van zaken met betrekking tot de beoordeling van die aanvraag of aanvragen.
3. Overlegging van in het eerste lid bedoelde afschriften kan achterwege blijven, indien de aanvrager er redelijkerwijs van uit kan gaan dat deze gegevens bij het College zorgverzekeringen bekend zijn.

Artikel 6.2.13

1. Het College zorgverzekeringen kan een aanvrager of een categorie aanvragers tevens verplichten tot het overleggen van een volledig overzicht van de financiële toestand van de instelling op het tijdstip van de aanvraag.
2. Het eerste lid is niet van toepassing indien een rechtspersoon, krachtens publiekrecht ingesteld, een projectsubsidie aanvraagt.

§ 2.1.7. Subsidieverlening en bevoorschotting

Artikel 6.2.14

Het College zorgverzekeringen geeft een beschikking op een aanvraag binnen dertien weken na ontvangst van de aanvraag.

Artikel 6.2.15

1. Nadat een subsidieaanvraag is ingediend, kan het College zorgverzekeringen voorschotten verlenen. Daarbij wordt rekening gehouden met de liquiditeitsbehoefte.
2. Het College zorgverzekeringen verstrekt, indien de liquiditeitsbehoefte regelmatig is gespreid, de volgende voorschotten op een verleende instellingssubsidie: in januari 15%, februari 7%, maart 7%, april 7%, mei 15%, juni 7%, juli 7%, augustus 7%, september 3%, oktober 11%, en november 14% van het voor het desbetreffende jaar verleende bedrag.
3. Indien het College zorgverzekeringen voorschotten verstrekt voordat hij de beschikking tot subsidieverlening heeft gegeven, worden de percentages, bedoeld in het tweede lid, tot de datum van subsidieverlening, toegepast op het voor het voorgaande jaar verleende bedrag, in voorkomende gevallen bijgesteld overeenkomstig door het College zorgverzekeringen gegeven beschikkingen. Zodra de beschikking tot subsidieverlening voor het lopende jaar is gegeven, wordt het bedrag dat, gezien het in die beschikking verleende bedrag, te veel of te weinig is bevoorschot, zo spoedig mogelijk verrekend of door de subsidieaanvrager terugbetaald, onderscheidenlijk door het College zorgverzekeringen betaald.
4. Indien aannemelijk is dat er teveel is bevoorschot, kan het College zorgverzekeringen een bedrag vaststellen dat de subsidieontvanger aan hem dient te betalen binnen de bij die vaststelling genoemde termijn. Het College zorgverzekeringen kan het bedrag op andere wijze verrekenen.

Artikel 6.2.16

1. Bij de verlening van een subsidie kan het College zorgverzekeringen bepalen dat het subsidiebedrag door hem wordt bijgesteld, rekeninghoudend met de ontwikkeling van het prijspeil of de ontwikkeling in de kosten van de arbeidsvoorwaarden.
2. Met het oog op de toepassing van het eerste lid kan het College zorgverzekeringen bij de verlening van de subsidie tevens bepalen welk deel van het subsidiebedrag in aanmerking zal worden genomen voor een bijstelling in verband met de ontwikkeling van het prijspeil, onderscheidenlijk van de kosten van de arbeidsvoorwaarden.
3. Indien een subsidie met toepassing van het eerste lid wordt bijgesteld, kan de bevoorschotting overeenkomstig worden gewijzigd.

§ 2.1.8. Verplichtingen van de subsidieontvanger

Artikel 6.2.17

De subsidieontvanger zorgt ervoor dat:

- a. de doeleinden, gesteld in het activiteitenplan dan wel het projectplan, op doelmatige wijze worden nagestreefd,
- b. de werkzaamheden op een zodanige manier worden geregeld dat een goed beleid en beheer worden gevoerd, en
- c. de subsidie op doelmatige wijze wordt gebruikt voor de doeleinden waarvoor deze wordt verleend.

Artikel 6.2.18

De subsidieontvanger zorgt er voorts voor:

- a. dat de administratie op overzichtelijke en doelmatige wijze wordt gevoerd,
- b. dat de administratie een juist, volledig en actueel beeld geeft van het functioneren van de instelling, en
- c. dat van alle ontvangsten en uitgaven deugdelijke bewijsstukken aanwezig zijn waaruit de aard en de omvang van de geleverde goederen of van de verrichte diensten duidelijk blijken.

Artikel 6.2.19

Bij instellingen die een instellingssubsidie ontvangen, is het boekjaar gelijk aan het kalenderjaar.

Artikel 6.2.20

1. De subsidieontvanger doet zo spoedig mogelijk schriftelijk mededeling aan het College zorgverzekeringen van omstandigheden die van belang kunnen zijn voor een beslissing tot wijziging, intrekking of vaststelling van de subsidie.
2. Het eerste lid is van toepassing in de situatie dat de feitelijke liquiditeitsbehoefte lager is dan de verleende voorschotten.
3. Bij een mededeling overeenkomstig dit artikel worden de relevante stukken overgelegd.

Artikel 6.2.21

1. De privaatrechtelijke rechtspersoon die een instellingssubsidie ontvangt, verzekert haar roerende en onroerende zaken op afdoende wijze tegen het risico van diefstal en brand alsmede tegen het risico van wettelijke aansprakelijkheid tegenover derden.
2. De ontvanger van een instellingssubsidie verzekert voor vrijwilligers die werkzaamheden verrichten in het kader van de gesubsidieerde activiteiten, hun wettelijke aansprakelijkheid.
3. Het College zorgverzekeringen kan op aanvraag ontheffing verlenen van het eerste of tweede lid.
4. Het College zorgverzekeringen kan het eerste of tweede lid van overeenkomstige toepassing verklaren op de ontvanger van een projectsubsidie.

Artikel 6.2.22

De subsidieontvanger stelt na afloop van de periode of het project waarvoor subsidie is verleend een verslag vast dat inzicht geeft in de aard, duur en omvang van de in het kader van de subsidiëring verrichte activiteiten. Het verslag vergelijkt de verrichte activiteiten met de in het activiteitenplan, onderscheidenlijk projectplan, voorgenomen activiteiten.

Artikel 6.2.23

1. Voor zover het bedrag van de verleende instellingssubsidie, zonder toepassing van de in artikel 6.2.5 bedoelde vermindering, na uitvoering van de gesubsidieerde activiteiten overeenkomstig de geldende verplichtingen, niet is besteed aan de doeleinden waarvoor het is verstrekt, wordt het gereserveerd.

2. Voor de berekening van het in het eerste lid bedoelde te reserveren bedrag wordt het totaal van de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten, bestaande uit de verleende instellingssubsidie en de gerealiseerde overige baten, verminderd met de lasten van de gesubsidieerde activiteiten. Deze uitkomst wordt toegerekend naar rato van de verleende instellingssubsidie en de, in de ingediende begroting opgenomen, met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende, overige baten. Het te reserveren bedrag is het aan de instellingssubsidie toegerekende deel.
3. Toevoegingen aan voorzieningen als bedoeld in artikel 374, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, die samenhangen met de gesubsidieerde activiteiten, worden gerekend tot de lasten van de gesubsidieerde activiteiten, bedoeld in het tweede lid.
4. Indien in de ingediende begroting onder de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten een vrijgevallen voorziening is opgenomen, blijft deze buiten beschouwing bij de berekening van het te reserveren bedrag, bedoeld in het tweede lid.
5. De verplichting, bedoeld in het eerste lid, geldt niet voor de ontvanger van een ondersteuningssubsidie.
6. De in het eerste lid bedoelde reservering wordt uitsluitend besteed aan doeleinden waarvoor de subsidie werd verstrekt.
7. Het totaal van de in het eerste lid bedoelde reservering in enig jaar bedraagt ten hoogste 10% van het bedrag van de voor dat jaar verleende subsidie, zonder toepassing van de in artikel 6.2.15 bedoelde vermindering.
8. Toevoeging aan de in het eerste lid bedoelde reservering kan niet plaatsvinden als de in het eerste lid bedoelde reservering reeds 10% of meer van het voor dat jaar verleende subsidie betreft.

Artikel 6.2.24

Op de balans worden de voorzieningen, gesplitst naar hun aard, en de reservering opgenomen. In de toelichting op de balans worden de toevoegingen en de onttrekkingen aan de voorzieningen en reservering toegelicht.

Artikel 6.2.25

1. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat, behoudens schriftelijke toestemming van het College zorgverzekeringen, publicatie of het anderszins openbaar maken op grond van deze regeling gesubsidieerd onderzoek, delen of samenvattingen daarvan, niet plaatsheeft binnen drie maanden nadat deze aan het College zorgverzekeringen zijn voorgelegd.
2. Het College zorgverzekeringen is bevoegd om onderzoek, bedoeld in het eerste lid, desgewenst te voorzien van commentaar, één of meermalen te vermenigvuldigen of te publiceren of anderszins openbaar te maken of te doen openbaar maken, met vermelding van de bron, zonder dat hiervoor enige vergoeding is verschuldigd.
3. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat de in het eerste lid bedoelde onderzoeksgegevens op verzoek van het College zorgverzekeringen onmiddellijk en kosteloos aan het College zorgverzekeringen of aan door het College zorgverzekeringen aangewezen natuurlijke personen of rechtspersonen beschikbaar worden gesteld.
4. Indien een gesubsidieerde activiteit leidt tot een publicatie, kan het College zorgverzekeringen bepalen dat de subsidieontvanger er zorg voor draagt dat bij de publicatie wordt aangegeven wie de uitvoerder en subsidiënt van het project zijn geweest.
5. Indien een subsidie gericht is of mede gericht is op de totstandkoming van een werk als bedoeld in artikel 10, subonderdeel 1, van de Auteurswet 1912, draagt de subsidieontvanger er zorg voor auteursrechthebbende te zijn ter zake van dat werk.
6. De subsidieontvanger vrijwaart de Staat der Nederlanden en het College zorgverzekeringen voor aanspraken van derden ter zake van alle schade die zij lijden ten gevolge van de door of vanwege de subsidieontvanger verrichte publicaties.

Artikel 6.2.26

Aan de subsidie kunnen verplichtingen als bedoeld in artikel 4:39 van de Algemene wet bestuursrecht worden verbonden.

Artikel 6.2.27

1. De subsidieontvanger is in de gevallen, genoemd in artikel 4:41, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht, een vergoeding voor vermogensvorming verschuldigd.
2. Bij de bepaling van de hoogte van de vergoeding wordt uitgegaan van de waarde van de goederen en andere vermogensbestanddelen op het tijdstip waarop de vergoeding verschuldigd wordt, met dien verstande dat in geval van ontvangst van schadevergoeding voor verlies of beschadiging van zaken, wordt uitgegaan van het bedrag dat als schadevergoeding door de instelling wordt ontvangen. Indien het onroerende zaken betreft, geschiedt de waardebepaling door één of drie onafhankelijke deskundigen.
3. Toepassing van het eerste lid blijft achterwege indien de activiteiten van de subsidieontvanger, na toestemming van het College zorgverzekeringen, door een andere rechtspersoon worden voortgezet en de activa tegen boekwaarde aan die andere rechtspersoon in eigendom zijn overgedragen.

Artikel 6.2.28

1. De vergoeding die de instelling betaalt aan een organisatie die zich de ondersteuning van één of meer gesubsidieerde instellingen ten doel stelt, voor door die organisatie aan de instelling ter beschikking gestelde goederen, is niet hoger dan het bedrag dat op grond van de verkrijgingprijs of vervaardigingsprijs verminderd met de ontvangen investeringssubsidies en bestemmingsgiften berekend wordt, rekening houdend met de geldende afschrijvingspercentages.
2. De vergoeding die de instelling betaalt aan een organisatie die zich de ondersteuning van één of meer gesubsidieerde instellingen ten doel stelt, voor door die organisatie aan de instelling geleverde diensten, is indien het diensten betreft die in het algemeen door soortgelijke instellingen in eigen beheer worden verricht, niet hoger dan het bedrag dat gelijk is aan de kosten die de instelling zou hebben gehad bij het verrichten van de diensten in eigen beheer.
3. De vergoeding die de instelling betaalt aan een organisatie die zich de ondersteuning van één of meer gesubsidieerde instellingen ten doel stelt, voor door die organisatie aan de instelling geleverde diensten, andere dan de in het tweede lid bedoelde diensten, is niet hoger dan het bedrag dat voor het doen verrichten van dergelijke diensten door andere organisaties gebruikelijk kan worden geacht.

Artikel 6.2.29

De subsidieontvanger die aan derden goederen ter beschikking stelt of voor derden diensten verricht, brengt daarvoor een vergoeding in rekening die ten minste kostendekkend is, tenzij het derden betreft voor wie de gesubsidieerde activiteiten bestemd zijn.

Artikel 6.2.30

1. De subsidieontvanger verstrekt aan de door het College zorgverzekeringen aangewezen ambtenaren of andere personen op hun verzoek alle bescheiden en inlichtingen die noodzakelijk zijn voor een juiste vervulling van hun taak. De bescheiden worden op één adres getoond en de inlichtingen, op verzoek, schriftelijk verstrekt. Indien de instelling slechts kan voldoen aan deze verplichting door inbreuk te maken op het recht van enig persoon op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer, verstrekt de instelling de verlangde gegevens op zodanige wijze dat deze niet tot personen herleidbaar zijn.
2. Ook anderszins wordt zoveel mogelijk medewerking verleend teneinde de door het College zorgverzekeringen aangewezen ambtenaren of andere personen in staat te stellen hun taak op een juiste wijze te vervullen.
3. De subsidieontvanger werkt mee aan door of namens het College zorgverzekeringen ingestelde onderzoeken die erop zijn gericht inlichtingen te verschaffen ten behoeve van de ontwikkeling van het beleid.

4. De subsidieontvanger machtigt de in artikel 6.2.35 bedoelde accountant overeenkomstig het eerste tot en met het derde lid te handelen.

Artikel 6.2.31

Indien bij het College zorgverzekeringen het vermoeden is gerezen dat artikel 6.2.28 niet is nageleefd, spant de subsidieontvanger zich desgevraagd in de jaarrekening van de desbetreffende organisatie over te leggen.

§ 2.1.9. De aanvraag tot subsidievaststelling

Artikel 6.2.32

1. Binnen zes maanden na afloop van de periode of het project waarvoor subsidie is verleend, dient de subsidieontvanger een aanvraag in voor de subsidievaststelling.
2. De aanvraag voor de subsidievaststelling gaat vergezeld van:
 - a. het verslag, bedoeld in artikel 6.2.22,
 - b. de subsidiedeclaratie, bedoeld in artikel 6.2.33,
 - c. de jaarrekening, en
 - d. indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen: een afschrift van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.
3. Een subsidiedeclaratie kan achterwege blijven indien de daarmee te verstrekken informatie reeds in de in te zenden jaarrekening is opgenomen.
4. De jaarrekening hoeft niet te worden ingezonden, indien het gaat om:
 - a. een projectsubsidie, of
 - b. een subsidie aan een rechtspersoon krachtens publiekrecht ingesteld.
5. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing en vrijstelling verlenen van de in het eerste lid genoemde aanvraagtermijn.

Artikel 6.2.33

De subsidiedeclaratie geeft een zodanig inzicht dat een verantwoord oordeel kan worden gevormd omtrent de aanwending en de besteding van de subsidie door de instelling en geeft de nodige informatie om de subsidie vast te stellen. De subsidiedeclaratie sluit aan op de indeling van de bij de subsidieaanvraag ingediende begroting. Belangrijke verschillen tussen declaratie en begroting worden toegelicht. In de subsidiedeclaratie van instellingssubsidies wordt de aansluiting tussen de subsidiedeclaratie en de jaarrekening toegelicht.

Artikel 6.2.34

1. De afdelingen 2 tot en met 8 van Titel 9 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek zijn van overeenkomstige toepassing op de jaarrekening, met dien verstande dat de winst- en verliesrekening vervangen wordt door een exploitatierekening. Op deze rekening zijn de bepalingen omtrent de winst- en verliesrekening zoveel mogelijk van overeenkomstige toepassing. Bepalingen omtrent winst en verlies zijn van overeenkomstige toepassing op het exploitatiesaldo.
2. De grondslag voor de waardering van activa en passiva is de verkrijging- of vervaardigingsprijs verminderd met de ontvangen investeringssubsidies en bestemmingsgiften.
3. Het College zorgverzekeringen kan bepalen dat bepalingen van de in het eerste lid bedoelde Titel of onderdelen daarvan niet van toepassing zijn op bepaalde instellingen.

Artikel 6.2.35

1. De jaarrekening en de subsidiedeclaratie zijn ieder afzonderlijk voorzien van een verklaring van een accountant als bedoeld in artikel 393, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek.

2. De jaarrekening of de subsidiedeclaratie gaat vergezeld van een rapportage omtrent de naleving van de subsidiebepalingen door de subsidieontvanger, opgesteld door de accountant overeenkomstig een door het College zorgverzekeringen vast te stellen protocol.
3. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat de accountant meewerkt aan door of namens het College zorgverzekeringen in te stellen onderzoeken naar de door de accountant verrichte werkzaamheden. Voor de aan dit onderzoek verbonden kosten wordt geen subsidie verstrekt.

§ 2.1.10. De vaststelling van de subsidie

Artikel 6.2.36

Binnen zes maanden na ontvangst van de aanvraag, bedoeld in artikel 6.2.32, geeft het College zorgverzekeringen een beschikking tot vaststelling van de subsidie.

§ 2.2. Specifieke subsidies

§ 2.2.1. Weesgeneesmiddelen extramuraal

Artikel 6.2.37.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

- a. weesgeneesmiddel: het door de Minister aangewezen voor subsidiëring in aanmerking komende geneesmiddel, waarvan de therapeutische waarde en de doelmatigheid nog niet is vastgesteld en dat niet onderdeel is van de verstrekking medisch-specialistische zorg door of vanwege het ziekenhuis;
- b. subsidieontvanger: de in de door het College zorgverzekeringen vast te stellen beleidsregel genoemde instelling, organisatie, vereniging van behandelaren, behandelaar of zorgverlener;
- c. protocol: richtlijnen voor de behandeling van de aandoening waarvoor aan de fabrikant van het weesgeneesmiddel een handelsvergunning is verleend, die zijn opgesteld door de vereniging van behandelaren of behandelaren en die door het College zorgverzekeringen zijn goedgekeurd.

Artikel 6.2.37.2

1. Het College zorgverzekeringen neemt bij de subsidieverstrekking de voorwaarden die de Minister bij de aanwijzing van weesgeneesmiddelen stelt in acht.
2. Het College zorgverzekeringen kan bij de subsidieverlening de voorwaarde stellen dat de subsidieontvanger een evaluatieonderzoek verricht.

Artikel 6.2.37.3

1. Aan de subsidieontvanger wordt, met inachtneming van de door het College zorgverzekeringen vast te stellen beleidsregel per weesgeneesmiddel, op aanvraag een projectsubsidie verstrekt.
2. Bij de subsidieverstrekking worden slechts de volgende kosten in aanmerking genomen:
 - a. De kosten van het afgeleverde geneesmiddel;
 - b. De kosten van de geprotocolleerde extra zorgverlening;
 - c. De kosten van coördinatie samenhangend met de behandeling met het weesgeneesmiddel.
3. Slechts voor de kosten van behandeling van verzekerden die toestemming hebben gegeven voor het gebruik van hun behandelgegevens voor het vaststellen van de therapeutische waarde en de doelmatigheid van de behandeling met het weesgeneesmiddel wordt op grond van het eerste lid subsidie verstrekt.

Artikel 6.2.37.4

De Minister stelt per weesgeneesmiddel het maximale subsidieplafond vast.

Artikel 6.2.37.5

Subsidiëring heeft tot doel:

- a. meer gegevens te verzamelen over de therapeutische waarde en de doelmatigheid van het weesgeneesmiddel, en
- b. behandeling met het weesgeneesmiddel van de verzekerde die volgens protocol hiervoor in aanmerking komt.

§ 2.2.2. Agalsidase

Artikel 6.2.38.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

- a. agalsidase: de geregistreerde geneesmiddelen Fabrazyme en Replagal;
- b. protocol: een door het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam ontwikkelde en door het College zorgverzekeringen goedgekeurde verzameling van richtlijnen voor de behandeling met en het onderzoek naar agalsidase bij verzekerden met de ziekte van Fabry.

Artikel 6.2.38.2

1. Aan het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam wordt op aanvraag een projectsubsidie verleend voor de periode 1 januari 2007 tot en met 28 februari 2007 voor het volgens protocol behandelen van maximaal vijfenvijftig verzekerden met een matig tot ernstig ziektebeeld van de ziekte van Fabry.
2. De subsidie heeft mede als doel de therapeutische waarde en de doelmatigheid van de behandelingen te kunnen vaststellen.

Artikel 6.2.38.3

1. De subsidie wordt verleend voor de volgende activiteiten:
 - a. het stellen van de diagnose ziekte van Fabry en het beoordelen van de mate van ernst van het ziektebeeld;
 - b. het volgens protocol behandelen van de verzekerden met de ziekte van Fabry;
 - c. de coördinatie van de behandeling van de verzekerden met de ziekte van Fabry indien de behandeling wordt verricht door een medisch specialist die werkzaam is buiten het Academisch Medisch Centrum.
2. De vergoeding van de kosten van agalsidase is beperkt tot de werkelijke inkoopprijs van de toegediende agalsidase met een maximum van de voor de betreffende middelen geregistreerde doseringen.
3. Slechts voor de kosten van de behandeling van verzekerden die toestemming hebben gegeven voor het gebruiken van hun behandelgegevens voor het vaststellen van de therapeutische waarde en de doelmatigheid van de behandeling met agalsidase wordt op grond van het eerste lid subsidie verstrekt.

Artikel 6.2.38.4

Het subsidieplafond bedraagt voor het jaar 2007 voor:

- a. de kosten voor agalsidase € 1 627 083;
- b. andere dan de in onderdeel a bedoelde kosten € 36 667.

Artikel 6.2.38.5

1. De subsidie wordt slechts verleend onder de voorwaarde dat de subsidieontvanger volledige medewerking verleent aan het onderzoek naar het vaststellen van de therapeutische waarde en de doelmatigheid van agalsidase. De subsidieontvanger zal daartoe in ieder geval de gegevens over de behandeling en de resultaten van de behandeling van de verzekerden met de ziekte van Fabry verzamelen en op een zodanige wijze vastleggen, dat de therapeutische waarde en de doelmatigheid van de agalsidasebehandelingen kunnen worden bepaald.

2. De subsidie wordt slechts verleend indien de subsidieontvanger zich inzet om zowel voldoende verzekerden op Replagal met een dosering van 0,2 milligram per kilogram lichaamsgewicht als voldoende verzekerden op Fabrazyme met een dosering van een 1,0 milligram per kilogram lichaamsgewicht in te stellen om een uitspraak te doen over de therapeutische waarde en de doelmatigheid van deze middelen in het kader van het in het eerste lid bedoelde onderzoek.

Artikel 6.2.38.6

Uiterlijk 1 juni van het subsidiejaar verstrekt de subsidieontvanger aan het College zorgverzekeringen een overzicht van het verwachte aantal verzekerden dat met agalsidase zal worden behandeld in het daar op volgende jaar.

§ 2.2.3. Subsidiëring gezondheidscentra

Artikel 6.2.39.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

- a. gezondheidscentrum: een door een instelling beheerd samenwerkingsverband, waar vanuit een gemeenschappelijke huisvesting integrale eerstelijnszorg wordt verleend door ten minste twee huisartsen, twee wijkverpleegkundigen, één maatschappelijk werkende en zo mogelijk vertegenwoordigers van andere disciplines in de eerste lijn;
- b. samenwerkingsovereenkomst: een schriftelijke overeenkomst, regelende de onderlinge verhouding tussen de bij een gezondheidscentrum betrokkenen;
- c. aanloofase: een periode van maximaal vijf jaar, te rekenen vanaf de aanvang van de exploitatie van een gezondheidscentrum waarbinnen een zodanige groei moet worden gerealiseerd, dat met inachtneming van de subsidiemogelijkheden ingevolge deze paragraaf een sluitende exploitatie wordt verkregen.

Artikel 6.2.39.2

1. Voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum wordt een instellingssubsidie verleend indien voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:
 - a. er is een samenwerkingsovereenkomst waarin zijn opgenomen de doelstelling, de wijze van samenwerking, de werkcontacten, de organisatorische vormgeving en de afspraken over de financiering;
 - b. de instelling beheert zonder winstoogmerk het gezondheidscentrum en maakt aannemelijk dat er uitzicht bestaat op continuïteit van het gezondheidscentrum;
 - c. de instelling die het gezondheidscentrum beheert, sluit een overeenkomst met een zorgverzekeraar inzake het functioneren van het gezondheidscentrum en de economische bedrijfsvoering gelet op de toekomstige financiering door de zorgverzekeraar;
 - d. de praktijkomvang per aan het gezondheidscentrum deelnemende huisarts bedraagt minimaal 800 personen;
 - e. de in het gezondheidscentrum werkzame hulpverleners en medewerkers hebben geen zetel in het bestuur van de instelling die het gezondheidscentrum beheert en kunnen ook anderszins niet een overwegende invloed uitoefenen op de besluitvorming in dat bestuur;
 - f. de bij het gezondheidscentrum betrokken zorgverzekeraars hebben geen overwegende invloed op de besluitvorming in het bestuur van de instelling die het gezondheidscentrum beheert;
 - g. de mogelijkheid tot participatie van cliënten van het gezondheidscentrum in het bestuur van de instelling die het gezondheidscentrum beheert, is geregeld;
 - h. de overeenkomst tussen het gezondheidscentrum en de daarin werkzame hulpverlener bevat:
 - 1°. een concurrentiebeding, waarin is bepaald dat de hulpverlener, na beëindiging van zijn werkzaamheden voor het gezondheidscentrum, gedurende een periode van ten minste vijf jaren niet binnen een afstand van ten minste vijf kilometer te rekenen vanaf de grens van het werkgebied van het gezondheidscentrum praktijk uitoefent;
 - 2°. het beding dat zonder schriftelijke toestemming van de instelling die het gezondheidscentrum beheert, geen gehonoreerde nevenwerkzaamheden worden verricht;
 - 3°. het beding dat de hulpverlener handelt overeenkomstig deze regeling en daaruit voortvloeiende voorschriften en aanwijzingen;
 - i. bij deelname door verschillende vrijgevestigde hulpverleners van eenzelfde discipline werken deze hulpverleners onderling samen in één maatschap, waarbij de gemeenschappelijke praktijkvoering en de onderlinge arbeidsverhouding zijn geregeld;
 - j. de instelling die het gezondheidscentrum beheert, legt een verklaring over waarin zij zich

tegenover het College zorgverzekeringen verplicht om:

- 1°. in geval van afsplitsing van een gezondheidscentrum dat tot zijn exploitatie behoort, de resterende opbrengst aan het College zorgverzekeringen af te dragen ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds tot het totaal van de ten laste van dat fonds ten behoeve van het gezondheidscentrum over de laatste vijf kalenderjaren ontvangen subsidies, te rekenen vanaf het vijfde kalenderjaar voorafgaande aan het jaar van afsplitsing;
 - 2°. in geval van liquidatie van het gezondheidscentrum het eventuele batige saldo aan het College zorgverzekeringen af te dragen ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds tot het totaal van de ten laste van dat fonds ten behoeve van het gezondheidscentrum over de laatste vijf kalenderjaren, voorafgaande aan het jaar waarin tot liquidatie wordt besloten, alsmede over dat jaar ontvangen subsidies.
2. Voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum, dat in het subsidiejaar niet meer in de aanloopfase verkeert en waaraan in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar op grond van artikel 1p van de Ziekenfondswet subsidie is verleend, wordt een instellingssubsidie verleend overeenkomstig artikel 6.2.39.9.
 3. Voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum, anders dan bedoeld in het tweede lid, wordt een instellingssubsidie verleend overeenkomstig artikel 6.2.39.10 tot en met 6.2.39.12.
 4. Indien een instelling verschillende gezondheidscentra beheert die niet in de aanloopfase verkeren, worden deze gezondheidscentra voor de toepassing van deze paragraaf aangemerkt als één gezondheidscentrum.
 5. Voor de extra kosten van de afkoop van de in deze paragraaf bedoelde activiteiten in 2007 en volgende jaren wordt tevens een instellingssubsidie verstrekt aan de onder de leden 2 en 3 bedoelde gezondheidscentra.

Artikel 6.2.39.3

1. Indien een of meer andere vormen van zorgverlening door de instelling die een gezondheidscentrum beheert, worden geëxploiteerd, wordt geen subsidie verleend als het exploitatiesaldo van de instelling die het gezondheidscentrum beheert, vermeerderd met het bedrag van de egaliseringsreserve van het centrum alsmede met het exploitatieoverschot bij de overige vormen van zorgverlening, in het jaar waarop het subsidieverzoek betrekking heeft, positief is en 10% of meer bedraagt van de kosten van het centrum van dat jaar.
2. Geen subsidie wordt verleend voor extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband in een gezondheidscentrum waarvoor op grond van paragraaf 2.2.4 subsidie wordt verleend voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg.

Artikel 6.2.39.4

Het subsidieplafond voor de subsidiëring van extra kosten van integrale eerstelijnszorg door:

- a. gezondheidscentra als bedoeld in artikel 6.2.39.2, tweede lid, bedraagt voor het jaar 2006 € 24 600 000;
- b. gezondheidscentra als bedoeld in artikel 6.2.39.2, derde lid, bedraagt voor het jaar 2006 € 8 245 000;
- c. voor gezondheidscentra als bedoeld in onderdeel a en b, wordt voor arbeidsmarktbeleid een bedrag van € 477 021 gereserveerd.

Artikel 6.2.39.5

1. Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder:
 - a. honoreringsregeling: de landelijke regeling, inhoudende door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde tarieven voor hulp in het kader van de ziekenfondsverzekering;
 - b. norminkomen: het bedrag dat de Nederlandse Zorgautoriteit op grond van haar inkomensbeleidsregels voor de desbetreffende categorie hulpverleners in de gezondheidszorg vaststelt.
2. Voor de toepassing van artikel 6.2.23 worden, uitgaande van de door de Nederlandse Zorgautoriteit

als zodanig voor de verleende hulp vastgestelde tarieven van de disciplines huisartsgeneeskunde, fysiotherapie, verloskunde en farmacie, voor zover deze in het gezondheidscentrum gedurende het subsidiejaar aangeboden worden, de volgende lasten in aanmerking genomen:

- a. de personeelskosten;
 - b. de personeelskosten voor de coördinatie, administratie en interieurverzorging;
 - c. de huisvestingskosten, waarbij met betrekking tot de kosten van rente en afschrijvingen de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde beleidsregels worden gehanteerd;
 - d. de praktijkkosten, waarbij met betrekking tot de kosten de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde beleidsregels worden gehanteerd;
 - e. de organisatiekosten, waarbij met betrekking tot de kosten de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde beleidsregels worden gehanteerd;
 - f. de financieringskosten, waarbij met betrekking tot de kosten de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde beleidsregels worden gehanteerd.
 - g. Een toeslag voor samenwerkingstijd indien er geen sprake is van een dienstverband, berekend volgens het vierde tot en met zevende lid.
3. Voor de toepassing van artikel 6.2.23 worden de volgende lasten niet in aanmerking genomen:
- a. uitgaven die hoger zijn dan die welke voortvloeien uit de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomsten;
 - b. kosten, verbandhoudende met overname van praktijken, schadeloosstelling bij uittreding of ontslag, overeenkomstig beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit;
 - c. lasten die op enigerlei andere wijze voor vergoeding in aanmerking komen.
4. Voor de berekening van de toeslag voor samenwerkingstijd worden de formaties van de navolgende in het kader van de zorgverzekering gehonoreerde disciplines in aanmerking genomen en als volgt vastgesteld:
- a. voor huisartsen: het totaal aantal ingeschreven patiënten wordt gedeeld door 2000;
 - b. voor fysiotherapeuten: de totale omzet van de fysiotherapeuten wordt gedeeld door de normomzet ingevolge de honoreringsregeling onder aftrek van 10% voor extra tijdsinvestering;
 - c. voor verloskundigen: de totale omzet van de verloskundigen wordt gedeeld door de normomzet ingevolge de honoreringsregeling onder aftrek van 10% voor extra tijdsinvestering;
 - d. voor apothekers volgens de formule:
(omzet van de apotheek – inkoopkosten van de omzet) / (0,85 × (norminkomen praktijkkostenvergoeding ingevolge honoreringsregeling))
5. De formatie van een discipline wordt bepaald door het tijdsbeslag dat in relatie tot een volledige werktijd volgens de van toepassing zijnde honoreringsregeling is gemoeid met de beroepsuitoefening in het gezondheidscentrum. Andere werkzaamheden dan die rechtstreeks samenhangen met de beroepsuitoefening, blijven bij de bepaling van het tijdsbeslag buiten beschouwing. Per hulpverlener wordt maximaal één formatieplaats in aanmerking genomen.
6. De toeslag voor samenwerkingstijd is gelijk aan:
- a. voor huisartsen: het verschil tussen de totale vergoedingen voor nettohonorering, pensioenpremie en praktijkassistentie bij een praktijkomvang volgens de rekennorm van de honoreringsregeling en de hiervoor ontvangen vergoedingen bij een praktijkomvang als berekend volgens het vierde lid;
 - b. voor fysiotherapeuten: het verschil tussen de totale vergoedingen voor nettohonorering en pensioenpremie bij een normpraktijkomvang krachtens de honoreringsregeling en de ontvangen vergoedingen bij een praktijkomvang als berekend volgens het vierde lid;
 - c. voor verloskundigen: het verschil tussen de totale vergoedingen voor nettohonorering en pensioenpremie bij een normpraktijkomvang krachtens de honoreringsregeling en de ontvangen vergoedingen bij een praktijkomvang als berekend volgens het vierde lid;
 - d. voor apothekers: 15% van het norminkomen bij een praktijkomvang als berekend volgens het vierde lid.
7. In afwijking van het vierde, vijfde en zesde lid wordt een toeslag voor samenwerkingstijd niet verleend, indien de praktijkomvang van de zorgverleners van de verschillende disciplines in overeenstemming is met de voor de honoreringsregelingen geldende rekennormen, dan wel deze te boven gaat.

8. De samenwerkingstijd geldt alleen voor een gezondheidscentrum dat reeds in 2005 werd gesubsidieerd.

Artikel 6.2.39.6

Voor de toepassing van artikel 6.2.23 worden als baten van het gezondheidscentrum aangemerkt alle baten die betrekking hebben op de activiteiten van het centrum, met dien verstande dat:

- a. het saldo van de van deelnemende vrijevestigde hulpverleners te ontvangen vergoedingen voor praktijkkosten en door hen aan het gezondheidscentrum in rekening te brengen werkelijk te maken kosten en de inkomsten uit de in artikel 6.2.39.2, onderdeel h, subonderdeel 2, bedoelde toegestane nevenwerkzaamheden, die verband houden met de beroepsuitoefening in het gezondheidscentrum, als baten van het gezondheidscentrum wordt aangemerkt;
- b. voor de verleende hulp minimaal wordt uitgegaan van de door het College tarieven gezondheidszorg goedgekeurde of vastgestelde tarieven.

Artikel 6.2.39.7

1. De instelling kan voor een gelijkmatige verdeling van lasten over een groot aantal jaren voor cyclisch onderhoud van gebouwen en installaties van het gezondheidscentrum waarvan het onderhoud voor zijn rekening komt, met inachtneming van een daarvoor ontwikkeld onderhoudsplan, een voorziening onderhoud vormen.
2. De instelling kan voor een gelijkmatige verdeling van lasten over een groot aantal jaren voor loonkosten ingevolge ziekte en arbeidsongeschiktheid van personeelsleden, waarvoor zij niet verzekerd is, een voorziening loonkosten arbeidsongeschiktheid vormen.
3. In afwijking van artikel 6.2.23 kan ten laste van de subsidie een bedrag worden toegevoegd aan de in overeenstemming met de in het eerste of tweede lid bedoelde voorzieningen. De toevoeging aan de in het tweede lid bedoelde voorziening kan slechts plaatshebben voor zover deze voorziening, inclusief de toevoeging, niet meer bedraagt dan 7,56 % van het premieplichtig loon van het subsidiejaar.
4. In afwijking van artikel 6.2.23 worden kosten, voor zover zij ten laste van de in het eerste en tweede lid bedoelde voorzieningen kunnen worden gebracht, bij het vaststellen van de subsidie niet als lasten aangemerkt.

Artikel 6.2.39.8

In afwijking van artikel 6.2.23:

- a. wordt onder egalisereserve verstaan: de reserve ter egalisatie van overschotten en tekorten op de exploitatie vanaf 1987;
- b. bedraagt de egalisereserve ten hoogste 10% van de krachtens deze paragraaf in aanmerking te nemen exploitatielasten in het subsidiejaar, exclusief de inkoopkosten van een eventuele deelnemende apotheek en de kosten van diensten voor derden.

Artikel 6.2.39.9

1. De subsidie voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39.2, tweede lid, dat niet meer in de aanloopfase verkeert, bedraagt maximaal het bedrag van de maximale subsidie in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar, vermeerderd met het door de Minister vast te stellen percentage voor indexering.
2. De subsidie voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum dat in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar in het vijfde jaar van de aanloopfase verkeerde, bedraagt maximaal € 239 274, vermeerderd met het door de Minister vast te stellen percentage voor indexering.

Artikel 6.2.39.10

1. De subsidie voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39.2, derde lid, dat in de aanloopfase verkeert, wordt voor het jaar 2006

vastgesteld op het saldo van de in de artikelen 6.2.39.5, 6.2.39.6 en 6.2.39.7 bedoelde lasten en baten, met dien verstande dat de subsidie maximaal € 239 274 bedraagt.

2. Voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39.2, derde lid, wordt geen subsidie verleend indien met de exploitatie reeds een aanvang is gemaakt voordat het College zorgverzekeringen op de daarop betrekking hebbende aanvraag heeft beslist.
3. In afwijking van artikel 6.2.23 bedraagt de egalisereserve het verschil tussen het saldo van de in de artikelen 6.2.39.5 en 6.2.39.6 bedoelde lasten en baten en het door het College zorgverzekeringen vastgestelde maximale subsidiebedrag.
4. De subsidie bedraagt met ingang van het jaar 2006 maximaal € 312 097 voor een gezondheidscentrum op een Vinex-locatie. Voor de toepassing van de vorige volzin wordt verstaan onder Vinex-locatie: een locatie waarvoor tussen het Rijk, grote stadsgewesten en provincies convenanten zijn afgesloten over aantallen te bouwen woningen op daarvoor aangewezen locaties en waarvoor de Minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer grondkostensubsidies verstrekt.

Artikel 6.2.39.11

1. De subsidie voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39.2, vierde lid, dat niet in de aanloopfase verkeert, wordt vastgesteld op het saldo van de in de artikelen 6.2.39.5, 6.2.39.6 en 6.2.39.7 bedoelde lasten en baten, met dien verstande dat de subsidie maximaal € 239 274 bedraagt.
2. Voor de toepassing van artikel 6.2.23, eerste lid, wordt slechts het saldo van de in de artikelen 6.2.39.5, 6.2.39.6 en 6.2.39.7 bedoelde lasten en baten in aanmerking genomen.

Artikel 6.2.39.12

1. De aanvragen voor subsidie als bedoeld in artikel 6.2.39.2 worden behandeld in volgorde van binnenkomst van de volledige aanvraag.
2. Aanvragen voor subsidie als bedoeld in artikel 6.2.39.2, derde lid, worden slechts in behandeling genomen, indien de aanvraag is ingediend voor 1 juli 2006 en de exploitatie van het gezondheidscentrum aanvangt voor 1 oktober 2006.

Artikel 6.2.39.13

1. Het College zorgverzekeringen kan onder door hem te stellen aanvullende voorwaarden op aanvraag in 2006 een aanvullende subsidie verlenen voor de volgende incidentele kosten van een gezondheidscentrum in de jaren 2004 tot en met 2006:
 - a. boekverliezen op vaste activa bij wijziging van de huisvestingssituatie van het gezondheidscentrum;
 - b. kosten verband houdende met ontslag van werknemers overeenkomstig de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit;
 - c. extra kosten van waarneming van huisartsen of apothekers in verband met arbeidsongeschiktheid vanaf dertig dagen na aanvang van arbeidsongeschiktheid tot de datum van ontslag overeenkomstig de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomst.
2. Subsiëring voor in het eerste lid bedoelde kosten heeft slechts plaats indien:
 - a. de kosten onvermijdbaar zijn,
 - b. de kosten niet kunnen worden gedekt uit de exploitatie van of de egalisereserve voor het gezondheidscentrum of uit het eigen vermogen van de beherende instelling van het gezondheidscentrum, en
 - c. de continuïteit van het gezondheidscentrum in gevaar komt zonder aanvullende subsidiëring.
3. Het subsidieplafond voor de aanvullende subsidies ingevolge dit artikel bedraagt € 1 000 000. De aanvragen worden behandeld in volgorde van binnenkomst van de volledige aanvraag.

Artikel 6.2.39.14

In afwijking van artikel 6.2.23 vindt bij de uitkering goodwill die ter beschikking is gesteld aan de beherende instelling en ten goede komt aan de zorg voor de verzekerde geen verrekening plaats met het jaarlijks vast te stellen budget.

In geval de beherende instelling een toevoeging aan een bestemmingsreserve doet, moet de bestemming die de instelling aan deze uitkering geeft, zijn geormerkt.

§ 2.2.3a. Beëindiging subsidiëring gezondheidscentra

Artikel 6.2.39a.1

1. Het laatste jaar waarvoor een subsidie als bedoeld in paragraaf 2.2.3 kan worden verstrekt, is 2006.
2. In afwijking van het eerste lid kan aan gezondheidscentra waarvan de aanloopfase op 1 januari 2008 afloopt, voor het jaar 2007 nog wel een subsidie als bedoeld in paragraaf 2.2.3 worden verstrekt.
3. In afwijking van het eerste lid kan aan gezondheidscentra waarvan de aanloopfase op of na 1 januari 2009 afloopt, voor de jaren 2007 en 2008 nog wel een subsidie als bedoeld in paragraaf 2.2.3 worden verstrekt.
4. Het tweede of derde lid gelden slechts voor gezondheidscentra waaraan reeds voor het jaar 2006 subsidie als bedoeld in paragraaf 2.2.3 is verstrekt.

Artikel 6.2.39a.2

1. In afwijking van artikel 6.2.39.10 bedraagt de subsidie aan een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39a.1, tweede lid, voor 2007 maximaal de op grond van paragraaf 2.2.3 vastgestelde subsidie over het jaar 2005.
2. In afwijking van artikel 6.2.39.10 bedraagt de subsidie aan een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39a.1, derde lid, voor de jaren 2007 en 2008 € 314 516 per jaar indien het centrum in een Vinex-locatie ligt, en € 241 129 per jaar indien dit niet het geval is.
3. De egalisatiereserve van een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39a.1, derde lid, zoals deze per 31 december 2008 wordt vastgesteld, wordt per 1 januari 2009 aangemerkt als een mutatie in het eigen vermogen van dat centrum.

Artikel 6.2.39a.3

1. Aan een gezondheidscentrum waaraan reeds voor het jaar 2006 subsidie als bedoeld in paragraaf 2.2.3 is verstrekt en dat in dat jaar niet meer in de aanloopfase verkeerde, wordt voor de jaren 2007 en 2008 een afkoopsubsidie verstrekt, ter hoogte van:
 - a. voor het jaar 2007: 90% van de op grond van paragraaf 2.2.3 vastgestelde subsidie over het jaar 2005;
 - b. voor het jaar 2008: 60% van de op grond van paragraaf 2.2.3 vastgestelde subsidie over het jaar 2005.
2. Het College zorgverzekeringen verstrekt de afkoopsubsidie voor 2007 op 15 februari 2007 en voor 2008 op 15 februari 2008.
3. De egalisatiereserve van een gezondheidscentrum als bedoeld in het eerste lid, zoals deze per 31 december 2006 wordt vastgesteld, wordt per 1 januari 2007 aangemerkt als een mutatie in het eigen vermogen van dat centrum.

Artikel 6.2.39a.4

1. Aan een gezondheidscentrum waaraan in het jaar 2006 subsidie als bedoeld in paragraaf 2.2.3 is verstrekt en waarvan de aanloopfase in 2007 afloopt, wordt voor de jaren 2007 en 2008 een afkoopsubsidie verstrekt ter hoogte van:
 - a. voor het jaar 2007: 90% van € 237 847;

b. voor het jaar 2008: 60% van € 237 847.

2. Het tweede en derde lid van artikel 6.2.39a.3 zijn van toepassing.

Artikel 6.2.39a.5

1. Aan een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39a.1, tweede lid, wordt voor het jaar 2008 een afkoopsubsidie verstrekt ter hoogte van 60% van € 237 847.
2. Het College zorgverzekeringen verstrekt de afkoopsubsidie op 15 februari 2008.
3. De egalisatiereserve van een gezondheidscentrum als bedoeld in het eerste lid, zoals deze per 31 december 2008 wordt vastgesteld, wordt per 1 januari 2009 aangemerkt als een mutatie in het eigen vermogen van dat centrum.

§ 2.2.4. Subsidiëring zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden

Artikel 6.2.40.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

- a. een vast samenwerkingsverband: een schriftelijk geregeld samenwerkingsverband waarin ten minste twee huisartsen, twee wijkverpleegkundigen, één maatschappelijk werkende en zo mogelijk vertegenwoordigers van andere disciplines regelmatige en gestructureerde werkcontacten met elkaar onderhouden met het doel een geïntegreerde vorm van hulpverlening in de eerstelijnszorg te bieden in een voor de deelnemers overlappend werkgebied ten behoeve van de bevolking in dit werkgebied en zich gezamenlijk naar de bevolking toe presenteren.
- b. een gezondheidscentrum: een vast samenwerkingsverband dat werkt vanuit een gemeenschappelijke huisvesting.

Artikel 6.2.40.2

Voor de extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband wordt een instellingssubsidie verleend indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

- a. de onderlinge verhouding tussen de deelnemende disciplines, of, bij dienstverband van de in het kader van de ziekenfondsverzekering gehonoreerde deelnemers, tussen de instelling voor wier rekening het samenwerkingsverband wordt geëxploiteerd en de overige disciplines, is geregeld in een samenwerkingsovereenkomst, waarin zijn opgenomen de doelstelling, de wijze van samenwerking, de werkcontacten, de organisatorische vormgeving en de afspraken over de financiering;
- b. de instelling voor wier rekening het samenwerkingsverband wordt geëxploiteerd, maakt voldoende aannemelijk dat er uitzicht bestaat op continuïteit van het samenwerkingsverband;
- c. de instelling voor wier rekening het samenwerkingsverband wordt geëxploiteerd, voert overleg met zorgverzekeraars over de inpassing van de volledige financiering van de verleende hulp in de wettelijke verzekering tegen ziektekosten;
- d. de instelling die het zwaarder gestructureerde samenwerkingsverband beheert, legt een verklaring over waarin hij zich tegenover het College zorgverzekeringen verplicht om:
 - 1°. in geval van afsplitsing van een vast samenwerkingsverband dat tot zijn exploitatie behoort, de resterende opbrengst aan het College zorgverzekeringen af te dragen ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds tot het totaal van de ten laste van dat fonds ten behoeve van het vaste samenwerkingsverband over de laatste vijf kalenderjaren ontvangen subsidies, te rekenen vanaf het vijfde kalenderjaar voorafgaande aan het jaar van afsplitsing;
 - 2°. in geval van liquidatie van het vaste samenwerkingsverband het eventuele batige saldo aan het College zorgverzekeringen af te dragen ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds tot het totaal van de ten laste van dat fonds ten behoeve van het vaste samenwerkingsverband over de laatste vijf kalenderjaren, voorafgaande aan het jaar waarin tot liquidatie wordt besloten, alsmede over dat jaar ontvangen subsidies;
- e. Indien een instelling verschillende vaste samenwerkingsverbanden beheert, worden deze samenwerkingsverbanden voor de toepassing voor deze paragraaf aangemerkt als één vast samenwerkingsverband.

Artikel 6.2.40.3

Voor de extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband wordt slechts een instellingssubsidie verleend aan instellingen waaraan in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar voor de extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband subsidie is verleend op grond van artikel 1p, eerste lid, van de Ziekenfondswet.

Artikel 6.2.40.4

Het subsidieplafond voor de subsidiëring van de extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband bedraagt voor het jaar 2006 € 3 060 000.

Artikel 6.2.40.5

1. Voor de toepassing van artikel 6.2.23 worden slechts de volgende lasten bij het verlenen van subsidie in aanmerking genomen:
 - a. de kosten van inhoudelijke samenwerking:
 - 1°. de kosten van een coördinator;
 - 2°. de kosten van agogische begeleiding, advisering en ondersteuning op tijdelijke basis;
 - 3°. de kosten van bevordering van samenwerkingsdeskundigheid;
 - 4°. de kosten van experimenten en projecten in het kader van de samenwerking in de hulpverlening alsmede begeleiding van deze experimenten en projecten, met uitzondering van de kosten die verband houden met het extra tijdsbeslag van de deelnemers in het samenwerkingsverband;
 - b. administratiekosten in verband met de samenwerking:
 - 1°. kosten van administratieve ondersteuning,
 - 2°. bestuurskosten,
 - 3°. overige administratieve kosten;
 - c. de extra huisvestingskosten, bedoeld in het tweede lid;
 - d. de kosten die verband houden met de stimulering van de betrokkenheid van de bevolking;
 - e. de kosten van het lidmaatschap van de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra;
 - f. de kosten van beheer van de accommodatie.
2. Als extra huisvestingskosten worden aangemerkt de resterende kosten nadat op de totale huisvestingskosten de krachtens de honoreringsregelingen door de deelnemers in het samenwerkingsverband ontvangen vergoedingen en de kostendekkende bijdragen van de detacherende instellingen en onderhuurders in mindering zijn gebracht. Met betrekking tot de kosten van rente en afschrijving worden de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde beleidsregels voor ziekenhuizen gehanteerd.
3. Kosten die verband houdend met overname van praktijk, schadeloosstelling bij uittreding of ontslag komen niet voor subsidie in aanmerking. In bijzondere gevallen kan de Nederlandse Zorgautoriteit bij de subsidievaststelling onder door haar te stellen voorwaarden afwijken van de vorige volzin.
4. Bij het bepalen van de in aanmerking komende lasten en baten wordt uitgegaan van de door de Nederlandse Zorgautoriteit voor de verleende hulp goedgekeurde of vastgestelde tarieven onderscheidenlijk maximumtarieven.
5. De lasten worden bij het verlenen van subsidie slechts in aanmerking genomen voor zover het vast samenwerkingsverband of het gezondheidscentrum als zodanig activiteiten ontplooit gedurende het subsidiejaar.
6. Uitgaven die hoger zijn dan die voortvloeien uit de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomsten worden bij het verlenen van subsidie niet in aanmerking genomen.

Artikel 6.2.40.6

De subsidie bedraagt maximaal het bedrag waarop de subsidie in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar is vastgesteld, vermeerderd met het door de Minister vast te stellen percentage voor indexering.

Artikel 6.2.40.7

1. Het College zorgverzekeringen kan onder door hem vast te stellen aanvullende voorwaarden op aanvraag in 2006 een aanvullende subsidie verlenen voor incidentele kosten verband houdende met

coördinatie van een vast samenwerkingsverband in de jaren 2000 tot en met 2006.

2. Subsidiëring voor in het eerste lid bedoelde kosten heeft slechts plaats indien:
 - a. de kosten onvermijdbaar zijn,
 - b. de kosten niet kunnen worden gedekt uit de exploitatie van of de egalisatiereserve voor het vaste samenwerkingsverband of uit het eigen vermogen van het vaste samenwerkingsverband, en
 - c. de continuïteit van het vaste samenwerkingsverband in gevaar komt zonder aanvullende subsidiëring.
3. Het subsidieplafond voor de aanvullende subsidies ingevolge dit artikel bedraagt € 250 000. De aanvragen worden behandeld in volgorde van binnenkomst van de volledige aanvraag.

§ 2.2.4a. Beëindiging subsidiëring zwaarder gesubsidieerde samenwerkingsverbanden

Artikel 6.2.40a.1

Paragraaf 2.2.4 vervalt.

Artikel 6.2.40a.2

1. Aan een vast samenwerkingsverband waaraan reeds voor het jaar 2006 subsidie als bedoeld in paragraaf 2.2.4 is verstrekt, wordt voor de jaren 2007 en 2008 een afkoopsubsidie verstrekt, ter hoogte van:
 - a. voor het jaar 2007: 90% van de op grond van paragraaf 2.2.4 vastgestelde subsidie over het jaar 2005;
 - b. voor het jaar 2008: 60% van de op grond van paragraaf 2.2.4 vastgestelde subsidie over het jaar 2005.
2. Het College zorgverzekeringen verstrekt de afkoopsubsidie voor 2007 op 15 februari 2007 en voor 2008 op 15 februari 2008.
3. De egalisatiereserve van een vast samenwerkingsverband als bedoeld in het eerste lid, zoals deze per 31 december 2006 wordt vastgesteld, wordt per 1 januari 2007 aangemerkt als een mutatie in het eigen vermogen van dat samenwerkingsverband.

§ 2.2.5 [Vervallen per 01-01-2007]

Artikel 6.2.41.1 [Vervallen per 01-01-2007]

Artikel 6.2.41.2 [Vervallen per 01-01-2007]

Artikel 6.2.41.3 [Vervallen per 01-01-2007]

Artikel 6.2.41.4 [Vervallen per 01-01-2007]

Artikel 6.2.41.5 [Vervallen per 01-01-2007]

Artikel 6.2.41.6 [Vervallen per 01-01-2007]

Artikel 6.2.41.7 [Vervallen per 01-01-2007]

Artikel 6.2.41.8 [Vervallen per 01-01-2007]

Artikel 6.2.41.9 [Vervallen per 01-01-2007]

Artikel 6.2.41.10 [Vervallen per 01-01-2007]

§ 3. Bijdrage van verdragsgerechtigden

Artikel 6.3.1

1. De voor een persoon, bedoeld in artikel 69, eerste lid, 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 ten laste van de sociale zorgverzekeringen in Nederland.
2. De grondslag van de bijdrage is gelijk aan de som van:
 - a. een inkomensafhankelijke bijdrage, berekend overeenkomstig paragraaf 5.2 van de Zorgverzekeringswet,
 - b. een inkomensafhankelijke bijdrage, berekend overeenkomstig de op grond van de Wet financiering sociale verzekeringen verschuldigde premie voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, 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 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, 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 standaardpremie voor een zorgverzekering, zoals deze ingevolge artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag voor het desbetreffende jaar wordt vastgesteld (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. De bijdrage, bedoeld in het eerste lid, wordt verhoogd met een bedrag, gelijk aan het in artikel 22, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet bedoelde bedrag. Dit bedrag wordt vervolgens in mindering gebracht op de in het eerste lid genoemde verschuldigde bijdrage.
5. Voor de toepassing van de Wet op de zorgtoeslag wordt de in het tweede lid bedoelde nominale deel, als premie voor een zorgverzekering beschouwd.
6. Het bedrag van de in artikel 69, derde lid, van de Zorgverzekeringswet bedoelde boete, wordt gebaseerd op de in het tweede lid bedoelde nominale deel en vermenigvuldigd met het in het eerste lid genoemde verhoudingsgetal.
7. Het in het eerste lid genoemde verhoudingsgetal wordt per land vastgesteld en met een toelichting over de wijze van berekening jaarlijks uiterlijk in november in de Staatscourant gepubliceerd.

Artikel 6.3.2

1. De in artikel 6.3.1, bedoelde bijdrage voor een in artikel 69, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet genoemde persoon die rechthebbende is op een pensioen of rente en voor zijn gezinsleden wordt door het orgaan dat het pensioen of de rente uitkeert, op dat pensioen of die rente ingehouden en aan het Zorgverzekeringsfonds afgedragen.

2. Het orgaan, bedoeld in het eerste lid, wordt door of vanwege het College zorgverzekeringen voorzien van de voor de inhouding van de in artikel 6.3.1, eerste lid, bedoelde bijdrage benodigde gegevens.
3. Voor de toepassing van het eerste lid wordt een toeslag, waaronder begrepen een toeslag ingevolge de Toeslagenwet, een toelage of enige aanvulling, onder welke benaming ook, op de uitkering die door het orgaan in het algemeen met dezelfde regelmaat en gelijktijdig met de uitkering betaalbaar wordt gesteld, als onderdeel van de uitkering aangemerkt.
4. Indien een persoon meer dan één uitkering geniet uit hoofde waarvan hij als rechthebbende op een pensioen of rente wordt aangemerkt, wordt het in artikel 6.3.1, tweede lid, bedoelde nominale deel, met inachtneming van het derde lid, ingehouden op de eerst toegekende uitkering. Indien die uitkering niet toereikend is, vindt inhouding plaats ter grootte van die uitkering en wordt het resterende deel ingehouden op enige andere uitkering, tenzij het College zorgverzekeringen besluit het resterende deel bij de rechthebbende te heffen en te innen.
5. Voor zolang de in het eerste lid bedoelde orgaan of organen niet in staat zijn de in artikel 6.3.1, bedoelde bijdrage te innen, is het College zorgverzekeringen bevoegd deze bijdrage te heffen en te innen.
6. Indien de in het vierde lid bedoelde nominale deel van de bijdrage of de in het vijfde lid bedoelde bijdrage minder bedraagt dan het in artikel 1 van de Regeling terugvordering geringe bedragen, genoemde bedrag, gaat het College zorgverzekeringen niet over tot inning daarvan.
7. Onder het in het eerste lid bedoelde orgaan dat de uitkering doet, wordt mede verstaan de werkgever 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 op grond van artikel 6.3.1, eerste lid, verschuldigde bijdrage en het totaal van de op grond van artikel 6.3.2 ingehouden of geïnde bijdrage wordt, voorzover dit totaal hoger is dan de verschuldigde bijdrage, door het College zorgverzekeringen na afloop van het kalenderjaar doch uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de bijdrage betrekking heeft, verrekend en uitgekeerd aan de rechthebbende op een pensioen of rente genoemd in artikel 6.3.2 eerste lid, of aan de verzekeringsplichtige genoemd in artikel 6.3.4.
2. Het College zorgverzekeringen 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

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

Artikel 6.3.5

Voor zolang het in artikel 6.3.2, eerste lid, bedoelde orgaan niet beschikt over de voor de inhouding van de in artikel 6.3.1 eerste lid, bedoelde bijdrage benodigde gegevens, kan het een voorlopig bedrag ter inhouding vaststellen. Dit bedrag wordt gebaseerd op de bij dit orgaan bekende gegevens betreffende de samenstelling van het gezin van de rechthebbende op een pensioen of rente, doch overschrijdt niet het bedrag dat overeenkomt met de voor de in artikel 6.3.1, tweede lid, bedoelde zorgverzekering vastgestelde bijdrage voor de rechthebbende op een pensioen of rente en zijn gezinslid. Bedoeld voorlopig bedrag wordt op de uitkering ingehouden totdat de opgave van de door betrokkene verschuldigde bijdrage door of vanwege het College zorgverzekeringen is verstrekt. Het bedrag dat voorlopig is ingehouden, wordt verrekend met de door betrokkene verschuldigde bijdrage.

Artikel 6.3.6

Voor de berekening van het in artikel 6.3.1 bedoelde nominale deel van de bijdrage die de in artikel 6.3.2, eerste lid, bedoelde rechthebbende op een pensioen of rente verschuldigd is, worden wijzigingen met betrekking tot de aan zijn aanspraak op zorg verbonden gezinsleden welke in de loop van een kalendermaand doch na de eerste dag van de kalendermaand plaatsvinden, eerst in aanmerking genomen vanaf de eerste dag van de daaropvolgende kalendermaand.

Artikel 6.3.7

Voor de toepassing van artikel 96 van de Zorgverzekeringswet wordt met het tijdstip van aanmelding bij het College zorgverzekeringen gelijkgesteld de datum waarop de kennisgeving aan het College zorgverzekeringen van de aanmelding van de rechthebbende op pensioen of rente bij het orgaan van de woonplaats van de rechthebbende, door dat orgaan is ondertekend.

§ 4. Spaarrekening gemoedsbezwaarden

Artikel 6.4.1

1. Uitkeringen ter vergoeding van kosten van zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet doet het College zorgverzekeringen uitsluitend op basis van originele nota's.
2. Voor de hoogte van de uitkering is, naast het bepaalde in artikel 70, zesde en zevende lid, van de Zorgverzekeringswet, het saldo van de rekening, als bedoeld in artikel 70, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, bepalend.
3. Verzoeken tot het doen van uitkeringen ter vergoeding van kosten van zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet moeten zijn gedaan ultimo het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verzoek betrekking heeft.
4. Voor het vaststellen van het saldo van de rekening, als bedoeld in artikel 70, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet gaat het College zorgverzekeringen uit van de bijdragevervangende belasting die de Belastingdienst op grond van de Wet op de inkomstenbelasting vaststelt.
5. Voor het vaststellen van het saldo van de rekening gaat het College zorgverzekeringen uit van de gegevens zoals die op dat moment beschikbaar zijn in de polisadministratie van de Uitvoeringsorganisatie werknemersverzekeringen en/of de fiscale databank van de Belastingdienst. Het College zorgverzekeringen kan verzoeken om originele loon- en salarisstroken of anderszins over te leggen waaruit de inhouding bijdragevervangende belasting tot dat moment blijkt.
6. Als blijkt dat het verschil tussen het op grond van het vijfde lid bepaalde bedrag en de vastgestelde bijdragevervangende belasting meer of minder bedraagt dan 25%, zal het College zorgverzekeringen overgaan tot verrekening.

Hoofdstuk 7. Verwerking persoonsgegevens

Artikel 7.1

1. Als persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die 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 het eigen risico van een verzekerde;
 - e. de vaststelling van de no-claim van een verzekerde en* 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 over de volgende gegevens van de verzekerde:

- a. naam, adres, postcode en woonplaats;
- b. polisnummer, geslacht en geboortedatum;
- c. de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie;
- d. wanneer 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 en
- g. de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van die verzekerde.

Artikel 7.3

De zorgaanbieder is verplicht de in het vorige artikel 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.

Artikel 7.4

1. De zorgverzekeraar verricht de materiële controle en het fraudeonderzoek op de wijze zoals bij de gedragscode is vastgelegd.
2. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan de controle en het onderzoek als bedoeld in het eerste lid.

Artikel 7.5

De zorgverzekeraar draagt zorg voor een zorgvuldige verwerking op de wijze zoals bij de gedragscode is vastgelegd van de hem op grond van artikel 7.2 verstrekte persoonsgegevens.

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 behandelfunctie wordt uitgeoefend, klinische revalidatie-instellingen, centra voor epileptici, brandwondencentra en astmacentra.

Artikel 8.3

De gedraging als bedoeld in artikel 98, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, wordt in afwijking van artikel 106, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit.

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