

De Kleine Gids voor de Nederlandse sociale zekerheid 2019.2



Wolters Kluwer



Schulinck

VOORWOORD

Voor u ligt alweer de 99e editie van De Kleine Gids voor de Nederlandse sociale zekerheid. De Kleine Gids verschijnt sinds 1933 en is al lang een begrip. In een handzaam formaat behandelt de Gids de belangrijkste regelingen op het gebied van de sociale zekerheid. De sociale zekerheid is voortdurend in beweging, daarom verschijnt de Gids 2 keer per jaar.

Deze editie biedt u actuele informatie over de Nederlandse sociale zekerheid. Uiteraard vindt u de bedragen en percentages die vanaf 1 juli 2019 gelden.

Juni 2019 heeft het kabinet met werkgevers- en werknemersorganisaties een pensioenakkoord gesloten over een toekomstbestendig en evenwichtig pensioenstelsel. De AOW-leeftijd wordt 2 jaar (2020 en 2021) vastgezet op 66 jaar en 4 maanden. Daarna stijgt de AOW-leeftijd door naar 67 jaar in 2024. Vanaf 2025 zal de AOW-leeftijd niet 1 jaar stijgen per jaar langere levensverwachting, maar 8 maanden. De mogelijkheid om te sparen voor verlof wordt verruimd. Ook komt er tijdelijk meer ruimte om eerder te stoppen met werken.

Met ingang van 1 januari 2020 worden de sectorpremies WW afgeschaft. Daarvoor in de plaats komt er een WW-premie, waarvan de hoogte afhankelijk is van de contractvorm. Doel hiervan is om de balans tussen vaste en flexibele arbeidsovereenkomsten te verbeteren.

Per 1 januari 2020 wordt de maximale termijn waarbinnen contracten voor bepaalde tijd mogen worden overeengekomen opgerekt van 24 maanden naar 36 maanden. Het maximaal aantal toegestane tijdelijke contracten blijft gehandhaafd op 3.

Met ingang van 1 juli 2019 hoeft de zelfstandige die een aanvraag doet voor een zwangerschaps- en bevallingsuitkering bij die aanvraag de zwangerschapsverklaring niet meer mee te sturen.

Al deze wijzigingen – en meer – vindt u in deze Kleine Gids. Dit is kortom een editie die u niet mag missen!

Deze editie van De Kleine Gids is tot stand gekomen met medewerking van mr. B. de Pijper, drs. A. Wildenburg, mr. R. Montessori, mr. M. van de Graaf, P.

Huijgens, mr. F. Aalders, drs. S. Jekel, mr. C. Berhиту, ir. R. van der Zanden, G. Ramaekers, H. van de Brock en mr. J. Huitema.

Stimulansz

I. Sens

Eindredacteur

In verband met de leesbaarheid zijn formuleringen als 'hij' of 'zij' zoveel mogelijk vermeden. Daar waar 'hij' staat wordt ook 'zij' bedoeld.

Ziekte, handicap en preventie

1.1 Zorgverzekeringswet

Doel en uitvoering

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is een verplichte (privaatrechtelijke) verzekering voor ziektekosten voor iedereen die in Nederland woont of werkt. In de Zvw is een basispakket aan medische zorg vastgelegd. Men kan kiezen voor een naturapolis, een restitutiepolis en soms een mengvorm van beide polissen. Er is een verplicht eigen risico. Daarnaast kan men kiezen voor een vrijwillig eigen risico en zijn eigen bijdragen verschuldigd voor sommige kostensoorten. Collectief verzekeren is ook mogelijk. Voor zorg die niet in het pakket van de Zvw zit, kan men een aanvullende verzekering afsluiten.

Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen een nominale premie voor het basispakket van de Zvw. Deze premie kan per zorgverzekeraar verschillen. Naast de nominale premie wordt een inkomensafhankelijke bijdrage geheven. Mensen met een laag inkomen kunnen recht hebben op zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de nominale premie.

De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. De Belastingdienst int de inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekering. Het Zorginstituut Nederland adviseert de minister over de inhoud van het basispakket. Het CAK stelt de bijdrage vast van mensen die in het buitenland zorg op grond van een verdrag krijgen (zie hierna). Voor meer informatie over de uitvoering en het toezicht daarop, zie hoofdstuk 8.

1.1.1 Wie verzekeringsplichtig zijn

De Zvw legt een verzekeringsplicht op aan iedereen die verplicht verzekerd is op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit zijn alle ingezetenen, dat wil zeggen iedereen die legaal in Nederland woont. Ook personen die in het buitenland wonen, maar wel in Nederland werken en loonbelasting betalen, zijn verzekeringsplichtig. De verzekeringsplicht geldt echter niet voor onder meer militairen in werkelijke

dienst en gemoedsbezwaarden. De verzekeringsplicht van gedetineerden wordt voor de duur van de detentie opgeschort.

1.1.1.1 Medische zorg aan onverzekerden

Dak- en thuislozen en verwarde mensen hebben vaak geen zorgverzekering, of de verzekering is niet vast te stellen. Om deze groep te voorzien van noodzakelijke medische zorg is er de 'subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden'. Zorgverleners kunnen de zorgkosten van verleende zorg aan onverzekerden voor 100% door het Rijk vergoed krijgen. De regeling geldt niet voor vreemdelingen die (nog) geen geldige verblijfstitel hebben, zie hoofdstuk 4.1.

1.1.2 Afsluiten zorgverzekering

De verzekeringsplicht houdt in dat de verzekeringsplichtige ervoor moet zorgen dat hij verzekerd is. Hij moet dus een zorgverzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar. Het is mogelijk dat iemand (de verzekeringnemer) een zorgverzekering afsluit voor een ander, bijvoorbeeld een echtgenote voor haar partner of kind of een werkgever voor een werknemer. De verzekeringnemer heeft een contract met de zorgverzekeraar en is verplicht de nominale premie te betalen. Degene voor wie de verzekering is afgesloten (de verzekerde), heeft het recht om op elk moment zelf een verzekering af te (laten) sluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar hebben hiervoor wel toestemming nodig van hun wettelijk vertegenwoordiger. Reden om zelf een zorgverzekering af te sluiten kan zijn het bereiken van de 18-jarige leeftijd, einde van militaire dienst, een echtscheiding of het veranderen van baan.

1.1.2.1 Boete bij niet afsluiten zorgverzekering

Het CAK voert de regeling voor onverzekerden uit. Om te voorkomen dat een verzekeringsplichtige geen zorgverzekering afsluit en dus onverzekerd is, gaat het CAK iedere maand na welke Wlz-verzekerden geen zorgverzekering hebben afgesloten. Het CAK stuurt die personen een schriftelijke aanmaning om binnen 3 maanden alsnog een zorgverzekering af te sluiten. Als de verzekeringsplichtige dat niet doet, legt het CAK een boete op van € 404,25. Na 3 aanmaningen (met tussenpozen van 3 maanden) en het opleggen van 2 boetes sluit het CAK voor de verzekeringsplichtige een basispakket zorgverzekering af. De verzekerde betaalt voor deze zorgverzekering een jaar lang een hogere premie. De hoogte van deze premie is € 134,08 per maand. De premie wordt ingehouden op het loon of de uitkering.

Als de verzekerde geen (regelmatige) inkomsten heeft, betaalt hij de hogere premie via een acceptgiro van het CJIB. Als de verzekerde recht heeft op zorgtoeslag, maakt de Belastingdienst – in opdracht van CAK – de zorgtoeslag rechtstreeks over naar het CJIB. De zorgtoeslag is meestal lager dan de premie. Het resterende bedrag

moet betrokkene nog met een acceptgiro betalen. Daarnaast moet hij de 2 boetes betalen als hij dat nog niet heeft gedaan. Als de verzekerde niet betaalt, schakelt het CAK een deurwaarder in. Deze kosten moet de verzekerde betalen. Het is mogelijk om de boete in 3 maandelijkse bedragen te betalen.

Voor onverzekerde kinderen tot 18 jaar schrijft het CAK de wettelijke vertegenwoordigers aan. De wettelijke vertegenwoordigers betalen voor kinderen tot 18 jaar geen nominale premie, maar kunnen voor hen wel boetes krijgen.

De kosten van medische zorg in de onverzekerde periode komen voor eigen rekening.

1.1.3 *Acceptatieplicht*

Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen die zich aanmeldt tegen gelijke voorwaarden te accepteren voor de zorgverzekering. Zorgverzekeraars mogen geen onderscheid maken naar gezondheidsrisico's, leeftijd of andere criteria. Een zorgverzekeraar hoeft echter iemand niet te accepteren als die persoon nog geen 5 jaar terug bij hem verzekerd was en toen zijn premie niet betaalde of de verzekeraar opzettelijk heeft misleid.

De acceptatieplicht geldt voor de zorgverzekering, niet voor de aanvullende verzekering.

1.1.4 *Zorgplicht*

De zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat verzekerden de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben en waar op grond van het pakket aanspraak op bestaat. Het gaat er niet alleen om dat de kosten betaald worden, maar ook dat een verzekerde de zorg daadwerkelijk en tijdig kan krijgen op een redelijke afstand van de woonplaats. Dit wordt de zorgplicht genoemd. De zorgverzekeraar moet daarbij zorgbemiddeling geven. Dat wil zeggen dat hij binnen een redelijke termijn de zorg die een verzekerde nodig heeft, moet vinden. Bij een naturaverzekering is zorgbemiddeling vanzelfsprekend, omdat de levering van zorg zelf is verzekerd en niet de vergoeding van de kosten. Bij een restitutieverzekering heeft de verzekerde alleen recht op vergoeding van kosten. De zorgverzekeraar moet daarbij in ieder geval tot zorgbemiddeling overgaan als de verzekerde daar om vraagt. De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) heeft in maart geconstateerd dat de wachttijd in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), medisch specialistische zorg (msz) en langdurige zorg voor bepaalde groepen patiënten te lang is. In de ggz en msz gaat het vooral om de wachttijd tot het eerste contact met de zorgverlener. Zorgverzekeraars roepen in reactie hierop mensen op zich te melden als zij te maken hebben met lange wachttijden.

Als een verzekerde wisselt van zorgverzekeraar is de nieuwe zorgverzekeraar op grond van de zorgplicht verplicht om lopende indicaties en machtigingen voor een hulpmiddel of andere zorg over te nemen.

1.1.5 **Opzeggen zorgverzekering**

Verzekerden hebben tot 1 januari de tijd de zorgverzekering schriftelijk op te zeggen. De zorgverzekering eindigt dan per 1 januari en de verzekerde heeft tot uiterlijk 1 februari de tijd om een nieuwe zorgverzekering af te sluiten. Deze gaat met terugwerkende kracht in vanaf 1 januari. Verzekerden met een betalingsachterstand van de nominale premie hebben geen recht om over te stappen.

Zorgverzekeraars hebben een overstapservice. De nieuwe zorgverzekeraar zorgt voor opzegging bij de oude verzekeraar als de verzekerde voor 1 januari een verzekering afsluit. De verzekerde moet wel op het aanmeldingsformulier aangeven dat hij dit wil. En hij moet de nieuwe zorgverzekeraar machtigen om de oude verzekering op te zeggen.

1.1.5.1 *Tussentijds opzeggen*

Tussentijdse opzegging is alleen mogelijk als dit in de polisvoorwaarden is toegestaan of als de zorgverzekeraar de premie tussentijds verhoogt of de polisvoorwaarden tussentijds wijzigt. De verzekeraar moet een premiestijging minimaal 6 weken van tevoren aankondigen. De mogelijkheid om tussentijds op te zeggen is er niet als de wijziging een gevolg is van een wettelijke maatregel.

De verzekeringnemer die een zorgverzekering voor een ander (bijvoorbeeld partner of kind) heeft afgesloten, mag de basisverzekering altijd opzeggen als de ander zelf een verzekering afsluit (of door een derde voor zich laat afsluiten). Als de opzegging gedaan is voor de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat, gaat de opzegging in op deze datum. Een latere opzegging gaat pas in op de eerste dag van de tweede kalendermaand na de dag van opzegging.

Personen die zijn verzekerd door een verzekeringsnemer met achterstand bij de eigen premiebetaling (wanbetaler) krijgen na 2 maanden premieachterstand van de zorgverzekeraar een aanbod om een eigen zorgverzekering af te sluiten zonder premieachterstand.

1.1.6 **Waarop verzekerden recht hebben**

De Zvw verzekert een basispakket aan zorg. De verzekerde krijgt de zorg alleen als het nodig is. Zorg die niet in het basispakket is opgenomen, kan misschien via een aanvullende verzekering worden verzekerd (zie hierna). Bijna alle zorg die op grond van de Zvw wordt verstrekt, valt onder het verplicht eigen risico van € 385 (zie hierna).

Op grond van de Zvw heeft een verzekerde onder meer recht op:

- Geneeskundige zorg door huisartsen, verloskundigen en medisch specialisten (na doorverwijzing door de huisarts of bedrijfsarts).
- De kosten van behandeling in een erkend nierdialysecentrum, beademingscentrum of door een trombosedienst. Ook als deze behandelingen thuis plaatsvinden, kunnen ze worden vergoed.
- De eerste 3 ivf-behandelingen of andere vruchtbaarheidsbehandelingen tot 43 jaar. Als de ivf-poging of behandeling is begonnen voordat de vrouw 43 jaar is, mag zij die poging afronden.
- Prenatale screening op het Downsyndroom. Als uit de combinatietest een verhoogd risico blijkt, kan men kiezen uit de niet-invasieve-prenatale test (NIPT), vlokcentest of vruchtwaterpunctie. Bij de NIPT-test bestaat geen verhoogd risico op een miskraam, in tegenstelling tot de vlokcentest en de vruchtwaterpunctie. Vrouwen met een verhoogd risico op een kind met Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau hoeven geen combinatietest te doen. De combinatietest is voor eigen rekening, het vervolgonderzoek wordt wel vergoed. Iedere zwangere die dat wil kan meteen kiezen voor de NIPT-test. De eigen bijdrage is € 175. Dit bedrag is ongeveer gelijk aan de kosten voor de combinatietest.
- Revalidatiezorg al dan niet met meerdaagse opname. Hier valt ook de geriatrische revalidatie in een verpleeghuis onder. Deze zorg is voor kwetsbare ouderen die na een bepaalde gebeurtenis (een beroerte, nieuwe heup of knie, amputatie) in het ziekenhuis zijn behandeld en nog niet naar huis kunnen. De revalidatie heeft als doel om weer terug naar huis te gaan en duurt maximaal 6 maanden. Deze zorg hoeft niet meteen aan te sluiten op het ziekenhuisverblijf: er kan binnen 1 week na thuiskomst alsnog van de indicatie gebruikgemaakt worden.
- Geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor verzekerden vanaf 18 jaar. De ggz bestaat uit ggz-huisartsenzorg, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Van de huisarts wordt verwacht dat hij mensen met psychische problemen herkent, helpt en waar nodig doorverwijst. De huisarts krijgt daarbij ondersteuning van andere hulpverleners, bijvoorbeeld een gespecialiseerde praktijkondersteuner ggz. Als de huisarts of de praktijkondersteuner de patiënt onvoldoende kan behandelen, verwijst de huisarts iemand met een lichte tot matige psychische aandoening door naar een zorgaanbieder binnen de basis ggz. Een behandeling binnen de basis ggz kan bestaan uit: gesprekken met een psycholoog, psychotherapeut of psychiater of een behandeling via internet. Of een combinatie van beide. Voor ingewikkelde tot zware psychische aandoeningen of problemen die na behandeling in de basis ggz nog niet zijn opgelost, kan de huisarts doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz. Bij opname in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, worden de eerste 3 jaren vergoed. Na 3 jaar valt de zorg onder de Wlz. De zorgverzekeraar bepaalt wie de zorg verleent, waar die wordt verleend en stelt de procedurele voorwaarden in zijn polis vast. Van zowel de basis ggz als de gespecialiseerde ggz worden alle behandelingen vergoed. De ggz-zorg valt wel onder het eigen risico.

- Het eenmaal per kalenderjaar volgen van een stoppen-met-rokenprogramma.
- Vergoeding van geneesmiddelen op basis van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en geneesmiddelen die de apotheker zelf maakt. Het is de bedoeling dat de huisarts op het recept de stofnaam vermeldt. Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen slechts 1 of enkele merken geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof te vergoeden en andere merken helemaal niet (het zogenoemde preferentiebeleid). Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden niet vergoed. Verder zijn bijna alle geneesmiddelen die ook zonder recept worden verkocht (zelfzorggeneesmiddelen) van vergoeding uitgesloten. Een aantal zelfzorggeneesmiddelen wordt wel vergoed. Dat zijn laxeremiddelen, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, maagledigingsmiddelen en middelen tegen droge ogen. Deze geneesmiddelen moeten dan wel langer dan 6 maanden worden gebruikt voor een chronische aandoening en door een arts op recept zijn voorgeschreven. De kosten van het eerste recept moet men zelf betalen. Op de site www.medicijnkosten.nl van het Zorginstituut Nederland kan men nagaan of:
 - een middel in het GVS is opgenomen;
 - eventueel nadere voorwaarden gelden (preferentiebeleid);
 - een eventueel vervangend geneesmiddel helemaal vergoed wordt. Sommige verzekerden hebben receptplichtige geneesmiddelen nodig die niet (geheel) vergoed worden. Per 1 januari 2019 is de eigen bijdrage voor deze geneesmiddelen maximaal € 250 per jaar (NB dit bedrag komt bovenop het eigen risico van € 350, maar voorheen was de eigen bijdrage niet gemaximeerd.)
- Vrouwen jonger dan 21 jaar krijgen anticonceptiemiddelen (zoals de (prik)pil, het spiraaltje, het pessarium en de anticonceptiepleister) en de morning-afterpil vergoed als deze op recept verkrijgbaar zijn (de morning-afterpil is ook zonder recept verkrijgbaar, maar wordt dan niet vergoed).
- Verbandmiddelen voor langdurige behandeling bij een ernstige aandoening.
- Dieetpreparaten als de verzekerde een indicatie heeft voor een bepaalde aandoening, bijvoorbeeld een stofwisselingsstoornis of een voedselallergie.
- Erfelijkheidsonderzoek.
- Hulpmiddelen, zoals hoortoestellen, elastische kousen, prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet, gebitsprothesen, communicatiemiddelen, incontinentiemiddelen, pruiken en orthopedische schoenen, maar ook een blindengeleidehond en een hulphond. Voor sommige hulpmiddelen gelden, naast het eigen risico, eigen bijdragen en/of een maximumvergoeding. Sommige verpleegartikelen of hulpmiddelen krijgt men voor maximaal 26 weken in bruikleen. Heeft iemand een artikel langer nodig, dan kan hij dit huren of kopen. Eenvoudige loophulpmiddelen (zoals rollators, looprek, kruk en wandelstok) worden niet meer vergoed, ook niet uit de Wmo. Men kan deze hulpmiddelen zelf huren of kopen.

- Tandheelkundige hulp van algemene aard voor verzekerden tot 18 jaar. Zij hebben onder meer recht op periodieke controle, sealing, het verwijderen van tandsteen en een fluorideapplicatie bij kinderen die 'blijvende' tanden en kiezen krijgen. Deze mondzorg voor kinderen is uitgezonderd van het verplicht eigen risico. Jongeren tot en met 22 jaar hebben recht op een (uitgestelde) behandeling met implantaten voor blijvende snij- of hoektanden als deze ontbreken door aanleg of ongeval. Verzekerden van 18 jaar en ouder hebben alleen recht op bijzondere tandheelkundige hulp bij bijvoorbeeld zeer ernstige tandheelkundige afwijkingen. Als er geen verband is tussen de indicatie voor tandheelkundige behandeling (bijvoorbeeld het vullen van een gaatje) en de indicatie voor bijzondere tandheelkunde (bijvoorbeeld een hazenlip) moet de verzekerde een eigen bijdrage betalen. Voor overige vormen van mondzorg kunnen verzekerden van 18 jaar en ouder een aanvullende tandartsverzekering afsluiten.
- Opname, behandeling en verpleging in een ziekenhuis (maximaal 365 dagen).
- Paramedische hulp. De zorgverzekeraar kan bepalen dat een verwijzing nodig is van een (huis)arts of specialist. Het gaat om:
 - ergotherapie (maximaal 10 uur per kalenderjaar);
 - dieetadvisering van maximaal 3 uur per jaar aan een verzekerde die lijdt aan COPD of diabetes of die een hoger risico op hart- en vaatziekten heeft. De advisering moet dan wel onderdeel zijn van ketenzorg, dat wil zeggen zorg waarbij verschillende zorgverleners samen afstemmen hoe ze de verzekerde het beste kunnen behandelen;
 - gecombineerde leefstijl interventie (GLI) voor verzekerden met een matig gezondheidsrisico door overgewicht op verwijzing van de huisarts. De GLI richt zich op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl. Er wordt tegelijkertijd gewerkt aan gezonder eten, meer bewegen en aan een blijvende aanpassing van het gedrag op deze terreinen. Een GLI-programma duurt 2 jaar en kent een behandelingsfase en een onderhoudsfase;
 - logopedie als er herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
- Fysiotherapie en oefentherapie (Mensendieck en Cesar). Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden deze behandelingen alleen vergoed als het gaat om een chronische en langdurende aandoening die staat vermeld in het Besluit zorgverzekering. Daarbij zijn de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening. Bij bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie worden maximaal de eerste negen behandelingen vergoed. Mensen met artrose aan de heup- en kniegewrichten krijgen de eerste twaalf behandelingen oefentherapie vergoed. Verzekerden met etalagebenen in de tweede fase (pijn door vernauwde bloedvaten in de benen) krijgen 37 behandelingen fysiotherapie verspreid over het jaar vergoed. Vanaf 1 januari 2019 wordt oefentherapie bij COPD vergoed vanaf de eerste behandeling. Wel komt er een maximum op het aantal behandelingen dat vergoed wordt. In het eerste behandeljaar zijn dit er maximaal 70.

In de jaren daarna is het aantal behandelingen afhankelijk van de ernst van de COPD. Verzekerden tot 18 jaar hebben aanspraak op vergoeding van maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar, ongeacht de aandoening. Verlenging met maximaal 9 behandelingen is mogelijk als het resultaat nog niet voldoende is. De zorgverzekeraar kan in de polis nadere voorwaarden stellen, bijvoorbeeld dat een verwijzing van de huisarts nodig is.

- Noodzakelijk vervoer per ambulance.
- Zittend ziekenvervoer (per taxi, openbaar vervoer of eigen vervoer) naar een behandelcentrum of ziekenhuis voor: nierdialysepatiënten; kankerpatiënten die een chemokuur, immuuntherapie of radiotherapie krijgen; blinden en slechtzienden; rolstoelgebruikers. Per 1 januari 2019 is de regeling verruimd. Behalve vervoer voor de behandeling, is nu ook vervoer voor consultatie, onderzoek en controles verzekerd. Ook zittend ziekenvervoer naar een verpleegkundig kinderdagverblijf wordt vergoed. Het vervoer moet medisch noodzakelijk zijn. In de zorgpolis kan staan dat voor het ziekenvervoer vooraf toestemming van de zorgverzekeraar nodig is en een verklaring van een behandelend arts waarin staat dat de verzekerde in aanmerking komt voor ziekenvervoer. De zorgverzekeraar bepaalt of de kosten worden vergoed, onder welke voorwaarden en voor welke periode. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage van € 101 per kalenderjaar. Daarnaast valt het ziekenvervoer onder het verplicht eigen risico. De vergoeding bedraagt € 0,30 per kilometer. Een verzekerde die niet tot een van de bovengenoemde groepen behoort kan toch voor vergoeding van vervoer in aanmerking komen. Dat is het geval als hij langere tijd vervoer nodig heeft voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en het erg onredelijk is om dat vervoer niet te vergoeden. Om te beoordelen of een verzekerde een beroep kan doen op deze hardheidsclausule gebruiken zorgverzekeraars een formule. Daarbij wordt gekeken naar onder meer het aantal maanden dat vervoer nodig is, het aantal keren per week en het aantal kilometers per enkele reis.
- Kraamzorg aan moeder en kind vanaf de dag van de bevalling gedurende 24 tot 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. In de zorgpolis staat hoe en wanneer de verzekerde kraamzorg moet aanvragen. Als de kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het aantal in het ziekenhuis doorgebrachte dagen in mindering gebracht. Voor een bevalling zonder medische indicatie thuis of poliklinisch is de eigen bijdrage kraamzorg voor moeder en kind samen € 4,40 per uur. Blijft men na de bevalling in een kraamhotel of zonder medische indicatie in een ziekenhuis, dan is de eigen bijdrage voor de verleende kraamzorg voor zowel de moeder als het kind € 17,50 per dag per persoon. Daar bovenop komt het in rekening gebrachte tarief (van de instelling) voor zover dat hoger is dan € 125 per dag voor moeder en kind afzonderlijk. Moet na de bevalling alleen de moeder of alleen het kind op medische gronden opgenomen blijven in het ziekenhuis, dan hoeft voor beiden geen eigen bijdrage betaald te worden.

- Zintuiglijk gehandicaptenzorg. Dat is de zorg voor gehandicapten die niet goed kunnen horen of zien of een taalontwikkelingsstoornis hebben. Vergoeding van behandelingen die de gehandicapte en zijn omgeving leert omgaan met de beperking. Hiervoor is een verwijzing van een arts nodig. Het gaat om de zintuiglijk gehandicaptenzorg zonder opname. Begeleiding, de doventolk en verblijf in een instelling worden vergoed via de Wmo en de Wlz.
- Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging) en het pgb wijkverpleging. Vergoeding van verpleging en verzorging thuis. Denk aan een verpleegkundige die komt wassen of een injectie geven en aan palliatieve terminale thuiszorg. Wijkverpleging valt niet onder het verplicht eigen risico en er wordt geen eigen bijdrage geheven.
- Verzorging kinderen met een intensieve zorgvraag buiten het ziekenhuis. Verzorging bij jeugdigen die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, valt onder de Zvw. Verzorgende handelingen bij jeugdigen gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) valt onder de Jeugdwet.
- Vergoeding voor tijdelijk verblijf in een zorginstelling. Het gaat om kortdurend verblijf voor patiënten die om medische redenen (nog) niet thuis kunnen wonen.
- Plastisch chirurgische ingrepen. Bijvoorbeeld een bovenooglidcorrectie bij een ernstige gezichtsbeperking door verslapping of verlamming van het ooglid. Ook het operatief plaatsen van een borstprothese voor vrouwen en transgenders zonder borstgroei wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

1.1.7 **Identificatieplicht**

Zorgverleners, indicatieorganen en zorgverzekeraars zijn verplicht het burgerservicenummer (BSN) te gebruiken. Zorgverleners (zoals huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, apotheken, ziekenhuizen en klinieken) leggen het BSN vast in hun administratie en gebruiken het BSN bij het uitwisselen van gegevens met andere zorgverleners. Voordat zorgverleners het BSN in hun administratie mogen gebruiken, moeten zij zeker weten dat degene die zorg nodig heeft ook degene is die hoort bij het BSN. Zorgverleners kunnen daarom vragen om een geldig identiteitsbewijs (paspoort, identiteitskaart, rijbewijs of vreemdelingendocument). Wie spoedeisende hulp nodig heeft, maar geen identiteitsbewijs bij zich heeft, moet zich alsnog binnen 2 weken bij de zorgverlener identificeren.

1.1.8 **Eigen risico**

1.1.8.1 **Verplicht eigen risico**

Het verplicht eigen risico is het bedrag dat verzekerden van 18 jaar en ouder zelf moeten betalen als zij medische kosten maken. Het verplicht eigen risico in 2019

blijft € 385. Bijna alle zorg die op grond van de Zvw wordt verstrekt, valt onder het verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico geldt niet voor:

- zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar;
- verloskundige zorg;
- kraamzorg;
- hulpmiddelen in bruikleen;
- het bezoek aan de huisarts. De zorg die de huisarts voorschrijft, zoals geneesmiddelen en onderzoeken, telt wel mee voor het eigen risico;
- zorg die als ketenzorg voor chronisch zieken wordt bekostigd. Ketenzorg is de samenwerking tussen verschillende zorgverleners bij de behandeling van de chronisch zieke;
- de nacontroles van donoren;
- de kosten die vergoed worden vanuit de aanvullende verzekering;
- wijkverpleging.

Zorgverzekeraars kunnen bepalen dat de kosten van bepaalde vormen van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen. Dit kan als:

- de verzekerde naar een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder gaat; of
- de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd ter voorkoming van diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, COPD, overgewicht of het stoppen met roken; of
- de verzekerde gebruikmaakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel of hulpmiddel.

De zorgverlener moet het eigen risico zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 1 jaar, bij de zorgverzekeraar in rekening brengen. Dus zorgverleners moeten rekeningen uit 2018 vóór 31 december 2019 indienen bij de zorgverzekeraar. Uitzondering: rekeningen die door toedoen van de verzekerde na 31 december 2019 binnenkomen, mogen zorgverzekeraars toch onder het verplicht eigen risico brengen. De zorgverzekeraar heeft vervolgens 5 jaar na ontvangst van de rekening de tijd om de kosten via het eigen risico bij de verzekerde in rekening te brengen.

1.1.8.2 *Vrijwillig eigen risico*

De verzekerde kan het verplichte eigen risico vrijwillig verhogen met € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De zorgverzekeraar geeft dan korting op de maandelijkse premie voor de basisverzekering. Hoe hoger het eigen risico, hoe lager de nominale premie. Overstappen naar een lager vrijwillig eigen risico kan de zorgverzekeraar niet weigeren, maar hij mag wel een wachttijd hanteren van maximaal 1 jaar. Met