



63

Beschikking van de Minister van Justitie van 30 januari 1996, houdende plaatsing in het Staatsblad van de tekst van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, zoals dit laatstelijk is gewijzigd bij besluit van 22 december 1995, Stb. 701

De Minister van Justitie,

Gelet op artikel V van het besluit van 4 september 1995, Stb. 430;

Besluit:

de tekst van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, zoals dit laatstelijk is gewijzigd bij besluit van 22 december 1995, Stb. 701, in het Staatsblad te plaatsen als bijlage bij deze beschikking.

's-Gravenhage, 30 januari 1996

De Minister van Justitie,
W. Sorgdrager

Uitgegeven de zesde februari 1996

De Minister van Justitie,
W. Sorgdrager

**TEKST VAN HET VERSTREKKINGENBESLUIT ZIEKENFONDS-
VERZEKERING, ZOALS DIT LAATSTELIJK GEWIJZIGD IS BIJ HET
KONINKLIJK BESLUIT VAN 22 DECEMBER 1995 (STB. 701)**

§ 1. Algemene bepalingen

Artikel 1

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

- a. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. specialist: een arts, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;
- c. tandarts-specialist: een tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondheelkunde en chirurgische prothetiek, dan wel in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopaedie van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde;
- d. huisarts: een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Artikel 2

1. De verzekerden hebben ter voorziening in hun geneeskundige verzorging aanspraak op de verstrekkingen, omschreven in de artikelen 3 tot en met 7, 9 tot en met 11 en 11I tot en met 30.
2. Indien het ziekenfonds als gevolg van de toepassing van artikel 9, vijfde lid, van de Ziekenfondswet, een verzekerde heeft ingeschreven op naam van een persoon of instelling, wordt de desbetreffende verstrekking verleend door de betrokken persoon of diens waarnemer, onderscheidenlijk de betrokken instelling, een en ander onverlet hetgeen elders is bepaald omtrent het verlenen van de genoemde hulp door een andere persoon of instelling.

§ 2. Genees- en heelkundige hulp

Artikel 3

De genees- en heelkundige hulp omvat:

- a. door een huisarts te verlenen genees- en heelkundige hulp naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is;
- b. niet-klinische genees-, heel- en verloskundige hulp, te verlenen:
 - 1°. door een specialist, onverminderd het bepaalde krachtens artikel 4, derde lid, naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is, of
 - 2°. vanwege een academisch ziekenhuis;
- c. door Onze Minister aan te wijzen soorten van niet-klinische hulp, die door specialisten worden verleend in samenwerking met deskundigen, die al dan niet de hoedanigheid van arts bezitten;
- d. door een huisarts of specialist voorgeschreven hulp, te verlenen volgens nader vast te stellen regelen door heilgymnasten-masseurs als bedoeld in artikel 41, tweede lid, van de Wet op de paramedische beroepen en door fysiotherapeuten als bedoeld in artikel 5, eerste lid, van het Fysiotherapeutenbesluit 1977;
- e. door een huisarts of specialist voorgeschreven hulp, te verlenen volgens nader vast te stellen regelen door oefentherapeuten-Mensendieck als bedoeld in het koninklijk besluit van 21 februari 1994, houdende nieuwe regelen inzake de toekenning van de bevoegdheid tot het

uitoefenen van de beroepen van mondhygiënist, oefentherapeut-Cesar, oefentherapeut-Mensendieck, orthoptist en podotherapeut (Stb. 188);

- f. door een huisarts of specialist voorgeschreven hulp, te verlenen volgens nader vast te stellen regelen door oefentherapeuten-Cesar als bedoeld in het onder e genoemde koninklijk besluit;
- g. door een huisarts onderscheidenlijk specialist of tandheelkundig specialist voorgeschreven hulp, te verlenen volgens nader door Onze Minister vast te stellen regelen door logopedisten als bedoeld in artikel 5 van het Logopedistenbesluit.

Artikel 4

1. De plaats waar de in artikel 3, onder a en b, bedoelde hulp wordt verleend, wordt bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is.

2. De in artikel 3, onder b, bedoelde hulp wordt verleend op verwijzing door de huisarts van de verzekerde, of, in door de Ziekenfondsraad vast te stellen gevallen, op verwijzing door de specialist naar wie de verzekerde werd verwezen. Indien de in de vorige volzin bedoelde hulp verloskundige hulp betreft, kan deze hulp eveneens worden verleend op verwijzing van de verloskundige.

3. Onze Minister kan de omvang van door hem aan te wijzen soorten van de in artikel 3, onder b en c, bedoelde hulp beperken, de verstrekking ervan afhankelijk stellen van door hem te stellen voorwaarden en bepalen in welke gevallen en in welke mate de verzekerde bijdraagt in de kosten daarvan.

Artikel 5

1. Onze Minister regelt de omvang van de in artikel 3, onder d, e, f en g bedoelde hulp en stelt de nadere voorwaarden vast waaraan moet worden voldaan, alsmede de plaats waar deze hulp wordt verleend.

2. Onze Minister kan bepalen in welke gevallen en in welke mate de verzekerde bijdraagt in de kosten van de in artikel 3, onder d, e, f, en g bedoelde hulp.

§ 3. Verloskundige hulp

Artikel 6

De verloskundige hulp omvat, in de omvang en onder de voorwaarden nader door Onze Minister vast te stellen, de door verloskundigen en huisartsen te verlenen verloskundige hulp.

§ 4. Tandheelkundige hulp

Artikel 7

1. De tandheelkundige hulp aan de verzekerde die de leeftijd van 18 jaren nog niet heeft bereikt omvat in de omvang en onder de voorwaarden nader door Onze Minister vast te stellen tandheelkundige hulp, te verlenen:

- a. door of vanwege een instelling voor jeugdtandverzorging;
- b. door een tandarts;
- c. door een tandarts-specialist.

2. De tandheelkundige hulp aan de verzekerde die de leeftijd van 18 jaren heeft bereikt omvat in de omvang en onder de voorwaarden nader door Onze Minister vast te stellen tandheelkundige hulp, te verlenen door een tandarts of een tandarts-specialist.

3. Onze Minister kan bepalen in welke gevallen en in welke mate de

verzekerde, bedoeld in het eerste onderscheidenlijk het tweede lid, bijdraagt in de kosten van tandheelkundige hulp.

4. Onze Minister kan bepalen dat de verzekerde:

a. in geval van verrichtingen van een bijzondere moeilijkheidsgraad dan wel indien voor zodanige verrichtingen een multidisciplinaire diagnostiek of behandeling is aangewezen,

b. in geval van verrichtingen onder bijzonder moeilijke omstandigheden door de samenhang met een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening dan wel indien voor verrichtingen onder zodanige omstandigheden een multidisciplinaire diagnostiek of behandeling is aangewezen,

slechts aanspraak heeft op tandheelkundige hulp, indien deze wordt verleend in een instelling.

§ 5. Farmaceutische hulp

Artikel 8

1. In deze paragraaf wordt verstaan onder:

a. geneesmiddel: een geneesmiddel dat op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mag worden afgeleverd;

b. specialité: een geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder h, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening;

c. preparaat: een geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder i, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening;

d. branded generic: een specialité dat 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 een werkzaam bestanddeel bevat;

f. geregistreerd geneesmiddel: een geneesmiddel dat is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, of voor het in de handel brengen waarvan de Gemeenschap 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) een vergunning heeft afgegeven;

g. deel IB van het registerdossier: het registerblad, inhoudende de gegevens, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder 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);

h. registratiehouder: degene te 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);

i. Taxe: de Taxe, uitgegeven door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie;

j. Defined Daily Dose: de dagdosis van een geneesmiddel, als vastge-

steld onder verantwoordelijkheid van het WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology;

k. Anatomical Therapeutic Chemical Classification: de classificatie van geneesmiddelen, samengesteld onder verantwoordelijkheid van het WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology;

l. standaardkuur: de totale hoeveelheid van het werkzaam bestanddeel van een geneesmiddel die, blijkens de dosering, vermeld in deel IB van het registerdossier, wordt gegeven;

m. referentiehoeveelheid: die 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.

2. Bij de toepassing van deze paragraaf wordt uitsluitend acht geslagen op:

a. deel IB van het registerdossier,

b. de publicaties onder auspiciën van de Wereldgezondheidsorganisatie over de Defined Daily Dose en de Anatomical Therapeutical Chemical Classification,

c. de in medisch-farmaceutische kringen gebruikelijke farmacologische en farmacotherapeutische handboeken,

d. publikaties in tijdschriften die in medisch-farmaceutische kringen als betrouwbare bronnen voor geneesmiddeleninformatie gelden, en

e. andere gegevens en bescheiden die voldoen aan de regels ingevolge artikel 2, zesde lid, van het Besluit registratie geneesmiddelen.

Artikel 9

1. Farmaceutische hulp omvat de aflevering van:

a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;

b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopatische farmaceutische producten;

c. bloedprodukten als bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusie;

d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;

e. verbandmiddelen.

2. Ingevolge het eerste lid, onder a, worden niet aangewezen:

a. geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening zonder recept mogen worden afgeleverd en andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in eenzelfde toedieningsvorm, tenzij aanwijzing van een geneesmiddel om bijzondere redenen noodzakelijk is te achten;

b. vaccins ter bescherming tegen besmettelijke ziekten, tenzij aanwijzing daarvan om bijzondere redenen noodzakelijk is te achten.

3. In afwijking van het eerste lid omvat de farmaceutische hulp niet de aflevering van:

a. een ingevolge het eerste lid, onder a, aangewezen geneesmiddel, indien niet is voldaan aan de daarbij aangegeven voorwaarden;

b. geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte aan verzekerde af te leveren met het oog op een reis naar het buitenland;

c. geneesmiddelen als bedoeld in de artikelen 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij het een verzekerde betreft die lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte, te wiens behoefte het ziekenfonds vooraf toestemming heeft verleend voor de aflevering van een geneesmiddel als bedoeld in artikel 54, eerste lid, onder d, van dat besluit;

d. dieetpreparaten, tenzij het een verzekerde betreft die lijdt aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis;

e. verbandmiddelen, tenzij het een verzekerde betreft met een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

4. In afwijking van het eerste lid, onder b, omvat de farmaceutische hulp niet de aflevering van een geneesmiddel dat is bereid uit eenzelfde werkzaam bestanddeel en eenzelfde toedieningsvorm heeft:

a. als enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel;

b. als een aangewezen geregistreerd geneesmiddel, indien niet voldaan is aan de voorwaarden die ingevolge het derde lid, onder a, voor aflevering van dat geregistreerde geneesmiddel gelden.

Artikel 10

1. De verzekerde heeft slechts aanspraak op farmaceutische hulp indien de hulp is voorgeschreven door:

a. een arts, tandarts of verloskundige wiens hulp de verzekerde ingevolge dit besluit heeft ingeroepen;

b. een arts verbonden aan een consultatiebureau voor geboorteregeling of een instelling die hulp verleent als bedoeld in de artikelen 20a, 20d en 20e van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

2. De verzekerde heeft aanspraak op een van de geneesmiddelen die de stof bevatten waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift.

Artikel 11

1. De verzekerde heeft per voorschrift aanspraak op geneesmiddelen voor een periode van ten hoogste:

a. een half jaar, indien het orale anticonceptiva betreft;

b. drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlustremmende geneesmiddelen;

c. vijftien dagen, indien het geneesmiddelen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;

d. een maand, in de overige gevallen.

2. In afwijking van het eerste lid heeft de verzekerde, die wordt ingesteld op een voor hem nieuwe medicatie, aanspraak op aflevering van geneesmiddelen voor een periode van 15 dagen.

Artikel 11a

Bij de aanwijzing van een geneesmiddel ingevolge artikel 9, eerste lid, onder a, wordt vastgesteld of het geneesmiddel onderling vervangbaar is met een of meer andere geneesmiddelen.

Tevens wordt voor de geneesmiddelen waarvan wordt vastgesteld dat zij onderling vervangbaar zijn met een of meer andere geneesmiddelen, een vergoedingslimiet vastgesteld.

Artikel 11b

1. Geneesmiddelen worden als onderling vervangbaar aangemerkt, indien zij:

a. een gelijksoortige wijze van werking of een gelijksoortig werkingsmechanisme hebben,

b. bij een gelijksoortig indicatiegebied kunnen worden toegepast,

c. via een gelijke toedieningsweg worden toegediend, en

- d. in het algemeen voor dezelfde leeftijdscategorie zijn bestemd.
2. De orale, de oromucosale en de transcutane toedieningsweg worden als gelijke toedieningswegen beschouwd. Bij de parenterale toedieningsweg wordt geen onderscheid gemaakt naar gelang de wijze waarop een injectie wordt toegediend.
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. aangenomen moet worden 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 de regeling, en
 - b. de onder 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 thiazideen kaliumsparende diuretica.

Artikel 11c

1. Voor de berekening van een vergoedingslimiet wordt uitgegaan van een standaarddosis van het werkzaam 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 8, tweede lid, genoemde bronnen.
4. Voor uitwendig toegepaste dermatologica geldt als standaarddosis 1 gram of 1 ml, 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:
- 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,
 - voor dat geneesmiddel de standaarddosis was bepaald overeenkomstig het vijfde lid, aanhef en onder a, en voor dat geneesmiddel een Defined Daily Dose wordt vastgesteld, of
 - wijziging optreedt in de in Nederland geadviseerde minimale of maximale dosering van een geneesmiddel, bedoeld in het vijfde lid, aanhef en onder 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 11d

- Voor zover een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen bestaat uit geneesmiddelen die voor een bij ministeriële regeling vast te stellen tijdstip 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.
- 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.
- Bij de berekening van de vergoedingslimiet worden de prijzen van parallel geïmporteerde geneesmiddelen en van combinatiepreparaten als bedoeld in artikel 11b, vijfde lid, buiten beschouwing gelaten.

Artikel 11e

- Per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen wordt een gemiddelde prijs berekend.
- Voor de berekening van de gemiddelde prijs wordt de groep verdeeld in subgroepen van geneesmiddelen die hetzelfde werkzaam bestanddeel of dezelfde combinatie van werkzame bestanddelen hebben.
- Binnen een subgroep wordt voor de specialités met eenzelfde merknaam, met uitzondering van de branded generics, een gemiddelde prijs per standaarddosis berekend.
- 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.
- 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 een prijs wordt vermeld, wordt uitgegaan van de laagste prijs.

Artikel 11f

1. Indien de groep van onderling vervangbare geneesmiddelen bestaat uit slechts een subgroep, is de in artikel 11e, 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 een subgroep, worden, indien:

a. de geneesmiddelen behoren tot een 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 11g

1. Indien er binnen een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een geneesmiddel is, waarvan de prijs per standaarddosis gelijk is aan de in artikel 11f 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 11f 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 11h

1. Indien van een geneesmiddel verschillende toedieningssterkten bestaan, wordt de vergoedingslimiet, berekend overeenkomstig de artikelen 11c tot en met 11g, 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 11b, vijfde lid, en 11c, zesde lid, blijft het eerste tot en met het derde lid buiten toepassing.

Artikel 11i

1. De vergoedingslimiet van een combinatiepreparaat als bedoeld in artikel 11b, 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 werkzaam bestanddeel zouden hebben bevat in de hoeveelheid en de toedieningsvorm die in het combinatiepreparaat voorkomt.

Artikel 11j

Voor zover de toepassing van de artikelen 11b tot 11i naar het oordeel van Onze Minister tot een uitkomst leidt die niet in overeenstemming is met de strekking daarvan, kan Onze Minister een besluit nemen in afwijking daarvan.

Artikel 11k

1. De registratiehouder kan bij Onze Minister een aanvraag indienen om een geneesmiddel aan te wijzen ingevolge artikel 9, eerste lid, onder a.

2. De aanvraag geschiedt met gebruikmaking van een door Onze 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 Onze Minister de aanvrager in de gelegenheid binnen een door hem te bepalen termijn de aanvraag aan te vullen.

4. Onze Minister hoort over de aanvraag de Commissie Vergoedingslimieten Geneesmiddelen van de Ziekenfondsraad.

5. Onze Minister beslist binnen 90 dagen na ontvangst van de aanvraag. Deze termijn wordt opgeschort met ingang van de dag waarop Onze 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. Het besluit wordt aan de aanvrager medegedeeld. Daarbij wordt tevens het oordeel van de Commissie Vergoedingslimieten Geneesmiddelen 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 Onze Minister voornemens is een geneesmiddel ambtshalve aan te wijzen ingevolge artikel 9, eerste lid, onder a, 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 9, eerste lid, onder a, is aangewezen, zijn het tweede tot en met vierde lid, het zesde lid, tweede volzin, en het zevende en achtste lid niet van toepassing.

Artikel 11

1. De verzekerde is een bijdrage verschuldigd in 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 inkoopprijs die vermeld staat in de Taxe, verhoogd met de over het verschil verschuldigde omzetbelasting. Een bijdrage is ook verschuldigd voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een bijdrage is verschuldigd.
2. De bijdrage wordt betaald aan degene die het geneesmiddel aflevert.
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een daarbij aan te geven bijdrage is verschuldigd in de kosten van andere farmaceutische hulp dan die, bedoeld in het eerste lid.

§ 6. Opneming en verder verblijf in ziekenhuizen

Artikel 12

1. Opneming en verder verblijf in een ziekenhuis omvatten met inachtneming van het bepaalde in de artikelen 13 en 14:
 - a. genees-, heel- en verloskundig onderzoek, genees-, heel- en verloskundige behandeling en verpleging;
 - b. door Onze Minister aan te wijzen soorten van transplantatie van weefsels en organen alsmede vergoeding van kosten, verband houdend met het verkrijgen van het meest passende transplantatiemateriaal, een en ander in de omvang en onder de voorwaarden door Onze Minister vast te stellen.
2. Onze Minister bepaalt in welke gevallen en in welke mate de verzekerde bijdraagt in de kosten van opneming en verder verblijf in een ziekenhuis.
3. Onder verblijf in een ziekenhuis wordt mede verstaan de door het ziekenhuis, onder door Onze Minister te stellen voorwaarden, georganiseerde en gewaarborgde verpleging in gezinnen. Het voorgaande is niet van toepassing op verblijf in gezinsvervangende tehuizen als bedoeld in de artikelen 12, 21, 22 en 25 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Artikel 13

1. Voor opneming en verder verblijf in een ziekenhuis dient een opnemingsindicatie te bestaan. Onze Minister bepaalt wat onder een opnemingsindicatie wordt verstaan.
2. Het ziekenhuis moet als zodanig door Onze Minister zijn erkend. Tenzij en voorzover door Onze Minister bij de erkenning anders is bepaald, geldt de erkenning niet ten aanzien van transplantatie van weefsels en organen. Al hetgeen de erkenning betreft wordt door Onze Minister nader geregeld.

Artikel 14

1. Opneming en verder verblijf in een ziekenhuis houden in een ononderbroken verblijf in de laagste klasse van een of meer ziekenhuizen gedurende een periode van ten hoogste 365 verpleegdagen.
2. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekeinde- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
4. Indien een verzekerde, die uitsluitend in verband met het verstrijken

van de in het eerste lid bedoelde periode niet voor rekening van de Ziekenfondswet verblijft in een sanatorium voor tuberculose-patiënten, vanuit dit sanatorium wordt overgeplaatst naar een ziekenhuis met andere bestemming wordt voor de toepassing van de Ziekenfondswet te zijnen aanzien een periode als bedoeld in het eerste lid geacht opnieuw aan te vangen.

5. Indien een verzekerde die ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis, onderscheidenlijk een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, wordt overgeplaatst naar een ziekenhuis met andere bestemming onderscheidenlijk naar een andere afdeling, wordt voor de toepassing van de Ziekenfondswet te zijnen aanzien een periode als bedoeld in het eerste lid geacht opnieuw aan te vangen.

§ 7. Hulpmiddelen

Artikel 15

1. Hulpmiddelen omvatten de middelen welke bij ministeriële regeling als zodanig zijn aangewezen.

2. Op een hulpmiddel bestaat geen aanspraak indien verschaffing, wijziging of herstel daarvan redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat hulpmiddelen in eigendom dan wel in bruikleen worden verschaft en kunnen regelen worden gesteld met betrekking tot wijziging of herstel van hulpmiddelen, het verstrekken van reserve-hulpmiddelen en de voorwaarden voor het verkrijgen van hulpmiddelen.

4. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

5. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerden bijdragen in de kosten. De verschuldigde bijdrage kan verschillen al naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort.

§ 8. Ziekenvervoer

Artikel 16

1. Het ziekenvervoer omvat in de omvang en onder de voorwaarden, nader door Onze Minister vast te stellen :

- a. vervoer per auto;
- b. vergoeding voor vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer.

2. Onze Minister kan bepalen in welke gevallen aanspraak bestaat op vervoer met een ander vervoermiddel dan de in het vorige lid genoemde.

3. Onze Minister bepaalt in welke gevallen en in welke mate de verzekerde bijdraagt in de kosten van vervoer.

§ 9. Kraamzorg

Artikel 17

1. Kraamzorg ten huize van de verzekerde, verleend onder verantwoordelijkheid van het kraamcentrum, omvat verzorging van moeder en kind, van ten minste 24 en ten hoogste 80 uren, verdeeld over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

2. Kraamzorg in een kraaminrichting of ziekenhuis zonder opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 13, omvat verzorging en verpleging van moeder en kind, gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

3. Op de kraamzorg, bedoeld in het eerste en tweede lid, bestaat aanspraak voor zover moeder en kind, gelet op hun behoefte, daarop redelijkerwijs zijn aangewezen.

4. Indien de verzekerde gedurende een deel van de periode, bedoeld in het eerste lid, verblijft in een ziekenhuis op grond van een opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 13, behoudt zij voor de resterende kraamzorg, bedoeld in het eerste lid, aanspraak.

5. De verzekerde is een bij ministeriële regeling te bepalen bijdrage verschuldigd.

Artikel 18

De verzekerde wendt zich uiterlijk vijf maanden voor de vermoedelijke datum van de bevalling met een aanvraag voor kraamzorg tot een kraamcentrum binnen wiens werkgebied de verzekerde woont.

§ 10. Hulp door een audiologisch centrum

Artikel 19

1. Hulp door een audiologisch centrum omvat:

- a. onderzoek van de gehoorfunctie;
- b. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- d. psycho-sociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

2. Op hulp door een audiologisch centrum bestaat slechts aanspraak indien de verzekerde naar het centrum is verwezen door zijn huisarts, een kinderarts of een keel-, neus en oorarts.

3. Indien hulp door een audiologisch centrum langer dan zes weken is aangewezen, wordt tijdig voor het verstrijken van die periode toestemming aan het ziekenfonds gevraagd. Bij de aanvraag wordt een deugdelijke motivering van het audiologisch centrum overgelegd.

§ 11. Erfelijkheidsadvisering

Artikel 20

1. Hulp in het kader van erfelijkheidsadvisering omvat onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, het geven van erfelijkheidsadviezen en daarmee verband houdende psycho-sociale begeleiding, te verlenen door een instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidadvisering.

2. Op hulp in het kader van erfelijkheidsadvisering bestaat slechts aanspraak op verwijzing van de huisarts van de verzekerde dan wel de specialist naar wie de verzekerde door de huisarts is verwezen.

§ 12. Niet-klinische haemodialyse

Artikel 21

1. De niet-klinische haemodialyse omvat de hulp, in de omvang en onder de voorwaarden nader door Onze Minister vast te stellen, die wordt verleend:

- a. in een dialysecentrum,
- b. ten huize van de verzekerde,
- c. in een daartoe ingerichte ruimte voor gemeenschappelijk gebruik, in

de laatste twee gevallen echter alleen, indien de hulp wordt verleend onder de verantwoordelijkheid van een dialysecentrum.

2. In het in het eerste lid, onder b, bedoelde geval omvat de verstrekking mede:

a. vergoeding van de kosten voor redelijkerwijze te verrichten aanpassingen in en van de woning en voor het herstel van de woning in de oorspronkelijke staat,

b. vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, doch uitsluitend indien en voor zover op deze voorzieningen niet ingevolge andere wettelijke regelingen aanspraak kan worden gemaakt.

3. De Ziekenfondsraad kan nadere regelen stellen met betrekking tot het bepaalde in het tweede lid en stelt tevens jaarlijks een bedrag vast, dat geldt als de in het tweede lid, onder b, bedoelde vergoeding.

4. Voor de niet-klinische haemodialyse dient een indicatie te bestaan. Onze Minister bepaalt wat onder een indicatie wordt verstaan.

5. Het dialysecentrum moet door Onze Minister als zodanig zijn erkend of voorlopig erkend. Bij de erkenning wordt rekening gehouden met de behoefte aan en de spreiding van de voorziening. Draagt een centrum de verantwoordelijkheid voor dialyses in een daartoe ingerichte ruimte voor gemeenschappelijk gebruik, dan is die ruimte slechts mede in de erkenning begrepen, indien deze met naam en plaatsaanduiding in die erkenning is aangewezen. Al hetgeen verder de erkenning betreft, wordt door Onze Minister nader geregeld.

§ 13. Chronische intermitterende beademing

Artikel 22

1. De chronisch intermitterende beademing omvat in de omvang en onder de voorwaarden door Onze Minister vast te stellen:

a. het regelmatig verblijven gedurende minder dan 24 uur in een beademingscentrum ten behoeve van de mechanische beademing;

b. het gebruik van de mechanische beademingsapparatuur ten huize van de verzekerde dan wel in een daartoe ingerichte lokaliteit, indien de beademing aldaar plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum als bedoeld onder a.

2. Voor de chronisch intermitterende beademing dient een indicatie te bestaan. Onze Minister bepaalt wat onder een indicatie wordt verstaan.

3. Het beademingscentrum moet als zodanig door Onze Minister zijn erkend of voorlopig erkend. Bij de erkenning wordt rekening gehouden met de behoefte aan en spreiding van de voorziening. Al hetgeen de erkenning betreft wordt door Onze Minister nader geregeld.

§ 14. Revalidatie

Artikel 23

1. Revalidatie omvat onderzoek, behandeling en advisering van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard te verlenen door een aan een instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een specialist.

2. Indien de revalidatie wordt verleend in een instelling voor revalidatie, gaat deze gepaard met meerdaagse dagbehandeling van enkele uren per dag of met meerdaagse opname met verzorging en verpleging.

3. Op revalidatie bestaat slechts aanspraak indien:

a. deze hulp voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, en

b. de verzekerde met die hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

4. Op revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opneming, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder die opneming.

5. Op revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opneming, bestaat slechts aanspraak gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 verpleegdagen in één of meer instellingen voor revalidatie. Artikel 14, tweede en derde lid, is voor de berekening van die periode van overeenkomstige toepassing.

6. Op revalidatie bestaat slechts aanspraak indien deze tijdig voor de aanvang daarvan bij het ziekenfonds schriftelijk is gemeld, vergezeld van een deugdelijke motivering van de hulpverlener. Zodra blijkt dat de hulp langer zal duren dan twee maanden is voor voortzetting na die termijn toestemming van het ziekenfonds vereist. De aanvraag gaat vergezeld van een deugdelijke motivering van de hulpverlener. De verzekerde behoudt aanspraak op de hulp totdat op zijn aanvraag is beslist.

§ 15. Hulp door een trombosedienst

Artikel 24

1. De omvang van de door een trombosedienst te verlenen hulp, zomede de voorwaarden waaronder deze hulp wordt verleend, worden door Onze Minister vastgesteld.

2. De trombosedienst moet als zodanig door Onze Minister zijn erkend of voorlopig erkend. Bij de erkenning wordt rekening gehouden met de behoefte aan en spreiding van de voorziening. Al hetgeen de erkenning betreft wordt door Onze Minister nader geregeld.

§ 16. Bijzondere bepalingen

Artikel 24a

Op hulp, welke bij of krachtens dit besluit als verstrekking is geregeld, bestaat geen aanspraak, voor zover deze objectief voorzienbaar samenhangt met een onderzoek in een ziekenhuis dat of een behandeling in een ziekenhuis die niet behoort tot de in artikel 2, onderdeel e, van dit besluit genoemde verstrekking of tot de zorg, omschreven in artikel 9, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Artikel 25

1. Overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de artikelen 26–30 bestaat aanspraak op een verstrekking of een vergoeding wegens kosten van geneeskundige verzorging als bedoeld in artikel 10 van de Ziekenfondswet, welke niet op de in artikel 9 van de Ziekenfondswet omschreven wijze is ingeroepen als gevolg van de volgende omstandigheden:

- a. verblijf hier te lande buiten de woonplaats;
- b. verblijf buitenslands wegens beroepswerkzaamheden of wegens door de Ziekenfondsraad aan te geven redenen;
- c. het behoren tot de door de Ziekenfondsraad aan te wijzen groepen van verzekerden;
- d. het niet zijn ingeschreven bij een ziekenfonds;
- e. door de Ziekenfondsraad aan te wijzen andere omstandigheden, waarin de hulp niet op de wijze als omschreven in artikel 9 van de Ziekenfondswet is ingeroepen, en met inachtneming van door hem aan te geven regelen.

2. Het bepaalde in het eerste lid is tevens van toepassing, indien het spoedeisende karakter van de geneeskundige hulp een uitstel hiervan redelijkerwijze niet gedoogde, voor zover die hulp hier te lande is verleend en voor zover die hulp noch krachtens de Verordeningen van de Raad van de Europese Gemeenschappen, dan wel de toepassing van zodanige verordening krachtens de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte noch krachtens een verdrag inzake sociale zekerheid kon worden verleend.

Artikel 26

1. In de omstandigheden als bedoeld in artikel 25, eerste lid, onder a, bestaat, mits is voldaan aan door de Ziekenfondsraad vast te stellen voorwaarden, aanspraak op de verstrekkingen – of een gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten hiervan genoemd in artikel 2, verleend door personen of instellingen, die in de verblijfplaats van de verzekerde of de naaste omgeving daarvan hun praktijk uitoefenen of zijn gevestigd en ter zake van de verlening van deze verstrekkingen een overeenkomst hebben gesloten met een ziekenfonds.

2. Het bepaalde in het eerste lid is niet van toepassing op een verzekerde, die zich overeenkomstig de daarvoor gestelde regelen naar een ander ziekenfonds had moeten laten overschrijven.

Artikel 27

In omstandigheden als bedoeld in artikel 25, eerste lid, onder b, bestaat, mits is voldaan aan door de Ziekenfondsraad vast te stellen voorwaarden, aanspraak op een door de Ziekenfondsraad vast te stellen gehele of gedeeltelijke vergoeding van kosten van geneeskundige verzorging, welke redelijkerwijze niet kon worden uitgesteld tot de terugkomst in Nederland.

Artikel 28

In de omstandigheden als bedoeld in artikel 25, eerste lid, onder c, is het bepaalde in artikel 26, eerste lid, van overeenkomstige toepassing.

Artikel 29

1. In de omstandigheid als bedoeld in artikel 25, eerste lid, onder d, bestaat, mits is voldaan aan door de Ziekenfondsraad ter zake vast te stellen voorwaarden, aanspraak op een door de Ziekenfondsraad vast te stellen gehele of gedeeltelijke vergoeding van kosten van geneeskundige verzorging, ingeroepen;

a. in de periode, gelegen tussen het tijdstip van aanmelding als verzekerde overeenkomstig het bepaalde in het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering en het tijdstip waarop het ziekenfonds het bewijs van inschrijving als bedoeld in artikel 15 van dat besluit heeft verstrekt;

b. in de periode gelegen tussen het tijdstip waarop de verzekering een aanvang heeft genomen en het tijdstip van aanmelding als verzekerde overeenkomstig het bepaalde in het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering;

c. in de periode gedurende welke de inschrijving onder toepassing van artikel 17, eerste lid, onder b of e, dan wel van artikel 18, onder c, van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering onderbroken is geweest.

2. Voor de toepassing van het bepaalde bij of krachtens het eerste lid kunnen premiën, betaald ten behoeve van verzekering voor geneeskundige verzorging, worden aangemerkt als kosten van geneeskundige verzorging.

3. Voor de toepassing van het bepaalde bij of krachtens het eerste lid, aanhef en onder c, wordt met de periode gedurende welke de inschrijving

onder toepassing van artikel 17, eerste lid, onder b of e, dan wel van artikel 18, onder c, van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering onderbroken is geweest, gelijkgesteld de periode gelegen tussen het tijdstip met ingang waarvan de inschrijving onder toepassing van artikel 17, eerste lid, onder b of e, dan wel van artikel 18, onder c, is beëindigd en het tijdstip waarop de verplichte verzekering is geëindigd zonder dat voordien een hernieuwde inschrijving tot stand is gekomen.

Artikel 30

In de omstandigheid, als bedoeld in het tweede lid van artikel 25, bestaat, mits is voldaan aan door de Ziekenfondsraad vast te stellen voorwaarden, aanspraak op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten van hulp, verleend door aan een ziekenfonds verbonden medewerkers en tot een door de Ziekenfondsraad vast te stellen bedrag indien de hulp door anderen is verleend.

§ 17. Slot- en overgangsbepalingen

Artikel 31

1. Tot een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip worden geneesmiddelen die geen onderdeel uitmaken van de aanspraak op farmaceutische hulp ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, zoals die luidde onmiddellijk voor het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit, en die niet als onderling vervangbaar met een of meer andere geneesmiddelen kunnen worden aangemerkt en geïndiceerd zijn voor de behandeling van een ziekte die met een of meer andere geneesmiddelen kan worden behandeld, niet aangewezen ingevolge artikel 9, eerste lid, onder a.

2. Tot een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip worden geneesmiddelen die geen onderdeel uitmaken van de aanspraak op farmaceutische hulp ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, zoals die luidde onmiddellijk voor het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit, en die geïndiceerd zijn voor de behandeling van een ziekte die met een of meer andere geneesmiddelen kan worden behandeld, niet aangewezen ingevolge artikel 9, eerste lid, onder a, indien de aanwijzing van die geneesmiddelen er toe zou leiden dat een nieuwe groep van onderling vervangbare geneesmiddelen zou worden gevormd die uitsluitend zou bestaan uit zodanige geneesmiddelen.

Artikel 32

1. Indien met betrekking tot een allergeen voor 3 december 1993 een aanvraag als bedoeld in artikel 16 van de Regeling farmaceutische hulp 1993 is ingediend, is het allergeen onder de aanspraak begrepen tot het tijdstip waarop op de aanvraag is beslist.

2. Op een allergeen als bedoeld in het eerste lid, is artikel 31 niet van toepassing.

Artikel 33

Dit besluit kan worden aangehaald als Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering.

Artikel 34

1. Dit besluit treedt, met uitzondering van de artikelen 2, onder b en d, 6 en 8-10, in werking op de tweede dag na die van zijn afkondiging en werkt terug tot 1 januari 1966.
2. De artikelen 2, onder b en d, 6 en 8-10, treden in werking op een nader door Ons te bepalen tijdstip, dat voor de onderscheidene artikelen verschillend kan worden vastgesteld.