

## VOORWOORD

Voor u ligt alweer de 97e 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 2018 gelden.

Nieuw is dat de sollicitatieplicht voor de werkzoekende in het kader van de WW, ZW, IOW en WIA vervalt 1 jaar voordat hij de pensioengerechtigde leeftijd bereikt.

Verder wordt mogelijk de loonkostensubsidie in het kader van de Participatiewet per 1 juli 2019 vervangen door loondispensatie. Hierbij krijgt de werknemer loon naar arbeidsvermogen. De gemeente zal dit lagere loon dan aanvullen met bijstand.

En een pensioenuitvoerder kan zowel schriftelijk als elektronisch informatie verstrekken. Als de pensioenuitvoerder elektronisch informatie wil verstrekken, moet hij daarvoor eerst aan de pensioengerechtigde of de (gewezen) deelnemer toestemming vragen. Als er bezwaar wordt gemaakt, vindt de informatieverstrekking schriftelijk plaats.

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, mr. Sanne Leijen, M. de Jong, ir. R. van der Zanden, G. Ramaekers en P. de Jongh MSc.

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.

## INHOUDSOPGAVE

### **Voorwoord / V**

### **Lijst van afkortingen / XXI**

- 1 Ziekte, handicap en preventie / 1**
- 1.1 Zorgverzekeringswet / 1
  - 1.1.1 Wie verzekeringsplichtig zijn / 1
  - 1.1.2 Afsluiten zorgverzekering / 2
  - 1.1.3 Acceptatieplicht / 3
  - 1.1.4 Zorgplicht / 3
  - 1.1.5 Opzeggen zorgverzekering / 4
  - 1.1.6 Waarop verzekerden recht hebben / 4
  - 1.1.7 Identificatieplicht / 9
  - 1.1.8 Eigen risico / 10
  - 1.1.9 Financiële regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten / 11
  - 1.1.10 Naturapolis of restitutiepolis / 12
  - 1.1.11 Premie / 12
  - 1.1.12 Collectieve verzekering / 15
  - 1.1.13 Aanvullende verzekering / 15
  - 1.1.14 Buitenland / 16
  - 1.1.15 Zorgtoeslag / 18
- 1.2 Wet langdurige zorg / 19
  - 1.2.1 Wie verzekerd zijn / 20
  - 1.2.2 Waar verzekerden recht op hebben / 21
  - 1.2.3 Indicatiestelling / 22

- 1.2.4 Verblijf in een instelling – zorgplan / 23
- 1.2.5 Zorg in natura / 23
- 1.2.6 Persoonsgebonden budget / 23
- 1.2.7 Eigen bijdrage Wlz-zorg / 24
- 1.2.8 Eigen bijdrage bij zorg met verblijf en vpt / 26
- 1.2.9 Eigen bijdrage bij een modulair pakket en pgb / 27
- 1.2.10 Premie / 27
- 1.3 Loondoorbetaling bij ziekte / 27
  - 1.3.1 Duur loondoorbetaling / 28
  - 1.3.2 Hoogte loondoorbetaling / 29
  - 1.3.3 Geen recht op loondoorbetaling / 29
  - 1.3.4 Eerste ziektedag en 42e-weeksmelding / 30
  - 1.3.5 Verzuimbegeleiding en re-integratie / 30
  - 1.3.6 Regels voor de eerste twee ziektejaren: poortwachterverplichtingen / 31
  - 1.3.7 Einde dienstverband tijdens ziekte / 32
  - 1.3.8 Passende arbeid tijdens ziekte / 32
  - 1.3.9 Deskundigenoordeel / 33
  - 1.3.10 Voorschriften en verplichtingen werknemer / 33
  - 1.3.11 Bereiken maximumtermijn loonbetaling bij ziekte: WIA / 34
  - 1.3.12 Verhaalsrecht werkgever / 34
- 1.4 Ziektewet / 34
  - 1.4.1 Wie verzekerd zijn / 34
  - 1.4.2 Vrijwillige ZW-verzekering / 37
  - 1.4.3 Recht op Ziektewetuitkering / 37
  - 1.4.4 Duur van de Ziektewetuitkering / 40
  - 1.4.5 Onbetaald verlof / 42
  - 1.4.6 Gedetineerden en uitreizigers / 42
  - 1.4.7 Hoogte van de Ziektewetuitkering / 42
  - 1.4.8 Inkomen naast Ziektewetuitkering / 44
  - 1.4.9 Samenloop Ziektewetuitkering en arbeidsongeschiktheidsuitkering / 44

1.4.10	Inkomen beneden sociaal minimum / 44
1.4.11	Ziekmelding / 45
1.4.12	Herstelmelding / 45
1.4.13	Verzuimbegeleiding en re-integratie / 46
1.4.14	Personen behorend tot de doelgroep van de Participatiewet / 46
1.4.15	Passende arbeid tijdens ziekte / 46
1.4.16	Voorschriften en verplichtingen / 47
1.4.17	Uitbetaling Ziektewetuitkering en vakantietoeslag / 48
1.4.18	Uitkering na overlijden / 48
1.4.19	ZW en buitenland / 49
1.4.20	Premie Whk voor de ZW / 49
1.4.21	Eigen risico dragen ZW / 49
1.4.22	Verhaalsrecht UWV en eigenrisicodragers / 49
1.5	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen / 50
1.5.1	Wie verzekerd zijn / 50
1.5.2	Vrijwillige verzekering / 51
1.5.3	Wanneer recht op uitkering / 51
1.5.4	Wanneer arbeidsongeschikt / 53
1.5.5	Altijd maar één WIA-uitkering / 55
1.5.6	Duur van de uitkering / 56
1.5.7	Hoogte van de uitkering / 60
1.5.8	Dagloongarantie / 63
1.5.9	Inkomen beneden sociaal minimum / 63
1.5.10	Inkomenscompensatie voor arbeidsongeschikten / 64
1.5.11	Herziening of beëindiging uitkering / 64
1.5.12	Einde en herleving uitkering / 66
1.5.13	Samenloop met WAO, WAZ, Wajong en ZW/loondoorbetaling bij ziekte / 66
1.5.14	Uitkering na overlijden / 67
1.5.15	Vakantie / 67
1.5.16	Buitenland / 67
1.5.17	Aanvraag en herbeoordeling / 68

- 1.5.18 Re-integratie tijdens WGA en voorzieningen / 68
- 1.5.19 Verplichtingen en voorschriften / 68
- 1.5.20 Gevolgen niet-nakomen verplichtingen en voorschriften / 69
- 1.5.21 Betaling / 69
- 1.5.22 Verhaalsrecht UWV/eigenrisicodragers / 70
- 1.5.23 Premie / 70
- 1.6 Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering / 71
  - 1.6.1 Wie verzekerd zijn / 71
  - 1.6.2 Wanneer recht op uitkering / 71
  - 1.6.3 Gedetineerden en uitreizigers / 72
  - 1.6.4 Wanneer arbeidsongeschikt / 72
  - 1.6.5 Duur van de uitkering / 73
  - 1.6.6 Hoogte van de uitkering / 73
  - 1.6.7 Inkomen beneden sociaal minimum / 74
  - 1.6.8 Inkomenscompensatie voor arbeidsongeschikten / 74
  - 1.6.9 Herbeoordeling en herziening uitkering / 74
  - 1.6.10 Samenloop met WIA, WAZ of Wajong / 76
  - 1.6.11 Inkomen / 76
  - 1.6.12 Uitkering na overlijden / 76
  - 1.6.13 Buitenland / 76
  - 1.6.14 Betaling / 77
  - 1.6.15 Premie / 77
  - 1.6.16 Re-integratie en voorzieningen / 77
  - 1.6.17 Verplichtingen en voorschriften / 77
  - 1.6.18 Gevolgen niet-nakomen verplichtingen en voorschriften / 77
- 1.7 Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen / 77
  - 1.7.1 Alternatieve verzekeringen voor zelfstandigen / 78
  - 1.7.2 Wanneer recht op WAZ-uitkering / 78
  - 1.7.3 Wanneer arbeidsongeschikt / 78
  - 1.7.4 Hoogte van de uitkering / 78
  - 1.7.5 Inkomenscompensatie voor arbeidsongeschikten / 79
  - 1.7.6 Herbeoordeling en herziening uitkering / 79

1.7.7	Inkomen uit arbeid / 79
1.7.8	Samenloop WAO/WIA en WAZ-uitkering / 79
1.7.9	Betaling en inhoudingen op de uitkering / 79
1.7.10	Uitkering na overlijden / 80
1.7.11	Re-integratie en voorzieningen / 80
1.7.12	Voorschriften / 80
1.7.13	Gevolgen niet-nakomen verplichtingen en voorschriften / 80
1.7.14	WAZ en buitenland / 80
1.8	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten / 80
1.8.1	Drie regimes: Wajong tot 2010, Wajong 2010 tot en met 2014 en Wajong vanaf 2015 / 81
1.8.2	De Wajong vanaf 2015 / 82
1.8.3	Wie in aanmerking komen / 82
1.8.4	Arbeidsvermogen / 83
1.8.5	Later ingaan uitkering / 84
1.8.6	Einde en herleven recht op Wajong-uitkering / 84
1.8.7	Hoogte uitkering: grondslag / 85
1.8.8	Aanvraag / 85
1.8.9	Wajong 2010-2015 / 85
1.8.10	Beoordeling arbeidsongeschiktheid door UWV voor Wajong tot 2015 / 86
1.8.11	Uitkeringsregeling volledig en duurzaam arbeidsongeschikten / 86
1.8.12	Werkregeling Wajong 2010-2015 / 87
1.8.13	Wat is arbeidsondersteuning? / 87
1.8.14	Einde arbeidsondersteuning en uitkering / 87
1.8.15	Herleven arbeidsondersteuning en uitkering / 88
1.8.16	Uitkering tijdens werkregeling / 88
1.8.17	Studieregeling Wajong 2010-2015 / 90
1.8.18	Verplichtingen Wajong 2010-2015 / 90
1.8.19	Aanvraag / 91
1.8.20	De Wajong tot 2010 / 91
1.8.21	Recht op oude Wajong-uitkering / 91

- 1.8.22 Wanneer arbeidsongeschikt voor oude Wajong / 91
- 1.8.23 Hoogte oude Wajong-uitkering / 91
- 1.8.24 Herbeoordeling en herziening oude Wajong-uitkering / 92
- 1.8.25 Oude Wajong en re-integratie / 92
- 1.8.26 Oude Wajong-uitkering en inkomen uit arbeid / 92
- 1.8.27 Oude Wajong-uitkering en samenloop met WIA, WAO of WAZ / 93
- 1.8.28 Oude Wajong-uitkering en studiefinanciering / 93
- 1.8.29 Regels voor alle Wajong-uitkeringen / 93
- 1.8.30 Inkomen beneden sociaal minimum / 93
- 1.8.31 Extra tegemoetkoming / 93
- 1.8.32 Hogere uitkering bij hulpbehoevendheid / 94
- 1.8.33 Inkomenscompensatie voor arbeidsongeschikten / 94
- 1.8.34 Betaling en inhoudingen op de uitkering / 94
- 1.8.35 Overlijdensuitkering / 94
- 1.8.36 Wajong en buitenland / 94
- 1.8.37 Re-integratie en voorzieningen / 95
- 1.8.38 Voorschriften en gevolgen niet-nakomen verplichtingen / 95
- 1.8.39 Financiering / 95
- 1.9 Re-integratie-instrumenten van UWV voor arbeidsgehandicapten / 95
  - 1.9.1 Wie in aanmerking komen / 96
  - 1.9.2 Re-integratie-instrumenten die voor de werknemer zijn bestemd / 96
  - 1.9.3 Re-integratietaak en re-integratie-instrumenten voor werkgevers / 100
  - 1.9.4 Aanvraag van een re-integratie-instrument / 103
  - 1.9.5 Voorschriften / 103
- 1.10 Wet sociale werkvoorziening / 103
  - 1.10.1 Geen nieuwe instroom Wsw / 104
  - 1.10.2 Organisatie van de sociale werkvoorziening / 104
  - 1.10.3 Arbeidsovereenkomst / 105
  - 1.10.4 Arbeidsvoorwaarden / 105
  - 1.10.5 Verschil van mening / 105
  - 1.10.6 Inlichtingen / 106



- 1.11 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 / 106
  - 1.11.1 Wmo 2015 / 106
  - 1.11.2 Wat is maatschappelijke ondersteuning? / 106
  - 1.11.3 Welke ondersteuning valt onder de Wmo 2015? / 107
  - 1.11.4 Welke voorzieningen vallen niet onder de Wmo 2015? / 110
  - 1.11.5 Wie komen in aanmerking? / 110
  - 1.11.6 Wanneer een maatwerkvoorziening? / 111
  - 1.11.7 Verplaatsen / 111
  - 1.11.8 Rolstoelen / 113
  - 1.11.9 Een geschikt huis / 114
  - 1.11.10 Een schoon en leefbaar huis / 115
  - 1.11.11 De dagelijkse activiteiten / 116
  - 1.11.12 Een ingevulde dag / 116
  - 1.11.13 Bijdragen in de kosten / 117
  - 1.11.14 Tegemoetkoming aannemelijke meerkosten / 118
  - 1.11.15 Inspraak Wmo-beleid / 118
  - 1.11.16 Melding en onderzoek / 118
- 1.12 Jeugdwet / 119
  - 1.12.1 Verantwoordelijkheid gemeenten / 119
  - 1.12.2 Toegang tot de jeugdhulp / 123
  - 1.12.3 Soorten jeugdhulp / 125
- 2 Ouderdom, overlijden en kinderen / 129**
- 2.1 Algemene ouderdomswet / 129
  - 2.1.1 Verhoging AOW-leeftijd / 129
  - 2.1.2 Wie verzekerd zijn / 130
  - 2.1.3 Vrijwillige AOW- en/of Anw-verzekering / 131
  - 2.1.4 Inkoop AOW-jaren / 131
  - 2.1.5 Wanneer recht op pensioen / 131
  - 2.1.6 Hoogte van het pensioen / 132
  - 2.1.7 Volledig pensioen of lager pensioen / 133
  - 2.1.8 Samenstelling van het huishouden / 134

- 2.1.9 Overlijden pensioengerechtigde / 134
- 2.1.10 In het buitenland / 135
- 2.1.11 Aanvraag / 135
- 2.1.12 Terugwerkende kracht / 135
- 2.1.13 Uitbetaling / 135
- 2.1.14 Premie / 136
- 2.2 Algemene nabestaandenwet / 136
  - 2.2.1 Wie verzekerd zijn / 136
  - 2.2.2 Vrijwillige AOW- en/of Anw-verzekering / 136
  - 2.2.3 Gelijkstelling van ongehuwd samenwonenden met gehuwden / 137
  - 2.2.4 Nabestaandenuitkering / 137
  - 2.2.5 Geen recht / 137
  - 2.2.6 Hoogte van de nabestaandenuitkering / 138
  - 2.2.7 Einde van de nabestaandenuitkering / 139
  - 2.2.8 Samenwonen / 139
  - 2.2.9 Overgangsregeling AWW-Anw / 140
  - 2.2.10 Wezenuitkering / 141
  - 2.2.11 Overlijden nabestaande / 141
  - 2.2.12 Anw in het buitenland / 142
  - 2.2.13 Aanvraag / 142
  - 2.2.14 Terugwerkende kracht / 142
  - 2.2.15 Uitbetaling / 142
  - 2.2.16 Premie / 143
- 2.3 Algemene kinderbijslagwet / 143
  - 2.3.1 Wie verzekerd zijn / 143
  - 2.3.2 Recht op kinderbijslag / 143
  - 2.3.3 Kind met een handicap: dubbele kinderbijslag en extra bijdrage bij intensieve zorg / 146
  - 2.3.4 Peildatum / 147
  - 2.3.5 Ingangsdatum kinderbijslag / 147
  - 2.3.6 Hoogte van de kinderbijslag / 147
  - 2.3.7 Uitbetaling kinderbijslag: welke ouder? / 148

- 2.3.8 Kinderbijslag in het buitenland / 148
- 2.3.9 Aanvraag en wijzigingen / 149
- 2.3.10 Terugwerkende kracht / 149
- 2.3.11 Uitbetaling / 149
- 2.3.12 Financiering / 149
- 2.4 Kindgebonden budget / 150
  - 2.4.1 Hoogte van het budget / 150
  - 2.4.2 Vermogensgrens / 150
  - 2.4.3 Tegemoetkoming in schoolkosten / 151
  - 2.4.4 Alleenstaande-ouderkop / 151
  - 2.4.5 Uitvoering van de regeling / 151
- 2.5 Aanvullend en vervroegd pensioen / 151
  - 2.5.1 Wie zijn verzekerd / 152
  - 2.5.2 Vrije beroepen / 152
  - 2.5.3 Pensioenpremie / 153
  - 2.5.4 Uitvoering van aanvullende pensioenen / 153
  - 2.5.5 Pensioenopbouw en franchise (inbouw AOW) / 154
  - 2.5.6 Systemen van pensioenopbouw / 154
  - 2.5.7 Prepensioen / 155
  - 2.5.8 Indexering / 155
  - 2.5.9 Vrijwillige voortzetting pensioenregeling / 155
  - 2.5.10 Pensioenbreuk / 155
  - 2.5.11 Afkoop van een opgebouwd pensioen / 156
  - 2.5.12 Informatie over pensioenrechten / 157
  - 2.5.13 Verdeling van ouderdomspensioen bij scheiding / 158
  - 2.5.14 Andere pensioenvormen / 159
  - 2.5.15 Aanvraag van pensioen / 160
  - 2.5.16 Klachten en juridische geschillen / 160
- 3 **Werk en inkomen / 161**
  - 3.1 Werkloosheidswet / 161
    - 3.1.1 Wie verzekerd zijn en wie niet / 161
    - 3.1.2 Veranderingen in de WW / 161
    - 3.1.3 Verzekering in het buitenland / 162

3.1.4	Vrijwillige verzekering / 162
3.1.5	Wanneer recht op uitkering / 163
3.1.6	Werkloos / 163
3.1.7	Uitsluitingsgronden / 166
3.1.8	Duur van de uitkering vanaf 2016 / 167
3.1.9	Hoogte van de uitkering / 171
3.1.10	Beëindiging recht op uitkering / 172
3.1.11	Opnieuw werkloos: herleving of nieuw recht / 173
3.1.12	Betalingsonmacht van de werkgever / 174
3.1.13	Ziekte tijdens werkloosheid / 175
3.1.14	Overlijden tijdens werkloosheid / 175
3.1.15	Pensioenopbouw tijdens werkloosheid / 175
3.1.16	Melding en aanvraag van uitkering / 175
3.1.17	Verplichtingen en voorschriften / 176
3.1.18	Arbeidsverplichtingen en vrijstelling/ontheffing / 177
3.1.19	Gevolgen niet-nakomen verplichtingen en voorschriften / 178
3.1.20	Re-integratie werklozen / 178
3.1.21	Betaling van de uitkering / 180
3.1.22	Inhoudingen op de uitkering / 180
3.1.23	Premie / 181
3.2	Toeslagenwet / 181
3.2.1	Voor wie / 181
3.2.2	Toeslag in het buitenland / 183
3.2.3	Leefvormen / 183
3.2.4	Invloed weigering loondervingsuitkering/loonbetaling bij ziekte / 184
3.2.5	Hoogte van de toeslag / 184
3.2.6	Maximering van de toeslag / 184
3.2.7	Vakantietoeslag / 185
3.2.8	Inkomen en inkomensvrijlating / 185
3.2.9	Aanvraag en uitbetaling toeslag / 185
3.2.10	Voorschriften / 186
3.2.11	Aantonen leefsituatie door toestaan huisbezoek / 186
3.2.12	Gevolgen niet-nakomen voorschriften / 186

- 3.3 Wet inkomensvoorziening oudere werklozen / 187
  - 3.3.1 Wie hebben recht? / 187
  - 3.3.2 Hoogte en duur van de IOW-uitkering / 188
  - 3.3.3 Verschillen tussen IOW en IOAW / 188
  - 3.3.4 Verplichtingen / 188
  - 3.3.5 Aanvraag en uitbetaling van de IOW-uitkering / 189
  - 3.3.6 Uitkering na overlijden / 189
- 3.4 Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkloze werknemers / 190
  - 3.4.1 Wie hebben recht? / 190
  - 3.4.2 Hoogte van de IOAW-uitkering / 190
  - 3.4.3 Verschillen tussen IOAW en bijstand (Participatiewet) / 192
  - 3.4.4 Verplichtingen / 192
  - 3.4.5 Aanvraag / 193
  - 3.4.6 Uitbetaling / 193
  - 3.4.7 Uitkering na overlijden / 193
- 3.5 Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen / 193
  - 3.5.1 Wie hebben recht? / 194
  - 3.5.2 Hoogte van de IOAZ-uitkering / 194
  - 3.5.3 Verschil met IOAW / 195
  - 3.5.4 Verplichtingen / 195
  - 3.5.5 Aanvraag / 196
  - 3.5.6 Overige bepalingen / 196
- 3.6 Participatiewet (bijstand) / 196
  - 3.6.1 Wie in aanmerking komen / 196
  - 3.6.2 Wie niet in aanmerking komen / 197
  - 3.6.3 Bijstand in levensonderhoud / 198
  - 3.6.4 Gezamenlijke huishouding / 199
  - 3.6.5 Verplichtingen / 201
  - 3.6.6 Bijzondere bijstand / 203
  - 3.6.7 Vrijlating van vermogen / 205
  - 3.6.8 Inkomsten en uitkering / 206

3.6.9	Zelfstandigen / 207
3.6.10	Terugvordering en verhaal / 208
3.6.11	Overlijdensuitkering / 208
3.6.12	Aanvraag / 208
3.6.13	Bijstand voor personen die de AOW-leeftijd hebben / 209
3.6.14	Uitbetaling / 209
3.6.15	Bezwaar en beroep / 209
3.7	Re-integratie door de gemeente / 209
3.7.1	Wie in aanmerking komen / 210
3.7.2	Budget gemeente / 211
3.7.3	Re-integratie- en participatie-instrumenten / 211
3.7.4	Participatieplaatsen / 212
3.7.5	Loonkostensubsidie, no-riskpolis of werkplekaanpassingen / 212
3.7.6	Beschut werk / 213
3.7.7	Re-integratie- en participatieverordening / 213
3.8	Arbeidsrecht en sociale zekerheid / 213
3.8.1	Definitie arbeidsovereenkomst / 214
3.8.2	Wettelijk recht op flexibel werken / 214
3.8.3	Proeftijd / 214
3.8.4	Einde arbeidsovereenkomst / 215
3.8.5	Opzegverboden / 217
3.8.6	Tijdelijke contracten / 218
3.8.7	Flexibele arbeidsrelaties / 219
3.9	Wet arbeid en zorg en levensloopregeling / 222
3.9.1	Zwangerschap, bevalling, adoptie en pleegzorg / 222
3.9.2	Ouderschapsverlof / 226
3.9.3	Andere verlofvormen / 227
3.9.4	Onbetaald verlof en sociale verzekeringen / 228
3.9.5	Levensloopregeling (overgangsregeling) / 228
<b>4</b>	<b>Vreemdelingen / 231</b>
4.1	Recht op uitkering / 231
4.2	Bijstand en andere regelingen / 232

- 5 **Internationale sociale zekerheid / 233**
  - 5.1 Verdragen en verordeningen / 233
  - 5.2 Verordening 883/2004 / 234
    - 5.2.1 Overgangsbepaling / 234
  - 5.3 Bilaterale verdragen / 234
    - 5.3.1 Verdrag met Marokko / 235
  - 5.4 Doelstellingen / 235
    - 5.4.1 Gelijke behandeling van elkaars onderdanen / 235
    - 5.4.2 Vaststellen welke wetgeving van toepassing is / 236
    - 5.4.3 Het verlenen van uitkeringen en verstrekkingen in het andere land / 238
    - 5.4.4 Samentelling van tijdvakken / 240
    - 5.4.5 Berekening van de uitkeringen of pensioenen / 241
  - 5.5 Aanvragen van pensioenen en uitkeringen / 243
  - 5.6 Verhuizing naar het buitenland / 243
  - 5.7 Beëindiging recht op uitkering bij deelname aan een terroristische organisatie / 244
  
- 6 **Boeten, maatregelen en terug- en invordering / 245**
  - 6.1 Administratieve maatregel / 245
    - 6.1.1 Maatregelen op te leggen door de gemeenten / 246
    - 6.1.2 Maatregelen op te leggen door de SVB of UWV / 247
  - 6.2 Bestuurlijke boete bij uitkeringsfraude / 247
    - 6.2.1 Hoogte boete / 248
    - 6.2.2 Boete door Centraal Administratiekantoor (CAK) / 249
  - 6.3 Terugvordering en invordering / 249
    - 6.3.1 Verrekening en terugbetaling / 250
    - 6.3.2 Afzien van terugvordering / 250
  - 6.4 Beslaglegging en beslagvrije voet / 251
  
- 7 **Bezwaar, beroep en klachten / 253**
  - 7.1 Beslistermijnen primaire beslissing / 253
  - 7.2 Dwangsom en versneld beroep / 254

7.3	Bezwaar / 255
7.3.1	Mediation bij UWV en gemeenten / 256
7.3.2	Afwijkende procedure Zorgverzekeringswet / 256
7.3.3	Procedure Wet langdurige zorg / 257
7.3.4	Rechtstreeks beroep / 257
7.4	Beroep / 257
7.4.1	Digitaal procederen / 258
7.5	Hoger beroep / 258
7.6	Voorlopige voorziening / 259
7.7	Kosten/schadevergoeding / 259
7.7.1	Schadevergoeding bij overschrijding van de redelijke termijn / 259
7.8	Kosten van het (hoger) beroep en de voorlopige voorziening / 260
7.9	Klachten / 260
8	<b>Organisatie sociale zekerheid / 261</b>
8.1	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) / 261
8.2	Sociale Verzekeringsbank (SVB) / 262
8.3	Gemeenten / 262
8.4	Digitaal klantdossier / 262
8.5	DigiD / 263
8.6	Toezicht / 263
8.7	Zorgverzekeraars en toezicht op de uitvoering van de Zvw en Wlz / 263
8.8	Belastingdienst / 264
9	<b>Samenvattend overzicht (bedragen) / 265</b>
10	<b>Structuurschema Sociale Zekerheid / 271</b>
	<b>Trefwoordenregister / 273</b>



# 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.

### 1.1.2 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

Per 1 januari 2017 heeft het CAK de uitvoering van de regeling voor onverzekerden overgenomen van het Zorginstituut Nederland. De regeling is niet inhoudelijk gewijzigd.

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 € 386,49. 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 € 128,83 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 verzekeringnemer 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), vlokentest of vruchtwaterpunctie. Bij de NIPT-test bestaat geen verhoogd risico op een miskraam, in tegenstelling tot de vlokentest 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. Vanaf april 2017 is de combinatietest niet meer vereist. 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 Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (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, kalktabletten, 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](http://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.
- 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 2015. 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.  
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;
  - 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 20 behandelingen voor eigen rekening. Bij bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie worden maximaal de eerste 9 behandelingen vergoed. Mensen met artrose aan de heup- en kniegewrichten krijgen de eerste 12 behandelingen oefentherapie vergoed. 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. 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 € 4,30 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 per dag. Daar bovenop komt het in rekening gebrachte tarief (van de instelling) voor zover dat hoger is dan € 121 per dag. 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 2015 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. 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 Zorgverzekeringswet. 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. Sinds 1 januari 2017 komt de basisverzekering in plaats van de subsidieregeling vanuit de Wlz. Het gaat om kortdurend verblijf voor patiënten die om medische redenen (nog) niet thuis kunnen wonen.
- Plastischchirurgische 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.
- Fysiotherapie voor verzekerden met etalagebenen in de tweede fase (pijn door vernauwde bloedvaten in de benen). Sinds 1 januari 2017 worden 37 behandelingen verspreid over het jaar vergoed.
- Vergoeding voor implantaten voor blijvende snij- of hoektanden als deze ontbreken door aanleg of ongeval. Jongeren hebben sinds 1 januari 2017 recht op (uitgestelde) behandeling tot en met 22 jaar.

#### 1.1.7 **Identificatieplicht**

Zorgverleners, indicatieorganen en zorgverzekeraars zijn verplicht het burgerservice-nummer (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 2018 bedraagt € 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;
- 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.

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 2017 vóór 31 december 2018 indienen bij de zorgverzekeraar. Uitzondering: rekeningen die door toedoen van de verzekerde na 31 december 2018 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.