

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van C te B, tegen Anderzorg N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak	: EU/EER, Frankrijk, EHIC, eigen bijdrage, DBC
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 20 Vo. nr. 883/2004, art. 25 Vo. nr. 987/2009, art. 150 Rv
Zaaknummer	: 202101807
Zittingsdatum	: 8 juni 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

- 1) Anderzorg N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 23 januari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 31 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 14 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 april 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 19 april 2022 respectievelijk 20 april 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 16 mei 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022016182) aan de commissie het advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 mei 2022 aan partijen gestuurd. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tand 75% € 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzekerde is tijdens een verblijf in Frankrijk op 27 juli 2021 per ambulance naar een ziekenhuis vervoerd. Aldaar is toen een EEG gemaakt, waarna hij is ontslagen. Op 4 augustus 2021 vond opnieuw ambulancevervoer naar het ziekenhuis plaats. Verzekerde is aansluitend opgenomen geweest van 4 tot en met 7 augustus 2021. Door het ziekenhuis is een eigen bijdrage van 20% in rekening gebracht. Op advies van de Alarmcentrale heeft verzoeker de desbetreffende nota ten bedrage van € 1.264,80 voldaan, waarna hij deze op 19 augustus 2021 bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend. De ziektekostenverzekeraar wees vergoeding af omdat het een eigen bijdrage betreft.

- 3.3. Nadat hij hierover op 2 september 2021 had gebeld, heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van diens afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 13 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 16 mei 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag of de aan de zoon van verzekerde verleende medisch-specialistische zorg tot de verzekerde zorg behoort en of de verzekerde hiervoor een indicatie had is niet in geschil is. De hoogte van de vergoeding [is] in geschil (...), hierover heeft het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid.

De zorg is op basis van de door verzoeker getoonde European Health Insurance Card (EHIC) verrekend. Bij gebruik van een EHIC gelden de voorwaarden van het land waar de zorg wordt verkregen. Het kan zijn dat een eigen bijdrage moet worden betaald voor de behandeling. De verzekerde betaalt alleen de kosten die de verzekerden in dat land ook zelf moeten betalen. De eigen bijdrage van 20% voor ziekenhuisopname is conform de voor Frankrijk geldende regelgeving gefactureerd. Verweerder is nagegaan of een vergoeding zonder EHIC tot een ander tarief zou leiden dan het Franse. Hiervoor is DBC 069899276 toegepast.

- Geldigheidsperiode product 1-1-2021 tot 31-12-2021
 - Zorgproductcode 069899276
 - Declaratiecodes 15E682
 - Categorie DBC-zorgproduct vrij segment
 - Omschrijving (be)handeling Kinderneurologie | Klin 1-5 | KNF middel/ licht/ Psychodiagn licht/ geen psychodiagn | Multidisciplinair licht/ niet multidisciplinair | Zorgvraag regulier | Zenuwstelsel epilepsie/convulsie
 - Omschrijving consument Maximaal 5 verpleegdagen met teambehandeling en klinisch neurofysiologisch onderzoek bij epilepsie of stuip bij kind
 - Segment Vrij
 - Aanspraakbeperking Nee
- Maximum tarief n.v.t.

Een zorgaanbieder rekent het tarief dat is overeengekomen met de zorgverzekeraar of het (passanten)tarief dat is overeengekomen met de patiënt bij het ontbreken van een contract met de zorgverzekeraar. Het voor Nederland marktconforme tarief kwam lager uit dan het Franse tarief.

DBC-code 069899276:

Omschrijving (be)handeling
Kinderneurologie | Klin 1-5 | KNF middel/ licht/ Psychodiagn licht/ geen psychodiagn | Multidisciplinair licht/ niet multidisciplinair | Zorgvraag regulier | Zenuwstelsel epilepsie/convulsie

Omschrijving consument

Maximaal 5 verpleegdagen met teambehandeling en klinisch neurofysiologisch onderzoek bij epilepsie of stuip bij kind.

DBC-code 069899275:

Omschrijving (be)handeling
Kinderneurologie | Klin 1-5 | KNF middel/ licht/ Psychodiagn licht/ geen psychodiagn | Multidisciplinair licht/ niet multidisciplinair | Zorgvraag zwaar | Zenuwstelsel epilepsie/convulsie

Omschrijving consument

Maximaal 5 verpleegdagen met observatie en met teambehandeling en klinisch neurofysiologisch onderzoek bij epilepsie of stuip bij kind

Het verschil tussen beide DBC's is de omschrijving van de zorgvraag en de prijs.

Antwoord op vraag SKGZ

De twee DBC-codes zouden passend kunnen zijn, echter beschikt het dossier over onvoldoende informatie om te beoordelen welke DBG het meest passend is.

Conclusie

Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verzekerde wel of geen aanspraak heeft op de hoogte van de vergoeding van de in Frankrijk betaalde eigen bijdrage. Dit valt buiten ons adviesbevoegdheid.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De twee DBC-codes zouden passend kunnen zijn, echter beschikt het dossier over onvoldoende informatie om te beoordelen welke DBC het meest passend is. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verzekerde wel of geen aanspraak heeft op de hoogte van de vergoeding van de in Frankrijk betaalde eigen bijdrage. Dit valt buiten on[ze] adviesbevoegdheid. (...)"

4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 1.264,80 alsnog aan hem moet vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de hoogte van de vergoeding zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Tevens zijn vermeld de van belang zijnde bepalingen uit de Europese verordeningen 883/2004 en 987/2009. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker is van mening dat de nota van € 1.264,80 alsnog door de ziektekostenverzekeraar dient te worden vergoed. In dit verband stelt hij dat hij het advies van de Alarmcentrale heeft opgevolgd en de nota aan het ziekenhuis heeft voldaan. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden bestaat aanspraak op 100% van het Nederlandse tarief, aangezien het hier spoedzorg betreft. Omdat de zorg in Frankrijk goedkoper is, kan het niet zo zijn dat kosten voor zijn rekening blijven. Zou dezelfde zorg in Nederland zijn genoten, dan had de ziektekostenverzekeraar de kosten wél volledig moeten vergoeden. Nu verdient de ziektekostenverzekeraar er dus aan. In de polisvoorwaarden is niet vermeld dat Frankrijk een uitzondering vormt. Het bevreemdt verzoeker dat de kosten wel volledig waren vergoed als het om een ziekenhuisopname in Duitsland of Italië was gegaan. Verder merkt verzoeker op dat verzekerde, als minderjarige, gratis is meeverzekerd en dat het eigen risico voor hem niet geldt. Nu wordt hij via het Franse stelsel wel geconfronteerd met een eigen risico.

- 6.3. De oplossing is volgens verzoeker dat voor alle onderdelen van de behandeling een vergelijking wordt gemaakt tussen het Franse en het Nederlandse tarief en dat hiervan door de ziektekostenverzekeraar een berekening wordt overgelegd. Het kan volgens hem niet zo zijn dat hij de - hoge - Nederlandse premie moet betalen voor de - beperkte - Franse dekking. Verzoeker meent dat in dit geval een hardheidsclausule zou moeten worden toegepast en hij beroept zich op de redelijkheid en billijkheid. Zijns inziens is sprake van een 'open eind regeling' die bij hoge nota's zeer onvoordelig uitpakt voor degene die het betreft.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar is gebruik gemaakt van de European Health Insurance Card. Op vertoon hiervan bestaat aanspraak op vergoeding volgens het Franse stelsel. De Franse wetgeving voorziet in een eigen bijdrage van 20% per ligdag. Voor de vergoeding op grond van de zorgverzekering is aanvankelijk uitgegaan van zorgproductcode 069899299 en declaratiecode 15E705 ("maximaal 5 verpleegdagen met teambehandeling en klinisch neurofysiologisch onderzoek bij epilepsie of stuip"), met een bijbehorend tarief van € 2.200,90. Na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen is dit gewijzigd in zorgproductcode 069899276 en declaratiecode 15E682 ("maximaal 5 verpleegdagen met teambehandeling en klinisch neurofysiologisch onderzoek bij epilepsie of stuip bij kind"), met een bijbehorend tarief van € 2.768,39. Ook bij toepassing van dit laatste tarief en een gunstiger berekeningsmethodiek blijft de vergoeding op grond van de zorgverzekering (€ 3.422,15) ver onder het in Frankrijk voor de zorg in rekening gebrachte bedrag van € 6.324,- zodat aanvulling niet aan de orde is. Aanvulling tot het bedrag van de werkelijke kosten was wél mogelijk geweest indien ten behoeve van verzekerde de aanvullende module Buitenland & Tandongeval was afgesloten, maar dit is niet gebeurd. Ook een reisverzekering werd niet afgesloten.

Overwegingen commissie

- 6.5. Op grond van artikel 19 van Vo.nr. 883/2004 bestaat aanspraak op zorg tijdens verblijf in een andere EU-lidstaat op vertoon van de European Health Insurance Card (EHIC). De omvang van de aanspraak wordt bepaald door de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf, in dit geval Frankrijk. In de situatie van verzekerde is de EHIC getoond. Naar de commissie begrijpt zijn kosten voor rekening van verzoeker gebleven. Het ging hierbij enerzijds om kosten van ambulancevervoer, die kennelijk op 5 oktober 2021 door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, en anderzijds om een eigen bijdrage per ligdag van totaal € 1.264,80. Aangezien de commissie niet bevoegd is te oordelen of de Franse wetgeving op dit punt correct is toegepast door het plaatselijke uitvoeringsorgaan, vormen de verschuldigdheid en de hoogte van deze eigen bijdrage voor haar een gegeven.
- 6.6. Artikel 25, zesde lid, van Vo. nr. 987/2009 bepaalt dat het bevoegde orgaan - in dit geval de ziektekostenverzekeraar - de in een andere lidstaat gemaakte, en voor rekening van de verzekerde gebleven kosten kan vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast. Aan deze voorwaarde is voldaan nu verzoeker de op grond van de Franse wetgeving verschuldigde eigen bijdrage op 19 augustus 2021 bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd.
- 6.7. De zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving voorzien niet in vergoeding van een, op grond van een ander verzekeringsstelsel, verschuldigde eigen bijdrage. Anders dan verzoeker suggereert, ligt er ook geen relatie met het eigen risico. Het eigen risico is immers geregeld in de Nederlandse wet- en regelgeving, terwijl de onderhavige eigen bijdrage is verschuldigd uit hoofde van de Franse sociale ziektekostenverzekering. Over de vergoeding op grond van die laatste verzekering is het Nederlandse eigen risico dan ook niet van toepassing.

- 6.8. Aan het voorgaande doet niet af dat de kosten van medisch specialistische zorg door de zorgverzekering worden gedekt (blz. 38 e.v.) en dat deze verzekering een 'buitenlanddekking' kent (blz. 9 e.v.). Onder voorwaarden wordt in het buitenland genoten zorg vergoed, met inachtneming van het in Nederland toepasselijke tarief.
- In Nederland worden, op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, de kosten van medisch specialistische zorg in rekening gebracht door middel van zogenoemde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De toepasselijke DBC wordt bepaald aan de hand van de zorgvraag en kent een bepaalde looptijd. Het bijbehorende tarief betreft alle zorg, verband houdend met de zorgvraag, en genoten binnen de looptijd. Dit kan een eerste consult zijn, een operatie, maar ook de noodzakelijke hulp- of verbandmiddelen.
- De ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van zorgproductcode 069899276 en declaratiecode 15E682 (*"maximaal 5 verpleegdagen met teambehandeling en klinisch neurofysiologisch onderzoek bij epilepsie of stuip bij kind"*), met een bijbehorend tarief van € 2.768,39. Vervolgens is er voor verzekerde een gunstiger berekeningsmethodiek toegepast, leidend tot een vergoeding van € 3.422,15. Laatstgenoemd bedrag is het tarief dat bij de gegeven zorgvraag en behandeling in Nederland maximaal zou zijn vergoed. Dit tarief is lager dan het in Frankrijk voor de zorg in rekening gebrachte bedrag van € 6.324,-. Zo verzoeker zou menen dat een onjuiste zorgproductcode/declaratiecode of een onjuist tarief is gehanteerd, dan is het aan hem om van het tegendeel te doen blijken, mede tegen de achtergrond van het bepaalde in artikel 150 Rv waaruit volgt dat stelplicht en bewijslast dienaangaande op verzoeker rusten. De commissie constateert echter dat verzoeker de juistheid van het een (de code) noch het ander (het tarief) heeft bestreden.
- 6.9. Uit het voorgaande volgt dat, bij toepassing van de Nederlandse voorwaarden en tarieven, geen ruimte bestaat voor een hogere vergoeding ter zake van de in Frankrijk gemaakte kosten van € 6.324,-. Het bedrag van de overeenkomstig het Franse stelsel betaalde eigen bijdrage blijft daarom voor rekening van verzoeker.
- Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd maakt dit niet anders. Zo betekent de kwalificatie 'spoedzorg' niet meer dan dat de zogenoemde restitutiekorting bij gebruik van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten toepassing blijft. Deze korting is geregeld op blz. 5 van de verzekeringsvoorwaarden. Hier is bepaald dat indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, 65% van de nota wordt vergoed, tot een maximum van 65% van het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Het staat vast dat het Franse ziekenhuis niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Een vergoeding van 100% wegens spoedzorg betekent dan ook niet een volledige vergoeding, zoals verzoeker meent, maar een vergoeding zonder eerdergenoemde korting van 35%, tot maximaal het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar voor die behandeling heeft gecontracteerd.
- 6.10. De aanname van verzoeker dat de zorg in Frankrijk goedkoper is dan in Nederland is blijkbaar - gelet op het hiervoor uiteengezette verschil tussen € 6.324,- en € 3.422,15 - onjuist, zodat ook dit niet kan leiden tot een andere uitkomst. Hetzelfde geldt voor de stelling dat de ziektekostenverzekeraar hieraan verdient. Als de zorg in Nederland zou zijn verleend, door een gecontracteerde zorgaanbieder, dan waren de kosten tot maximaal € 3.422,15 vergoed.
- De commissie tekent voorts aan dat de vergelijking met andere lidstaten niet opgaat. Vo. nr. 883/2004 geeft aanspraak op zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf. In dit geval is de lidstaat van verblijf Frankrijk en niet Duitsland of Italië.
- In de verzekeringsvoorwaarden hoeft voor de mogelijke verschillen per lidstaat niet te worden gewaarschuwd, aangezien de aanspraak voortvloeit uit een rechtstreeks werkende verordening, en niet uit de verzekeringsovereenkomst tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Het enkele feit dat men is verzekerd op grond van een verzekering, gebaseerd op de Zvw, volstaat om op vertoon van de EHIC in de lidstaat van verblijf een beroep te kunnen doen op de verordening.
- 6.11. Tot slot kan een beroep op de redelijkheid en billijkheid in dit geval niet slagen. Zoals hiervoor is overwogen, zijn er twee wegen om tot vergoeding te komen. De eerste is die van Vo. nr. 883/2004, waarbij op grond van het Franse stelsel een eigen bijdrage van € 1.264,80 van toepassing is

en de kosten grotendeels worden vergoed, de tweede die van de Nederlandse zorgverzekering, waarbij van de nota van € 6.324,- maximaal € 3.422,15 zou kunnen worden vergoed. Noch met de verordening noch met de 'buitenlanddekking' van de zorgverzekering is beoogd dat in alle gevallen alle kosten van zorg in het buitenland volledig moeten worden vergoed. Wel geeft de zogenoemde Patiëntenrichtlijn, die in de Nederlandse wetgeving is geïmplementeerd, de mogelijkheid te kiezen voor de meest gunstige vergoedingsregeling, dat wil zeggen die op grond van de verordening of de zorgverzekering. Het dan nog aanwezige risico van voor eigen rekening blijvende kosten kan worden afgedekt met een aanvullende verzekering of met een reisverzekering inclusief dekking voor medische kosten. Het is ieders eigen verantwoordelijkheid hiervoor zorg te dragen. Door geen verzekering af te sluiten heeft verzoeker het risico dat in het buitenland gemaakte kosten voor zijn rekening zouden kunnen blijven aanvaard.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 juni 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

Geen eigen risico

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel). Zorg tijdens en na de bevalling valt onder verloskundige zorg, ongeacht de uitkomst van de zwangerschap (bijvoorbeeld een miskraam). Deze kosten vallen niet onder het eigen risico. Ook kosten die verband houden met het behandelen van aandoeningen die zich tot 6 weken na de bevalling voordoen en verband houden met de zwangerschap, vallen niet onder het verplichte eigen risico,
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt, stoppen-met-rokenprogramma en gecombineerde leefstijlinterventie. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Voor Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patientgroepen geldt het eigen risico ook,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging (wijkverpleging),
- zorg aan de donor nadat 13 weken of 26 weken (bij levertransplantatie) na de datum van ontslag uit een instelling waar de donor was opgenomen in verband met selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal zijn verstreken, voor zover die zorg verband houdt met die opname.
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie, bij het 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken,
- medicatie en Nicotine vervangende middelen als onderdeel van een stoppen-met-rokenprogramma, als u deze betreft van een specifiek daarvoor gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Anderzorg uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Anderzorg) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Anderzorg. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Anderzorg. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Voorbeelden

1. U wordt op 20 november 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 december. Dat jaar is het eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.
2. U heeft een eigen risico van € 385. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Anderzorg vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van Anderzorg van € 385.
3. U wordt op 20 december 2021 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2022 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2021.

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast, is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet-verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met Anderzorg geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

Overig

Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Anderzorg gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER- land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Anderzorg gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

U kunt voor deze zorg naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici staat. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. De logopedisten die een specifieke aantekening hebben, kunt u vinden in het desbetreffende deelregister van de NVLF. Deze kunt u vinden op nvlf.nl. Anderzorg heeft logopedisten gecontracteerd. U kunt uit deze logopedisten kiezen. Op anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 44 22. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is,
- als u naar een niet-gecontracteerde logopedist gaat,
- als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt,
- als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt, behandeling aan huis uitgezonderd.

Toestemming

U heeft alleen recht op logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van Anderzorg. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij Anderzorg vragen.

Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op :

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum,
- een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische beademing thuis.



Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslachte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (behalve als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4^e en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.



Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- de vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- audiologische hulp,
- erfelijkheidsonderzoek,
- een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum,
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Anderzorg Zorgadviseur op 088 222 44 22. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.



Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.



Let op

Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapten.

- Als het om oogzorg gaat, mag ook de optometrist of orthoptist verwijzen naar de oogarts.
- Als het om hoorzorg gaat, mag ook de triage-audicien verwijzen naar de KNO-arts.
- Als het om tuberculose gaat, mag ook de GGD-arts verwijzen naar de medisch specialist.
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen.
- Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig.

Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

1. Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis of bovenooglidcorrectie.

- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Chirurgie** Gynaecomastie, hypertrofie mamma.
- **Plastische chirurgie** diverse behandelingen.
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- **Borstprothese.**



Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op zn.nl

2. Overig

Op deze behandeling heeft u alleen recht als u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gekregen van Anderzorg: klinische longrevalidatie.

Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft. Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de Anderzorg Zorgadviseur op 088 222 44 22.

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruikgemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvlloeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, ZBC en ziekenhuis, maar ook thuisdialyse is mogelijk.

Welke zorg

U heeft recht op haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Bij thuisdialyse heeft u ook recht op vergoeding van kosten van:

- een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.