



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U. te Leiden

Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, medisch specialistische revalidatie, hulpmiddelenzorg, zittend ziekenvervoer, indicatie, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4, 2.9, 2.13 en 2.14 Bzv, 2.1, 2.6, 2.12 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 201901567

Zittingsdatum : 18 augustus 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 5 februari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 23 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 april 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 26 mei 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020019908) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 27 mei 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De behandeling van de onderhavige zaak stond aanvankelijk geagendeerd op 30 september 2020. Gelet op het verzoek van verzoeker om in persoon door de commissie te worden gehoord en de maatregelen in verband met Covid-19 is een mondelinge behandeling niet eerder mogelijk gebleken dan op 18 augustus 2021. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op genoemde datum in persoon gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting, de pleitnota van verzoeker en kopieën van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 6 september 2021 heeft het Zorginstituut per brief meegedeeld dat voornoemde informatie geen aanleiding geeft het voorlopig advies aan te passen en dat de commissie dit als definitief mag beschouwen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Sure (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 5 januari 2018 heeft de behandelend neuroloog over verzoeker verklaard:
"(...) Sinds vanmorgen bij wakker worden en uit bed stappen zakt patiënt door beide benen heen. Heeft hierbij een raar gevoel in de benen. Geen duizeligheid, hoofdpijn, geen visusklachten, geen gehoorverlies. Geen krachtsverlies in de armen, geen trekkingen gezien. Eten, drinken, mictie en ontlasting gaan goed, de benen voelen zwakker, maar niet doof of tintelend. Geen koorts, heeft kortgeleden bloed bij urine gehad vv AB kuur en daarna herstel, geen rugpijn. Herkent de klachten van een eerdere episode van krachtsverlies.

(...)

Neurologisch onderzoek:

Helder, adequaat. Geen dysartrie of afasie Hersenzenuwen: pupillen isocoor en lichtreactief. Gezichtsveldonderzoek intact. Oogvolgbewegingen ongestoord, geen nystagmus of dubbelzien. Motoriek gelaat intact. Sensibiliteit gelaat intact. Bovenste extremiteit: Goede kracht biceps/triceps (5/5). Goede knijpkracht (5/5). Barre zakt niet uit. Sensibiliteit beiderzijds globaal intact. BPR/TPR symmetrisch. Normale top-neusproef. Onderste extremiteit: Mingazzini +/- . Kracht quadriceps, psoas, hamstrings, voetstrekken en voetheffers beiderzijds goed (5/5) met wisselend aanspannen. Sensibiliteit globaal intact. Reflexen: KPR/APR symmetrisch. VZR bdz indifferent. Bij uit bed stappen zakt hij meteen ineen en kruipt op handen en knieën terug in bed.

(...)

Patiënt kon naar huis worden ontslagen met een verwijzing voor psychosomatische fysiotherapie. Deze zal op 22 januari worden opgestart. Ter overbrugging zal patiënt poliklinisch fysiotherapie krijgen in HAZ.

Conclusie: Onmogelijkheid tot staan en lopen in het kader van functionele neurologische symptomen.

Beleid:

- Met ontslag naar huis 5-1-2018. Ouders regelen hulpmiddelen voor thuis.
- 22 januari 14.00 psychosomatische fysiotherapie thuis [naam zorgverlener].
- Ter overbrugging poliklinisch HAZ fysiotherapie.
- Machtiging perifere fysiotherapie meegegeven.
- Controle afspraak [naam neuroloog] over 3 maanden. (...)"

- 3.3. Op 11 januari 2018 is verzoeker voor een second opinion naar een andere neuroloog gegaan. Deze heeft over verzoeker verklaard:

"(...) Conclusie

Recidief periode van door benen zakken bij verder intacte kracht/normale neurologische bevindingen. In 2010 een zelfde periode gehad en uitgebreid onderzocht waarbij conclusie functionele stoornis was en het na een revalidatie traject volledig is hersteld. Nu dezelfde klachten, door benen zakken bij staan/niet kunnen lopen, bij normale bevindingen bij neurologisch onderzoek, passend bij functionele stoornis. Ik kom tot dezelfde conclusie als de neuroloog in Haarlem en adviseerde FT/looptraining ter verbetering, ev in revalidatie setting als behandeling in de eerste lijn niet voldoende verbetering geeft. Gezien het praktischer is in de regio Haarlem dit te realiseren adviseerde ik patiënt contact met de huisarts op te nemen om een revalidatietraject in gang te zetten en te bespreken welke instanties in Haarlem hiervoor aanwezig zijn. (...)"

- 3.4. In de periode van 22 januari 2018 tot en met 8 februari 2018 heeft verzoeker fysiotherapiebehandelingen gehad bij een fysiotherapiepraktijk in B. Dit blijkt uit de verklaring van de behandelend fysiotherapeut van 14 mei 2019.

- 3.5. In het patiëntendossier heeft de behandelend fysiotherapeut het volgende over verzoeker opgenomen:

"(...) Analyse

Conclusie onderzoek: loopstoornis functioneel, neurologische problematiek. Man van 22 jaar oud. Binnengekomen via verwijzing. Weer zo snel mogelijk kunnen lopen. Heeft de volgende functioneringsproblemen:

- Stoornissen (volgens patiënt). Loop stoornis, geen gevoelsvermindering of andere klachten in de benen. Nekklachten en hoofdpijn, vermoeidheid. Snel geïrriteerd, gefrustreerd door situatie.
- Stoornissen (toevoeging therapeut). PSK lopen, zelfstandig zijn. Beperkingen: staan, lopen, steun nemen op benen, transfers doet hij alles met zijn armen. Heeft een rolstoel en rollator thuis. Slaapt goed.

(...)

- Medische factoren: geen, eerder deze problematiek gehad
- Externe factoren: rol van de familie, dominant aanwezig, zijn heel direct betrokken, bezoeken wel (dagelijks de huisarts), bezorgd.
- Persoonlijke factoren: gaat niet snel genoeg, frustratie omtrent zijn problematiek
Behandelbare grootheden lopen, beperkingen in adl. Beloop: Toegenomen (...)
Doelen en verrichtingen
Patiëntbehoefte: weer zo snel mogelijk kunnen lopen
PSK activiteiten: lopen (PSK-waarde: 10). PSK bereik 0-10.
Hoofddoel: reductie van klachten op activiteit lopen van PSK 10 naar PSK < 5 binnen een periode van 16 weken. (...)"

- 3.6. Op 12 januari 2018 heeft de huisarts ten behoeve van verzoeker een verwijzing naar het Rijnlands Revalidatie Centrum afgegeven.
- 3.7. Op 23 januari 2018 heeft de huisarts ten behoeve van verzoeker een verwijzing naar Heliomare afgegeven. In deze verwijzing heeft de huisarts het volgende verklaard:
"(...) *Vraagstelling*
Graag uw begeleiding van de gecompliceerde problematiek van [verzoeker]. Sinds enkele weken functionele verlamingsproblematiek van de onderste extremiteiten. Patiënt en ouders maken zich ernstig zorgen. Analyse neurologie Spaarne Gasthuis en Alrijne; functionele klachten. RCC en revalidatie Spaarne kunnen geen hulp bieden. Fysiotherapie gestart. (...)"
- 3.8. Verzoeker heeft zich vervolgens gewend tot een revalidatiearts werkzaam bij de instelling Clinica Artes, te Valencia, Spanje. De revalidatiearts heeft beeldvormend onderzoek en bloedonderzoek voorgeschreven, hetgeen is uitgevoerd door een ziekenhuis en een laboratorium in Valencia, Spanje. Vervolgens heeft verzoeker een revalidatietraject in Clinica Artes gevolgd. De kosten van de behandeling, het aanvullend onderzoek, de huur van een hulpmiddel en de reis- en verblijfkosten zijn door verzoeker gecijferd op € 10.030,22. Op 18 maart 2018 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht deze kosten te vergoeden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 april 2018 aan verzoeker meegedeeld dat de gedeclareerde kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.10. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 30 april 2018, 11 februari 2019 en 18 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.11. Op 12 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de behandelend revalidatiearts van het Spaarne Gasthuis verzocht om een verklaring. In reactie hierop heeft deze op 21 december 2018 over verzoeker verklaard:
"(...) *Was er indicatie MSR?*
In januari 2018 werd ik tijdens de opname van [verzoeker] op de afdeling neurologie Spaarne Gasthuis geconsulteerd door de neuroloog wegens terugval waarbij moeite met lopen. Ik heb dhr. toen éénmalig voor een adviserend consult gezien op de afdeling neurologie.
- Mijn advies luidde toen:*
- Duidelijkheid t.a.v. diagnose uitdragen naar patiënt en ouders.
- Indien dhr. zelfstandig kan mobiliseren naar huls met (psychosomatische) fysiotherapie.
- Bij aanhoudende functionele klachten zou een verwijzing voor poliklinische intake naar Revalidatiecentrum Heliomare overwogen kunnen worden.

Een nieuw poliklinisch traject binnen MSR in het Spaarne Gasthuis werd niet geïndiceerd.

Kon patiënt bij ons in zorg komen?

In 2010 was er indicatie voor poliklinische revalidatie alhier, in 2018 bij beoordeling tijdens zijn opname in het ziekenhuis zag ik op dat moment (gezien aard van de aandoening en het beloop van de eerdere poliklinische revalidatie bij ons) geen indicatie voor poliklinische revalidatiebehandeling door ons in het Spaarne Gasthuis. (...)"

3.12. Op 26 mei 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op (een indicatie had voor) een MSR behandeling, omdat de complexiteit onvoldoende duidelijk is en het stepped care traject niet voldoende is ingevuld. De behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Ook de huur van een looprek en rollator en de reis- en verblijfskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

De kosten van het laboratoriumonderzoek en het beeldvormend onderzoek kunnen voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering mits de onderzoeken doelmatig waren. Het is aan verweerder om dit te beoordelen. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar het revalidatietraject in Valencia moet vergoeden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het beeldvormend - en bloedonderzoek in Valencia moet vergoeden;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar de reis- en verblijfskosten moet vergoeden;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de huur van de hulpmiddelen moet vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg, hulpmiddelenzorg en zittend ziekenvervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Daarnaast is hierin de relevante bepaling uit de Europese Verordening 883/2004 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Europese Verordening

6.2. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat - namelijk Spanje - gegaan om daar zorg te ontvangen. In die situatie is sprake van planbare zorg. Op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van deze zorg op basis van het sociale zekerheidsstelsel van een andere EU-lidstaat als de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat de verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Doet een verzekerde dit laatste niet, dan blijft de verordening buiten toepassing. Dit volgt uit jurisprudentie van het Hof van Justitie (arrest Stamatalaki, zaak C-444/05).

- 6.3. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld - en door verzoeker niet betwist - dat niet eerder dan op 18 maart 2018 een aanvraag is ingediend voor medisch specialistische revalidatie in Valencia en de daarmee samenhangende kosten. De commissie stelt vast dat de behandeling in Valencia op dat moment al was aangevangen. Dit betekent dat verzoeker geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd en de verordening verder buiten beschouwing blijft. De vraag die rest is of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zorg die hij in Spanje heeft ontvangen en op de reis- en verblijfkosten op grond van de zorgverzekering.

Standpunt verzoeker

- 6.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij op 2 januari 2018 plotseling niet meer kon lopen. Met deze klachten heeft hij zich tot zijn huisarts gewend, die hem heeft doorverwezen naar het ziekenhuis. Verzoeker heeft twee verschillende neurologen bezocht. Beiden kwamen zij tot de conclusie dat psychosomatische fysiotherapie was geïndiceerd en dat bij het uitblijven van resultaten een revalidatietraject was aangewezen. De behandelend fysiotherapeut informeerde verzoeker al snel dat de gewenste resultaten niet konden worden behaald met uitsluitend fysiotherapie. Hierop heeft de huisarts verzoeker verwezen naar drie verschillende revalidatie-instellingen in Nederland. Daar kon verzoeker niet op korte termijn terecht. De wachttijd voor een intakegesprek was minimaal 6 maanden. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om wachttijdbemiddeling gevraagd. De ziektekostenverzekeraar kon echter niets voor hem betekenen. Om die reden heeft verzoeker zich gewend tot een zorgaanbieder in het buitenland. Hier kon hij wél direct terecht. De behandeling heeft ertoe geleid dat de klachten zijn verholpen. Volgens verzoeker blijkt uit het voorgaande dat hij een indicatie had voor medisch specialistische revalidatie. Hij is dan ook van mening dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het onderzoek, de behandeling, de inzet van hulpmiddelen en de reis- en verblijfkosten moet vergoeden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat een verzekerde aanspraak heeft op een bepaalde vorm van zorg als hij hierop redelijkerwijs is aangewezen, zoals beschreven in artikel 1.4 van de verzekeringsvoorwaarden. Uitgangspunt bij de beoordeling van de aanspraak op medisch specialistische revalidatiezorg is het principe van 'stepped care'. Pas als blijkt dat een verzekerde redelijkerwijs niet kan uitkomen met zorg die in de eerste lijn wordt geleverd - zoals psychosomatische fysiotherapie - kan een medische indicatie voor revalidatiezorg aan de orde zijn. Verzoeker heeft slechts enkele fysiotherapiebehandelingen ondergaan, voordat hij zich tot de revalidatie-instelling in Valencia heeft gewend. Daarmee is niet komen vast te staan dat behandelingen in de eerste lijn niet tot het gewenste resultaat konden leiden. Integendeel, er waren bepaalde behandeldoelen gesteld en slechts na enkele behandelingen was al sprake van vooruitgang. Dat de huisarts verzoeker heeft verwezen naar verschillende revalidatie-instellingen maakt dit niet anders. Een verwijzing is namelijk niet gelijk aan een medische indicatie voor revalidatiezorg.
- Verder voert de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat ook niet is voldaan aan artikel 22.2.1 van de verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel staat dat een verzekerde een gerichte verwijzing van een behandelend arts in Nederland moet hebben naar een zorgaanbieder in het buitenland. Een dergelijke verwijzing ontbreekt. Achteraf heeft de huisarts alsnog een verwijzing opgesteld, echter dit was geen gerichte verwijzing naar een revalidatiearts of voor medisch specialistische revalidatie. Het betreft slechts een verwijzing naar 'de behandelend specialist'.
- Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat op grond van de artikelen 8.3 en 22.1 van de verzekeringsvoorwaarden geldt dat verzoeker voorafgaand toestemming had moeten vragen. Ook aan deze voorwaarde is niet voldaan.
- Dit alles brengt volgens de ziektekostenverzekeraar mee dat de kosten van medisch specialistische revalidatie in Valencia en de daarmee samenhangende kosten - te weten die van het aanvullende onderzoek en de reis- en verblijfkosten - niet voor vergoeding in aanmerking komen. Ook biedt de zorgverzekering geen dekking voor eenvoudige hulpmiddelen, zoals een looprek of rollator. De kosten die verzoeker hiervoor heeft gemaakt, blijven om die reden voor zijn rekening.

Medisch specialistische revalidatiezorg (MSR)

- 6.6. De commissie overweegt dat verzoeker zich heeft gewend tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Portugal om aldaar de onderhavige zorg te ontvangen. In de situatie geldt op grond van zowel artikel 8.3 als artikel 22.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering dat voor deze zorg voorafgaande toestemming moet worden gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. Uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat deze eis is opgenomen, zodat de ziektekostenverzekeraar kan beoordelen of aanspraak bestaat op de gevraagde zorg op grond van de zorgverzekering, alsmede om de verzekerde te informeren over de hoogte van een eventuele vergoeding. Van een verzoek om voorafgaande toestemming en een op grond daarvan verkregen toestemming is niet gebleken. Dit op zich vormt, gelet op het vorenstaande, al aanleiding om te beslissen dat verzoeker geen aanspraak heeft op de betreffende zorg.
- 6.7. Afgezien hiervan overweegt de commissie bovendien het volgende. Uit het advies van het Zorginstituut van 26 mei 2020 volgt dat interdisciplinaire MSR alleen is aangewezen voor patiënten met complexe problematiek, dat wil zeggen samenhangende problemen op meerdere ICF-domeinen van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie). Gesteld noch gebleken is dat hiervan bij verzoeker sprake was. Uit het dossier blijkt dat bij verzoeker sprake was van een stoornis in de loopfunctie, waardoor er problemen waren met de activiteiten lopen en staan. Hierdoor bestonden ook problemen met participatie, onder andere op school en in werk. Op basis hiervan kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een complexe samenhangende problematiek op meerdere domeinen.
- 6.8. Daarnaast vormt 'stepped care' het uitgangspunt bij de beoordeling of een verzekerde aanspraak heeft op MSR. Dit betekent dat eerst dient te worden nagegaan of de zorg in de eerste lijn kan plaatsvinden door bijvoorbeeld een fysiotherapeut of psycholoog. Pas als objectief is vastgesteld dat deze zorg onvoldoende resultaat oplevert, kan MSR zijn aangewezen. Uit het dossier blijkt dat behandelend neurologen en de geconsulteerde revalidatiearts in Nederland hebben geadviseerd eerst zorg in de eerste lijn te betrekken. Zij zagen op dat moment (nog) geen aanleiding voor MSR. Verzoeker is daarbij verwezen naar een psycholoog, maar niet duidelijk is of hij daar onder behandeling is geweest, laat staan dat de behandeling onvoldoende resultaat heeft gehad. Daarnaast is verzoeker weliswaar onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, maar heeft hij ervoor gekozen het behandeltraject vroegtijdig af te breken. Hiermee is echter niet onomstotelijk gebleken dat deze behandeling onvoldoende resultaat had. Dit betekent dat slechts beperkt zorg in de eerste lijn heeft plaatsgevonden, waardoor niet is voldaan aan het 'stepped care' principe.
- 6.9. Een en ander leidt tot de conclusie dat niet is gebleken dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op MSR en dat de ziektekostenverzekeraar ook om die reden niet is gehouden de kosten hiervan te vergoeden. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 26 mei 2020.

Aanvullend onderzoek in Spanje

- 6.10. De commissie overweegt verder dat het laboratorium- en beeldvormend onderzoek dat in Spanje heeft plaatsgevonden geen onderdeel is van het revalidatietraject. Immers, de diagnostiek werd gebruikt om vast te stellen of verzoeker eventueel was aangewezen op dit traject. De aanspraak op deze zorg moet om die reden apart worden beoordeeld. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van verzekerde zorg. Het geschil spitst zich toe op de vraag of is voldaan aan de eis van doelmatigheid. Hiermee wordt onder andere bedoeld dat de zorg niet onnodig heeft plaatsgevonden. Uit het dossier volgt niet om welke reden de revalidatiearts in Spanje aanvullend onderzoek noodzakelijk achtte, terwijl verzoeker in Nederland al meerdere onderzoeken had ondergaan bij verschillende artsen en deze bovendien tot een eenduidige conclusie waren gekomen.

Het lag op de weg van verzoeker hierover duidelijkheid te verschaffen. Aangezien hij dit niet heeft gedaan, kan niet worden vastgesteld dat het betreffende onderzoek doelmatig was. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de kosten die samenhangen met het aanvullend onderzoek te vergoeden.

Reis- en verblijfskosten

- 6.11. De commissie stelt in de eerste plaats vast dat de zorgverzekering geen dekking kent voor verblijfskosten, zodat deze voor rekening van verzoeker blijven. Verder overweegt de commissie dat de kosten van ziekenvervoer onder bepaalde voorwaarden onder de dekking van de zorgverzekering kunnen vallen. Dit is opgenomen in artikel 21 van de zorgverzekering. Eén van de voorwaarden is dat het vervoer moet plaatsvinden van of naar een zorgverlener die zorg verleent die op grond van de zorgverzekering wordt vergoed. Aangezien de commissie hiervoor heeft vastgesteld dat de zorg die verzoeker in Spanje heeft ontvangen niet ten laste van de zorgverzekering hoeft te worden vergoed, heeft verzoeker evenmin recht op vergoeding van de vervoerskosten.

Hulpmiddelen

- 6.12. De commissie stelt vast dat de kosten die samenhangen met het gebruik van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, zoals een looprek of rollator, niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Dit blijkt uit artikel 2.12, derde lid, onder d, Rzv. De bepalingen in artikel 20 van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' van de ziektekostenverzekeraar zijn hierop gebaseerd.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.13. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de zorg die verzoeker heeft ontvangen.
- 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 september 2021

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>)

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,30 per uur.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp voor kraamzorg van een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Artikel 8 Revalidatie

8.1 Revalidatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) situatie.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- de hulp dient de verzekerde in staat te stellen een dusdanige mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van de verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is;
- voor aanspraak op klinische revalidatie dient er de verwachting te zijn dat binnen een korte termijn betere resultaten worden behaald dan met niet-klinische revalidatie.

8.2 Geriatrische revalidatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op geriatrische revalidatie die start vanuit:

- een klinische opname eventueel gevolgd door een deeltijd- of dagbehandeling in de thuissituatie (ambulante geriatrische revalidatie);

Of;

- de thuissituatie mits binnen een week na het geriatrische assessment.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid;
- de geriatrische revalidatie is gericht op het verminderen van de functionele beperkingen zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
- de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg is aanwezig als bij de verzekerde sprake is van een acute aandoening waardoor, evenzo acuut, mobiliteitsstoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid optreedt. Dit wordt gesteld door de internist ouderengeneeskunde en/of de klinisch geriater na een (schriftelijk) verwijzing van de medisch specialist van het ziekenhuis;
- de zorg sluit aan (of maximaal binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis bij een gestelde indicatie voor revalidatiezorg) op en gaat bij aanvang gepaard met verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, een zogeheten ziekenhuisopname;
- u heeft geen recht op geriatrische revalidatie als u voorafgaand aan de ziekenhuisopname was opgenomen in een Wlz-instelling en u daar behandeling op grond van de Wlz heeft ontvangen;
- de totale duur van de behandeling bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid een langere periode toestaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een behandeling van een indicatie die (naar verwachting) langer duurt dan 120 dagen, dient voor het voortzetten van deze behandeling vanaf de 121e dag, vooraf (uiterlijk 4 weken voor de afloop van de eerste 120 dagen) schriftelijke toestemming te worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

8.3 Niet-gecontracteerde revalidatie

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid als ik naar een niet-gecontracteerde zorginstelling ga?

Om te kunnen beoordelen of er sprake is van een aanspraak op zorg dient u vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor revalidatie. Dit geldt niet voor geriatrische revalidatie.

Artikel 9 Orgaantransplantaties

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- transplantaties van weefsels en organen als de transplantatie is verricht in een EU- en EER-staat of in een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van u is;
- medisch specialistische zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- medische zorg conform deze polis van de donor gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. De zorg dient verband te houden met een door deze verzekering gedekte orgaantransplantatie;
- vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van openbaar vervoer dan wel, als en voor zover medisch noodzakelijk, per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor;
- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor.

Welke kosten worden niet vergoed?

Niet vergoed worden de verblijfskosten in Nederland van de in het buitenland woonachtige donor, noch diens eventuele gedeelde inkomsten.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde zorginstelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Artikel 10 Dialyse

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op, bij niet-klinische dialyse via hemodialyse of peritoneaaldialyse alsmede de hiermee in verband houdende medisch specialistische zorg verleend in een dialysecentrum:

- het daarmee verband houdende onderzoek, behandeling, verpleging en de farmaceutische zorg;
- door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook:

- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

Aanvullende voorwaarden voor zuigelingenvoeding:

- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer de “Verklaring dieetpreparaten van Zorg en Zekerheid” is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor de vergoeding van dieetpreparaten na 1 maand, moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben van Zorg en Zekerheid;
- voor de vergoeding van zuigelingenvoeding na 1 maand, moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben van Zorg en Zekerheid.

Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak of vergoeding wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via zorgenzekerheid.nl/brochures. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verstrekking van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid;
- aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
- het hulpmiddel moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts;
- voor verbandmiddelen moet samen met de eerste nota een medische noodzakelijkheidverklaring van de huisarts of medisch specialist worden ingediend.

Waar heb ik geen recht op?

- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een Wlz instelling waar hij verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij aflevering van hulpmiddelen en verbandmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:

- vervoer per ambulance, hiervan is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance;
- zittend ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto.

21.2 Ambulancevervoer

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid schriftelijke toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer:

- a. naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;

- c. naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
- d. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling:
 - waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt.
- e. naar uw eigen woning (of naar een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen) als u komt van een zorgverlener/zorginstelling zoals bedoeld onder a t/m d.

Wat moet ik nog meer weten?

Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar, betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij ambulancevervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse, vervoer per (eigen) auto of taxi) van en naar een zorgverlener of zorginstelling over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

- het betreft ziekenvervoer voor als:
 - a. u nierdialyse moet ondergaan;
 - b. u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - d. uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - e. u jonger bent dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of een lichamelijk handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid.
- het moet verder gaan om ziekenvervoer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin u zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz) zal gaan verblijven;
 - c. vanuit een Wlz instelling naar:
 - 1. een persoon bij wie of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wlz wordt verstrekt;
 - d. naar uw woning (of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen) indien u komt van een van de personen of instellingen, zoals bedoeld onder a tot en met c.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor openbaar vervoer en vervoer per taxi dient u vooraf schriftelijk toestemming te hebben verkregen van Zorg en Zekerheid. Daarvoor dient u het zittend ziekenvervoer aan te vragen zoals omschreven in artikel 21.4;
- als het zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is kan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

Wat moet ik nog meer weten?

- de vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,30 per kilometer. De vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de 'optimale route' volgens de routeplanner, Routenet (www.routenet.nl);
- kosten voor openbaar vervoer of gebruik van de (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortste gebruikelijke afstand;
- het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan;
- buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule als hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren

per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, met een verklaring van de behandelend arts. Van de hardheidsclausule is in ieder geval sprake als u aangewezen bent op ambulante geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en voor zover het vervoer betreft van en naar de GRZ-instelling en de eigen woning, of naar een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij vervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

21.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik zittend ziekenvervoer aanvragen?

- als sprake is van genoemde indicaties dient de verzekerde contact op te nemen met de Vervoerslijn, telefoonnummer: (071) 5 825 700 om de desbetreffende indicatie te melden;
- door de Vervoerslijn wordt bepaald op welk soort vervoer de verzekerde recht heeft;
- als de Vervoerslijn aangeeft dat taxivervoer noodzakelijk is, dient de verzekerde contact op te nemen met de Zorgvervoercentrale Nederland, telefoonnummer 010 - 280 81 88, om het (rolstoel)taxivervoer te bestellen.

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van maximaal € 101,00 per verzekerde per kalenderjaar.

- de eigen bijdrage is niet verschuldigd voor vervoer van een instelling; waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg is opgenomen naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
- waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij overige.

21.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik de kosten declareren?

Voor het declareren van de kosten als sprake is van eigen vervoer, dient u het declaratieformulier zittend ziekenvervoer in te vullen en dit samen met uw nota's en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid te sturen. Voor inzendtermijnen zie voorwaarden 4.1.1 onder e.

Artikel 22 Buitenland

22.1 Algemene bepalingen

Voor (vergoeding van) het recht op behandeling in het buitenland is er verschil tussen:

- verzekerden die wonen in Nederland (artikel 22.2.);
- verzekerden die wonen in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland (artikel 22.2 en 22.3.);
- verzekerden die wonen in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is (artikel 22.2 en 22.4).

Als een verzekerde in het buitenland de zorg inroept van een niet door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt vergoeding voor de kosten van de zorg plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven als de zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zou zijn verleend.

Als bij de betreffende zorgvorm niet afzonderlijk is aangegeven wat de vergoeding voor de kosten van de zorg is, als verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, dan vindt vergoeding voor die kosten plaats tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief.

De kosten die het Nederlandse in de markt gebruikelijke tarief of WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening.

Meer informatie over zorgverzekeringen en het buitenland kunt u vinden op de website van het Zorginstituut Nederland zorginstituutnederland.nl.

Wat zijn de voorwaarden?

Voor nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld moet de verzekerde een vertaling, door een beëdigd tolk, bijvoegen. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

Heb ik toestemming nodig?

Voor intramurale zorg buiten Nederland (dat is opname of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Als Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijke toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan Nederland, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 100% van het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief. Als het zorg betreft in een ander EU/EER-land dan heeft u recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

22.2 Woonachtig in Nederland

22.2.1 Tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER-land of verdragsland

Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Waar heb ik recht op?

U heeft naar keuze recht op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- als Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, niet zijnde het woonland, is alleen van toepassing als het in verdragslanden betrekking heeft op medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) en in een EU/EER-land op prestaties, die tijdens verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land moet ingeroepen worden volgens de voorgeschreven verdragssystematiek (Europese verzekeringspas). Ter plaatse geldende eigen betalingen tellen mee in het eigen risico.

22.2.2 Tijdelijk verblijvend in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is

Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont en die tijdelijk verblijft in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is.

Waar heb ik recht op?

U heeft naar keuze recht op:

- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- als Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijke toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- medisch noodzakelijke zorg (binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland tot 100% van het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

Verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

22.3 Woonachtig in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland

Waar heb ik recht op?

De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft in zijn woonland naar keuze recht op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding voor de kosten van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

22.4 Woonachtig in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is

Waar heb ik recht op?

De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft in zijn woonland naar keuze recht op:

- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

Verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen plaatsvinden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

22.5 Bevoegdheid zorgverlener of instelling

Zorg in het buitenland moet worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

23.1 Generalistische Basis GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op Generalistische Basis GGZ zoals klinisch psychologen en psychiaters als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar en bestaat uit vijf prestaties, namelijk: kort, middel, intensief, chronisch en onvolledig behandeltraject.

U heeft recht op Generalistische Basis GGZ in een vrije vestiging geleverd door de volgende regiebehandelaren:

- a. een gezondheidszorgpsycholoog;
- b. een psychotherapeut;

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

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 gehemeltespelen, 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.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;

- c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
 - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
 - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
 - f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c;
 - g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

6. Indien een verzekerde is aangewezen op vervoer als bedoeld in het eerste of derde lid, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen vergoeding voor kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor kosten van vervoer.

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.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12; (...)

Artikel 2.12

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel e, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, toe te passen bij een ernstige aandoening, waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen.

b. hulpmiddelen, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed als omschreven in artikel 2.17, ter compensatie van beperkingen bij het:

1°. lopen;

2°. gebruiken van hand en arm;

3°. veranderen en handhaven lichaamshouding;

4°. zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;

5°. gebruik van communicatieapparatuur.

2. In het geval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor een beperkte of onzekere duur.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat niet
 - a. hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken;
 - b. eenvoudige hulpmiddelen te gebruiken bij beperkingen bij het eten en drinken;
 - c. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij de aanpassing uitsluitend een sta-opsysteem betreft;
 - d. eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen.
4. Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.