



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Rusland, geneeskundige zorg, radiofrequente denervatie bij LRS, stand wetenschap en praktijk, reis- en verblijfkosten

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 1, 2.1, 2.4, 2.12 en 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202000050

Zittingsdatum : 12 augustus 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 26 maart 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 1 mei 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 4 mei 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 23 juli 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020020754) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 23 juli 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 14 augustus 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 18 augustus 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker had al enige tijd last van rugklachten. Omdat hij werkt als ZZP'er was een snelle behandeling noodzakelijk. Omdat verzoeker in pas na een maand (in september 2019) terecht kon voor een eerste consult wilde hij zich graag in Oefa (Rusland) laten behandelen. Tussen 8 en 12 augustus 2019 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft hij gevraagd naar de vergoeding van de kosten van een rugoperatie in Rusland.
- 3.3. De huisarts heeft op 12 augustus 2019 het volgende over verzoeker verklaard:

"Anamnese: Gaat 14-08-2019 naar Rusland voor beoordeling van zijn lage rugpijn met uitstraling in het linker been. Daar wil men een MRI-scan maken en is de verwachting dat hij voor een operatieve ingreep in aanmerking zal komen. Inmiddels 1 maand klachten. Pijn is inmiddels redelijk onder controle (Paracetamol, diclofenac en tramadol). Slaapt beter sinds het gebruik van amitriptyline is opgehoogd naar 30mg voor de nacht. Heeft naast de pijn nog tintelingen en een doof gevoel in het

linker been. Soms (kortdurend krachtsverlies). Kan nog niet volledig werken (loodgieter/electricien; ZZP-er). Heeft geïnformeerd bij de Bergman Kliniek maar kan dan pas 28 september voor een consult. Heeft mede door zijn connecties veel vertrouwen in de Russische collega's. Heeft voor de ziektekostenverzekering een motivatie van de huisarts nodig waarom hij niet naar een neuroloog is verwezen.

Evaluatie: verdenking radiculair syndroom L2-3 Li

Plan: Uitleg; verdenking HNP. Geen alarmsymptomen. Gezien geleidelijke verbetering van het klinisch beeld is door mij als huisarts niet direct overgegaan tot verwijzing naar een neuroloog. De motivatie is dat het natuurlijk beloop van een ongecompliceerd radiculair syndroom in de regel gunstig is. Gezien het feit dat patiënt nu voor analyse en eventuele operatieve behandeling kiest om naar Rusland te gaan, als nog aangeboden om hem alhier (regulier) naar een neuroloog te verwijzen voor mede-analyse en behandeling. Gezien de wachttijdproblematiek kiest patiënt zelf voor verdere begeleiding in Rusland."

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de volgende telefoonnotitie overgelegd:

"13-8-2019 12:52

Meneer wil behandeling in Rusland laten plaatsvinden, krijgt begroting en behandelplan pas daar na initieel onderzoek. Heeft wel al verwijzing en motivatie van de huisarts Uitgelegd dat dit opgestuurd kan worden naar machtigingen@zorgenzekerheid.nl tav afdeling buitenland"

- 3.5. Verzoeker is op 23 en 24 augustus 2019 in Oefa (Rusland) behandeld. Aldaar zijn onder andere een CT-scan en een MRI-scan uitgevoerd, en heeft een radiofrequente facet denervatie plaatsgevonden. De kosten hiervan plus de kosten van de reis en het verblijf (totaal € 1.994,30) heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.6. Bij brief van 23 december 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed omdat de in Oefa uitgevoerde ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 2 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.8. Bij brief van 23 juli 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarnaast heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende geconcludeerd:

"Radiofrequente denervatie wordt niet aanbevolen bij LRS in de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). In het verleden hebben Nederlandse anesthesiologen de behandeling wel toegepast. De behandeling valt daarom niet (meer) onder zorg zoals Nederlandse anesthesiologen of pijnspecialisten (medisch specialisten) plegen te bieden. Daarbij is er volgens de richtlijn 'moderate evidence' dat radiofrequente behandeling niet moet worden toegepast bij LRS. De behandeling is daarom niet conform stand van wetenschap en praktijk.

(...)

Ingevolge artikel 2.14 van het Bzv, kunnen de kosten van vervoer in bepaalde gevallen voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering. In geval van verzoeker is hiervan geen sprake.

Op grond van artikel 1, onderdeel b, j° artikel 2.12 van het Bzv, heeft een verzekerde (voor zover hier van toepassing) recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met

medisch specialistische zorg. In geval van verzoeker is hiervan geen sprake nu radiofrequente denervatie bij LRS geen zorg is zoals medisch specialisten plegen te bieden."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar (i) de kosten van de behandeling in Rusland moet vergoeden, en (ii) de reis- en verblijfkosten 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 van de zorgverzekering en artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Verzoeker heeft de onderhavige behandeling ondergaan in Oefa, Bashkortostan. De autonome republiek Bashkortostan maakt deel uit van de Russische Federatie. Tussen de Russische Federatie en bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat de voorwaarden van de zorgverzekering leidend zijn voor de beoordeling.

6.3. Verzoeker voert aan dat hij sinds juli 2019 last had van ernstige rugklachten. Hiervoor was hij in eerste instantie onder behandeling bij zijn huisarts. Voor verdere hulp in moest hij ten minste een maand wachten. Omdat een dergelijke wachttijd voor verzoeker geen optie was in verband met zijn werk als ZZP-er is hij uitgeweken naar Rusland. Aldaar is hij geopereerd, en het resultaat is naar volle tevredenheid.

De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker in Rusland een radiofrequente facet denervatie heeft ondergaan. Een dergelijke ingreep vormt geen verzekerde prestatie op grond van de Zvw. Dit omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De meerwaarde van de behandeling is niet wetenschappelijk aangetoond, hetgeen het Zorginstituut in 2015 heeft bevestigd. Ook de door verzoeker gevorderde reis- en verblijfkosten komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

6.4. Het geschil betreft de vergoeding van radiofrequente denervatie bij een lumbaal radiculair syndroom (hierna: LRS). Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 23 juli 2020 is de eerste vraag die zou moeten worden beantwoord of deze behandeling behoort tot de zorg die medisch specialisten plegen te bieden. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel geen beroep gedaan op dit criterium, zodat de commissie hieraan niet zal toetsen. Wél heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de behandeling niet voldoet aan een ander criterium op basis van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving, te weten dat de zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk moet zijn. Volgens de ziektekostenverzekeraar is om die reden geen sprake van een verzekerde prestatie en vergoeding van de behandeling is daarom door hem geweigerd. De commissie neemt voor de beoordeling van deze afwijzing het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, tot uitgangspunt.

- 6.5. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.6. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten (de 'goudenstandaardbehandeling'), dan wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op 'evidence' van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.7. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de zorg in kwestie overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.8. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de bij verzoeker uitgevoerde radiofrequente denervatie bij LRS. Het advies van 23 juli 2020 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat radiofrequente denervatie bij LRS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee vormt deze ingreep geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Omdat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden de kosten van de in Rusland uitgevoerde behandeling te vergoeden op grond van de zorgverzekering. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd ten aanzien van het feit dat hij in - mede vanwege zijn positie als ZPP-er - niet tijdig kon worden geholpen, maakt het voorgaande niet anders. Of verzoeker beschikte over een geldige verwijzing behoeft geen bespreking meer.

Verblijfs- en vervoerskosten

- 6.9. Op grond van artikel 1, onderdeel b, j° artikel 2.12 van het Bzv, kan aanspraak bestaan op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met medisch specialistische zorg. In het geval van verzoeker behoort de betreffende medisch specialistische zorg niet tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Om die reden komen ook de hiermee samenhangende verblijfskosten niet voor vergoeding in aanmerking. Verder biedt de zorgverzekering, op grond van artikel 2.14 Bzv, aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer. Hiertoe is vereist dat het vervoer verband houdt met verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg. Aan deze voorwaarde is niet voldaan. De commissie is daarom van oordeel dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de vervoerskosten.

Telefonische toezegging

- 6.10. Verzoeker stelt dat hij tussen 8 en 12 augustus 2019 telefonisch contact heeft gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is volgens verzoeker de verwachting gewekt dat als hij een verklaring van zijn huisarts en een behandelplan van de neuroloog zou opsturen, de behandeling in Rusland voor vergoeding in aanmerking komt.

De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling van verzoeker bestreden en aangevoerd dat verzoeker tijdens een op 13 augustus 2019 gevoerd telefoongesprek enkel is geadviseerd medische informatie op te sturen zodat kan worden beoordeeld of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Ter onderbouwing van zijn standpunt heeft hij een telefoonnotitie van het betreffende gesprek overgelegd.

- 6.11. Vooropgesteld wordt dat het voor de commissie bij een telefoongesprek lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. Omdat verzoeker aanspraak maakt op een vergoeding, is het aan hem om aannemelijk te maken dat hem, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde telefonische toezeggingen zijn gedaan. De commissie oordeelt dat verzoeker hierin niet is geslaagd. Allereerst is door verzoeker gesteld dat het gesprek heeft plaatsgevonden tussen 8 en 12 augustus 2019, terwijl volgens de ziektekostenverzekeraar alleen een gesprek op 13 augustus 2019 is geregistreerd. Dat ook tussen 8 en 12 augustus 2019 een gesprek is gevoerd over dit onderwerp blijkt nergens uit. Daarnaast komt uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonregistratie van het gesprek op 13 augustus 2019 naar voren dat aan verzoeker is gevraagd medische stukken, waaronder het behandelplan, op te sturen. Deze enkele vraag is onvoldoende om hieruit af te leiden dat de behandeling door de ziektekostenverzekeraar zal worden vergoed. Integendeel, het opvragen van nadere stukken wijst erop dat nog een beoordeling aan de hand hiervan zal volgen. Aan verzoeker is aldus geen eenduidige en ongeclausuleerde toezegging gedaan, en daarom is de ziektekostenverzekeraar niet verplicht hem een vergoeding te verlenen voor de in Rusland gemaakte kosten.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 augustus 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 1

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

- a. *wet*: de Zorgverzekeringswet;
- b. *verblijf*: verblijf gedurende het etmaal;
- (...)

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 zeven 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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 verslakte 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 2.12

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, 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.

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 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.

Rubriek A

Algemene voorwaarden

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Grondslag van de zorgverzekering

Deze zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de bijbehorende toelichtingen van onderdelen a, b en c;
- e. de gegevens die u bij het afsluiten van de verzekering aan ons heeft doorgegeven.

De zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd in uw zorgpolis en deze polisvoorwaarden. Op het polisblad worden de verzekerde(n) en de gesloten zorgverzekering(en) vermeld. Wanneer wij uw aanvraag hebben verwerkt ontvangt u zo snel mogelijk uw verzekeringsbewijs in de vorm van een polisblad en verzekeringspas. In het vervolg ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuw polisblad.

Op vertoon van uw verzekeringspas kunt u zorg, waarop u op basis van deze polis recht heeft, ontvangen bij een zorgverlener naar keuze (zie artikel 1.5). In de zorg geldt daarnaast de identificatieplicht.

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. De Zvw, het Besluit zorgverzekeringen en de Regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen van deze zorgverzekeringsovereenkomst.

1.2 Voor wie

Deze zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen. De aanspraak op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg geldt voor alle verzekerden woonachtig in Nederland en voor de in het buitenland wonende verzekerden.

1.3 Vorm van de zorgverzekering

De Zorg Vrij Polis is een restitutieverzekering. Dit betekent dat u op basis van deze zorgverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze polisvoorwaarden.

1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in deze polisvoorwaarden als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Wanneer dit ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

1.4.1 Hoogte van de vergoeding van zorg

Wij vergoeden de kosten van zorg tot maximaal het op dat moment vastgestelde Wmg-(maximum)tarief (Wet Marktverordening Gezondheidszorg). Wanneer er geen Wmg-(maximum)tarief is vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland marktconforme bedrag. Van een marktconform bedrag is sprake voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebracht bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Als wij constateren dat een gedeclareerd bedrag niet marktconform is, zullen wij daarover contact opnemen met de betreffende zorgverlener en over de prijs in gesprek gaan. Wanneer de zorgverlener geen concessies wilt doen t.a.v. de prijs, dan zou in het uiterste geval een deel van de kosten voor uw eigen rekening kunnen komen.

Voor verpleging en verzorging die worden vergoed in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) zoals bedoeld in artikel 27.1 geldt echter de maximale vergoeding zoals vermeld in het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging.

1.5 Wie mag de zorg verlenen

U heeft vrije keuze van zorgverlener, dit betekent dat u zelf kunt bepalen naar welke zorgverlener of zorginstelling u gaat. De zorgverlener moet wel voldoen aan de eisen die aan de zorgverlener zijn gesteld in Rubriek B onder de betreffende zorgvormen. Dit geldt ook voor andere eisen die aan de zorgverlener

Rubriek B Omvang dekking

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is (bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige);
- geneeskundige zorg door de dienstenstructuur (de huisartsenpost) waarbij de huisarts is aangesloten;
- samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts, in rekening gebracht door de huisarts, een ziekenhuis of laboratorium.

Wat zijn de voorwaarden?

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Welke kosten worden niet vergoed?

- een griepvaccinatie;
- medische keuringen.

De complete lijst met uitsluitingen is opgenomen in Rubriek A artikel 4.2 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen

Voor in de artikelen 6 tot en met 16 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing vooraf noodzakelijk door uw huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts, medisch specialist (inclusief sportarts) of physician assistant, spoedeisende hulp arts, verpleegkundig specialist, GGD-arts, arts infectieziekten, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist, optometrist, klinisch fysicus audioloog of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige of in het geval dat het tandheelkunde of orthodontie betreft te verlenen door een kaakchirurg, tandarts of orthodontist. De geldigheidsduur van een verwijzing is 1 jaar, tenzij de verwijzer een andere geldigheidsduur aangeeft.

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18. Voor wat betreft de zorg geleverd door een sportarts bestaat alleen aanspraak als het medisch specialistische zorg betreft die zich richt op herstel, genezing dan wel voorkomen van (verergering van) een aandoening. De zorg kan bestaan uit:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding binnen een revalidatietraject en/of;
- diagnostiek en behandeling van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat ontstaan door bewegen en/of door overbelasting.

6.1.1 Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

Sommige behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten tot de basisverzekering conform artikel 2.1 lid 5 van het Besluit zorgverzekering (Bz) en artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering (Rz). De effectiviteit van deze behandelingen is nog onvoldoende aangetoond. Maar deze behandelingen worden wel tijdelijk vergoed vanuit de basisverzekering. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan in de loop van het kalenderjaar nieuwe behandelingen voorwaardelijk toelaten. In het document 'Voorwaardelijk toegelaten behandelingen' staan alle behandelingen bedoeld in dit artikel beschreven, de actuele versie kunt u inzien op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

6.2 Verblijf (ziekenhuisopname)

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch specialistische zorg voor een onafgebroken periode tot een maximum van 1.095 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- medisch specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen (met uitzondering van de geneesmiddelen die zijn uitgesloten in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering), hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- er dient sprake te zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met medisch specialistische zorg;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch specialistische hulp in combinatie met verblijf in een centrum voor medisch specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit direct aan Zorg en Zekerheid te worden gemeld.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor behandeling van astma met verblijf (bijvoorbeeld in het Nederlands Astmacentrum Davos of in Heideheuvel) is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist.

6.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg*Wat wordt er vergoed?*

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische behandeling in of door een centrum voor medisch specialistische zorg;
- medisch specialistische behandeling van de extramuraal werkende medisch specialist;
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist als het gaat om parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard*Wat wordt er vergoed?*

Wij vergoeden de kosten van:

Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, als die noodzakelijk zijn ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, als 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;
- 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;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- elektrische epilatie bij transseksuelen zoals bedoeld onder artikel 17.8 van deze polisvoorwaarden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op zorgenzekerheid.nl. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende medische voorwaarden gesteld worden.

Welke kosten worden niet vergoed?

- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen 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 transseksualiteit;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

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

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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:

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

21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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:
 - u nierdialyse moet ondergaan;
 - u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - u naar en van consulten, onderzoek en controles moet gaan die voor de hierboven in sub a en b genoemde behandelingen noodzakelijk zijn of die noodzakelijk zijn voor een behandeling die valt onder de hardheidsclausule zittend ziekenvervoer;
 - u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - 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:
 - 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;
 - naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz) zal gaan verblijven;
 - vanuit een Wlz instelling naar:
 - 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;
 - 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.
 - 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.

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;
- als er geen gebruik wordt gemaakt van de Zorgvervoercentrale Nederland dan ontvangt de verzekerde maximaal 100% van het marktconforme tarief per kilometer.

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van maximaal € 103,00 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

U heeft naar keuze recht op:

- de vergoeding van de kosten van zorg tot 100% van het Nederlands marktconform bedrag;
- zorg waar u recht op heeft op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of een verdrag. De vergoeding van de kosten wordt ook geregeld door de EU-sociale zekerheidsverordening of het verdrag.