

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Zorgverzekeraar
Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, herniaoperatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.12
Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20
Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202100323

Zittingsdatum : 9 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 16 april 2021 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 31 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 1 juli 2021 heeft de commissie verzoekster opnieuw verzocht aanvullende informatie aan te leveren. Op 29 juli 2021 heeft de commissie nadere informatie van verzoekster ontvangen.
- 2.3. Bij brief van 29 juli 2021 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar de gelegenheid geboden schriftelijk op het geschil te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 augustus 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 30 augustus 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 11 oktober 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021033844) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Hierbij is de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. De commissie heeft besloten dit advies te volgen. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 19 oktober 2021 aan partijen gestuurd, waarbij de commissie verzoekster heeft verzocht aanvullende informatie van de behandelend fysiotherapeut en neurochirurg aan te leveren. Op 28 oktober 2021 heeft verzoekster per e-mail nadere stukken aan de commissie gezonden. Een kopie van dit mailbericht is op 29 oktober 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hem de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Bij brief van 25 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar op de nagekomen stukken gereageerd. Een afschrift hiervan is op 30 november 2021 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. Op 30 november 2021 heeft de commissie de nagekomen informatie aan het Zorginstituut gestuurd, met de vraag of deze informatie voldoende is om een inhoudelijk advies te geven. Op 15 december 2021 heeft het Zorginstituut een aanvullend advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 16 december 2021 aan partijen gezonden.
- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 25 februari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 28 februari 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2020 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).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoekster heeft in ieder geval al sinds juni 2018 last van lage rugpijn met uitstraling naar het linkerbeen. Zij werd hiervoor behandeld met pijnstilling en - sinds september 2019 - met fysiotherapie. In de loop van 2020 werden de klachten heviger. Hierop heeft de huisarts spierverslappers en sterkere pijnstilling, waaronder uiteindelijk morfine, voorgeschreven. Dit had onvoldoende effect.

Verzoekster kon op korte termijn terecht bij een neurochirurg te Keulen, Duitsland, en heeft aldaar een afspraak gemaakt. Met het oog hierop is door de huisarts een MRI aangevraagd. De bevindingen waren: 'Paramediane HNP L5-S1 links met wortelcompressie S1 links'. Tevens heeft de huisarts verzoekster verwezen naar de betrokken neurochirurg te Keulen.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 juni 2020 een aanvraag ten behoeve van verzoekster ontvangen voor een herniaoperatie, uit te voeren te Keulen. Bij brief van 12 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de aanvraag niet inwilligt.

3.4. Verzoekster heeft op 16 juni 2020 een herniaoperatie ondergaan te Keulen, die gepaard ging met een opname. De kosten hiervan bedroegen € 4.800,-. Verzoekster heeft deze kosten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere keren om heroverweging van de afwijzing van de aanvraag gevraagd. Bij brieven van 4 augustus 2020 en 15 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

3.6. Bij brief van 11 oktober 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies het volgende verklaard:

"(...) Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Plegen te bieden

Volgens de in Nederland geldende richtlijnen is een chirurgische ingreep bij patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom op basis van een lumbale HNP zorg zoals neurochirurgen plegen te bieden.

Stand van wetenschap en praktijk

In beginsel betreft het zorg conform de stand van wetenschap en praktijk. In de in Nederland geldende richtlijn staat opgenomen dat het voldoende duidelijk is dat de chirurgische ingreep veilig en effectief is.

Redelijkerwijs aangewezen op

In geschil is de vraag of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de operatie. Op basis van de huidige informatie in het dossier kan het Zorginstituut dit niet beoordelen. Daarom adviseert het Zorginstituut tot nader onderzoek.

Verweerder voert in het dossier aan dat verzoekster op de datum van de operatie niet is aangewezen op de uitgevoerde operatie. Verweerder voert aan dat uit de Verstandige Keuzes van de neurochirurgie blijkt dat een hernia in de eerste 6 weken conservatief wordt behandeld tenzij er sprake is van een spoedindicatie is (verlamming, uitval van de blaas) of een relatieve indicatie, zoals in sommige gevallen indien de patiënt bedlegerig was ondanks opiaten. Verweerder stelt dat de HNP specifieke klachten op 9 juni 2020 (de datum van de aanvraag van de toestemming) nog geen zes weken bestonden. Dit baseert verweerder op het journaal van de huisarts, dat aan het dossier is toegevoegd. Hieruit maakt verweerder op dat de bij de HNP horende klachten zich tussen 12 mei 2020 en 16 mei 2020 hebben geopenbaard en dat ervoor 12 mei 2020 geen aanwijzingen waren voor het bestaan van een hernia. Er was verder volgens verweerder geen spoedindicatie en verzoekster was ook niet bedlegerig. Er was hiermee volgens verweerder dus ook geen operatie-indicatie.

Uit bestudering van de in Nederland geldende richtlijnen blijkt dat bij de beoordeling of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde operatie, een aantal aspecten een rol speelt:

- De duur van de klachten en de conservatieve behandeling op het moment van de operatie;
- De mate van ernst van de klachten;
- Of er sprake is van een spoedindicatie (caudasyndroom, progressieve parese).

Over deze aspecten blijkt echter onduidelijkheid te bestaan op basis van het aangeleverde dossier.

De duur van de klachten en conservatieve behandeling

Verweerder benoemt dat de bij de HNP horende klachten tussen 12 en 16 mei 2020 zijn gestart, en dat deze dus minder dan 6 weken aanwezig waren op het moment van de aanvraag van de operatie. Uit het aangeleverde journaal is het echter onduidelijk wanneer de klachten zijn begonnen. Op 12 mei 2020 staat er een bericht van de fysiotherapeut in het dossier waarin de vermoedelijke diagnose HNP L5/S1 staat vermeld. Onduidelijk is hoe lang de fysiotherapeut deze diagnose al vermoedt en hoe lang verzoekster al wordt behandeld i.v.m. deze klachten. Op 13 mei 2020 schrijft de huisarts dat er sinds weken sprake is van pijn in het linker been. Op 20 mei 2020 zijn deze klachten sinds 5 dagen verergerd. Op 25 mei noteert de huisarts dat de klachten alsmat erger worden ondanks rust de afgelopen 2 maanden. Het zorginstituut adviseert tot nader onderzoek voor informatie van de fysiotherapeut om te achterhalen wanneer de HNP-gerelateerde klachten zijn begonnen.

De mate van ernst van de klachten

Het is uit het medisch dossier onduidelijk wat de mate van ernst is van de klachten van verzoekster. Ook hier adviseert het Zorginstituut tot nader onderzoek voor informatie de fysiotherapeut.

Aanwezigheid van een progressieve parese

De huisarts stelt op 20 mei 2020 bij onderzoek geen ernstige parese vast. In de brief van de neurochirurg van 4 juni 2020 maakt deze wel melding van een parese (in hoofdletters) bij verzoekster. Uit de brief kan niet worden opgemaakt welke bevindingen duiden op een parese en onduidelijk is in welke mate er sprake is van een parese en of deze progressief is. Het Zorginstituut adviseert tot nader onderzoek voor informatie van de neurochirurg om dit te achterhalen.

Conclusie

Het Zorginstituut adviseert tot nader onderzoek voor informatie van de fysiotherapeut naar:

- Wanneer de HNP-gerelateerde klachten bij verzoekster zijn begonnen;
- De mate van ernst van de klachten van verzoekster.

Het Zorginstituut adviseert tot nader onderzoek voor informatie van neurochirurg naar de mate van de aanwezige parese en of deze progressief was.

Nader onderzoek:

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande. (...)"

- 3.7. De op 28 oktober 2021 door verzoekster aangeleverde informatie betreft een verklaring van de behandelend fysiotherapeut van 12 mei 2020, waarin het volgende staat:

"(...) [Verzoekster] heeft sinds 4 maanden last van uitstralende pijn in haar been links. De pijn is gelocaliseerd aan de dorsale zijde van haar been, heeft tintelingen in de hele voet. De pijn is progressief en zeer hevig (NRS 9-10), begint nu ook pijn in haar rug te krijgen. Mevrouw is moedeloos van de pijn. Wordt geprovoceerd door hoesten en niezen. Geen kracht- of gevoelsverlies, geen blaasproblematiek.

Fysiotherapeutisch onderzoek

SLR +, WLR +, slump +, achillespeesreflex links verminderd, kracht ok, sensibiteit:ok

Fysiotherapeutische diagnose

Vermoedelijke HNP L5-S1

Behandeling

mckenzie, mobilisaties, dry needling hebben geen verbetering gebracht, klachten nemen alleen maar toe. (...)"

Verder bevat de aanvullende informatie de volgende verklaring van de behandelend neuroloog van 26 oktober 2021:

"(...) De parese van de voetheffers was 4/5 voetstrekkers 4/5. De parese toonde geen verbetering tussen 04/06 en 15/06 (progressief is de verkeerde vraag, de parese was duidelijk en werd niet beter.) En zou die zo blijven, waar het naar uit zag, was dat een handicap voor mevrouw! Daarenboven was de pijn ondanks morfine niet te harden! (...)"

- 3.8. Het Zorginstituut heeft bij brief van 15 december 2021, in reactie op de door verzoekster aangeleverde aanvullende informatie, in aanvulling op het voorlopig advies verklaard:

"(...) Het Zorginstituut heeft de aanvullende stukken voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

Aanvullende informatie

De aanvullende informatie bevat een brief van de fysiotherapeut d.d. 12 mei 2020 en een reactie van verweerder op de aanvullende stukken d.d. 25 november 2021.

Beoordeling

In de brief van de fysiotherapeut gedateerd op 12 mei 2020 staat benoemd dat verzoekster sinds 4 maanden klachten heeft. Het Zorginstituut ziet geen reden om aan te nemen dat dit een vergissing is. Het Zorginstituut merkt op dat de brief is opgesteld ten tijde van de verwijzing naar de huisarts en niet pas achteraf.

Destijds speelde de vergoedingskwestie nog niet. Het Zorginstituut gaat er dan ook van uit dat de fysiotherapeut de juiste informatie heeft aangeleverd en dat er sinds 4 maanden sprake was van bestaande klachten, met een pijnscore 9-10 uit 10 op de NRS-schaal⁷, waarop fysiotherapeutische behandeling onvoldoende effect had. Ook de pijnmedicatie voorgeschreven door de huisarts bracht geen verbetering van de klachten.

Vanwege de duur van de klachten sinds 4 maanden met onvoldoende effect van de ingezette behandeling (fysiotherapie en medicamenteuze behandeling), kan er volgens de geldende richtlijnen sprake zijn van een indicatie voor een operatie.

Indicatie voor een spoedoperatie

De richtlijnen geven twee situaties aan waarbij het aangewezen kan zijn om eerder te opereren dan de hierboven genoemde termijnen. Namelijk als er sprake is van:

- Ondraaglijke, niet op medicatie reagerende beenpijn (richtlijn LRS 2008); dan wel van bedlegerigheid ondanks opiaten (Verstandige keuzes bij een lage rughernia);
- Een cauda equina syndroom of een snel progressieve parese (richtlijn LRS 2008, NHG-standaard 2015); dan wel van een ernstige parese Medical Research Council (MRC) graad 3 of ernstiger (beweging die wel de zwaartekracht overwint, maar geen weerstand) (NHG-standaard 2015).

Gezien verzoekster op basis van de duur van de klachten en uitblijven van effect van conservatieve behandeling al redelijkerwijs was aangewezen op een operatie. De beoordeling of er sprake was van een indicatie voor een interventie bij een kortere klachtenduur op basis van de ernst van de klachten of op basis van de aanwezigheid van een cauda equina syndroom of een progressieve of ernstige parese is dan ook niet meer aan de orde.

Conclusie

Verzoekster was op basis van de duur van de klachten en uitblijven van effect van conservatieve behandeling aangewezen op een hernia operatie. De beoordeling of er sprake was van een indicatie voor een interventie bij een kortere klachtenduur op basis van de ernst van de klachten of op basis van de aanwezigheid van een cauda equina syndroom of een progressieve of ernstige parese is niet meer aan de orde.

Het advies

Verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op de hernia operatie. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de herniaoperatie, uitgevoerd te Keulen, Duitsland, te 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. Dit blijkt uit artikel 4.6.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en verblijf, en artikel 20 van Vo. nr. 883/2004, 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster is van mening dat de kosten van de herniaoperatie voor vergoeding in aanmerking moeten komen. Zij voldoet aan artikel 22 van de polisvoorwaarden. Verzoekster had een indicatie voor de ingreep en was hierop naar aard en omvang redelijkerwijs aangewezen.

Er is voldaan aan de termijn bedoeld in de door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom'. Verzoekster had al sinds juni 2018 pijnklachten die verband hielden met een (vermoedelijke) hernia. De pijnklachten bestonden, voordat tot chirurgische interventie is overgegaan, dus al langer dan 16-20 weken. Ondanks behandeling in de vorm van fysiotherapie en pijnstilling werd de pijn alsmaar erger. Uiteindelijk was de pijn zelfs met morfine ondraaglijk. Een herniaoperatie was daarom noodzakelijk. Zij kon hiervoor bij de behandelend neurochirurg op zeer korte termijn terecht. Sinds de operatie zijn de klachten verdwenen.

- 6.3. De gevraagde toestemming is verzoekster ten onrechte niet verleend. Zij voldoet aan alle voorwaarden die gelden voor vergoeding van de hernia-operatie, zodat zij deze, indien uitgevoerd in Nederland, vergoed had gekregen. Zij hoefde de toestemming niet af te wachten, omdat in Nederland geen tijdige behandeling beschikbaar was. De gemiddelde wachttijd voor een herniabehandeling bedroeg destijds ruim zeven weken. Een dergelijke wachttijd kan, gelet op de ondraaglijke pijn die verzoekster had en de beperkingen die zij ondervond, niet worden gekwalificeerd als tijdig. Voor zover verzoekster de hernia-operatie op korte termijn in Nederland had kunnen ondergaan, behoorde het tot de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar haar naar de betreffende zorgaanbieder te verwijzen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de herniaoperatie, uitgevoerd te Keulen. De toestemming is haar daarom terecht geweigerd. Op 16 juni 2020 was verzoekster niet redelijkerwijs aangewezen op de ingreep. Zij had op die datum geen indicatie voor een herniaoperatie. Uit de richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom' volgt namelijk dat internationale consensus bestaat om pas bij 16 tot 20 weken pijnklachten over te gaan tot chirurgische interventies. Chirurgische interventie heeft bij verzoekster eerder plaatsgevonden. Volgens genoemde richtlijn is sprake van een indicatie voor een spoedoperatie in geval van het caudasyndroom of bilaterale motorische/sensibele uitval van meerdere zenuwwortels met mictie- en defaectiestoornissen. Niet gebleken is dat deze situaties bij verzoekster aan de orde waren.
- 6.5. Uit het standpunt 'Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten' van het Zorginstituut (pagina 3) blijkt dat een hernia de eerste zes weken conservatief moet worden behandeld, tenzij een spoedindicatie of een relatieve indicatie aan de orde is. Bij de eerste indicatie kan worden gedacht aan verlamming en uitval van de blaas, en bij de tweede indicatie aan bedlegerigheid ondanks opiaten. Verzoekster had ten tijde van de aanvraag geen spoedindicatie of relatieve indicatie, terwijl de 'HNP specifieke klachten' nog geen zes weken bestonden. De klachten horende bij de Hernia Nuclei Pulposi (HNP) hebben zich tussen 12 mei 2020 en 16 mei 2020 geopenbaard. Vóór 12 mei 2020 was er geen aanwijzing voor het bestaan van een hernia, zodat de door de huisarts benoemde rugklachten vóór deze datum moet worden beschouwd als chronische aspecifieke lage rugpijn. Voorts was de zorg tijdig in Nederland beschikbaar. De gemiddelde wachttijd bedroeg ten tijde van de operatie vijf weken. Dit valt binnen de Treeknorm van zeven weken.
- 6.6. In reactie op de aanvullende informatie die verzoekster heeft overgelegd, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 25 november 2021 aangevoerd dat de verklaring van de fysiotherapeut lijkt te berusten op een verschrijving. Hij merkt op dat de klachten van uitstralende pijn sinds vier maanden zouden bestaan. Volgens de declaraties heeft verzoekster de fysiotherapeut echter voor het eerst gezien op 29 april 2020. Ook uit het journaal van de huisarts blijkt dat verzoekster op 13 mei 2020 enkele weken pijn in het been had. Tot slot spreekt ook het behandelplan van de behandelend arts in Duitsland van een verergering sinds drie weken. De fysiotherapeut meldt dat de pijn progressief en zeer hevig is en dat verzoekster tintelingen in haar voet voelt. Er wordt geen melding gemaakt van kracht- of gevoelsverlies en geen blaasproblematiek. Ook is niet vastgesteld dat verzoekster een klapvoet of parese zou hebben. Dit blijkt tevens niet uit de verwijzing van de huisarts op 9 juni 2020. De behandelend neuroloog deelt mee dat destijds geen parese van de voetheffers en de voetstrekkers 4/5 aanwezig was. Uit

de diagnosestelling en het behandelplan van 8 juni 2020 blijkt dat sprake was van een zwakte van de voetstrekkers. Er staat niet welke graad deze zwakte zou zijn. De ziektekostenverzekeraar blijft van oordeel dat geen spoedindicatie bestond.

Overwegingen commissie

- 6.7. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Duitsland - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. De vraag die allereerst moet worden beantwoord, is of de ingreep die verzoekster heeft ondergaan, onder de dekking van de zorgverzekering valt.
- 6.8. Een hernia-operatie zoals door verzoekster is ondergaan, behoort tot de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en voldoet daarnaast aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee is sprake van verzekerde zorg, en komt de vraag aan de orde of verzoekster redelijkerwijs op deze zorg was aangewezen. Hiertoe geldt dat in eerste instantie een conservatieve behandeling met pijnbestrijding en fysiotherapie moet plaatsvinden. Pas als deze behandeling onvoldoende effectief blijkt, kan een operatie worden overwogen. Dit kan ook eerder het geval zijn, namelijk als sprake is van acute klachten, zoals ondraaglijke beenpijn die niet met medicatie kan worden verminderd, bedlegerigheid ondanks opiaten of het cauda equina syndroom dan wel een snel progressieve parese. Het Zorginstituut heeft deze indicatiecriteria nader omschreven in zijn adviezen van 11 oktober 2021 en 15 december 2021. In het advies van 15 december 2021 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat de klachten van verzoekster dusdanig lang aanwezig waren, terwijl zij conservatief werd behandeld, dat een operatie was aangewezen. Het Zorginstituut is hierbij ook ingegaan op de laatste brief van de ziektekostenverzekeraar, waarin deze zijn twijfels heeft geplaast bij de duur van de klachten. De commissie ziet geen aanleiding het advies van het Zorginstituut niet te volgen, en neemt de conclusie hiervan daarom over. Dit leidt ertoe dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een herniaoperatie. Rest de vraag naar de hoogte van de te verlenen vergoeding.
- 6.9. Zoals hiervoor onder 6.7. is toegelicht, dient de zorgverzekeraar de in het kader van Vo. nr. 883/2004 gevraagde toestemming te verlenen als de zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland - of eventueel daarbuiten bij een daartoe gecontracteerde zorgaanbieder - beschikbaar is. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat het laatste in haar situatie aan de orde was, omdat de wachttijd voor een hernia-operatie destijds ruim zeven weken beliep. De commissie merkt hierover op dat verzoekster niet inzichtelijk heeft gemaakt waarop zij de door haar genoemde termijn heeft gebaseerd. Voorts is niet gebleken dat zij contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar in het kader van wachtlijstbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar heeft als verweer gevoerd dat de zorg binnen vijf weken in Nederland beschikbaar was. Hij heeft hiertoe een overzicht aangeleverd van de gemiddelde wachttijden in Nederland ten tijde van de ingreep, en heeft betoogd dat vijf weken binnen de Treeknorm van zeven weken ligt. Gelet hierop acht de commissie niet aannemelijk dat de zorg waarop verzoekster was aangewezen niet tijdig in Nederland beschikbaar was. Dit betekent dat de gevraagde toestemming in het kader van de verordening niet hoefde te worden verleend. Verzoekster heeft wel aanspraak op vergoeding van de kosten van de ingreep op basis van de zorgverzekering, dat wil zeggen met inachtneming van het Nederlandse tarief.
- 6.10. Gelet op artikel 1.5.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het Wmg-tarief. Indien geen Wmg-tarief bestaat, vergoedt de ziektekostenverzekeraar maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief. Verzoekster heeft aangevoerd dat het toepasselijke DBC-zorgproduct 131999284 is. Dit betreft een code uit het zogenoemde vrije segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Door de ziektekostenverzekeraar is hiertegen geen verweer gevoerd, zodat de commissie het genoemde

DBC- zorgproduct voor juist houdt. In 2021 betrof het hierbij behorende tarief € 3.517,14, zoals blijkt uit de lijst 'Tarieven niet-gecontracteerde zorg, Medisch-specialistische zorg 2021' van de ziektekostenverzekeraar. Deze lijst is te raadplegen via de website van de ziektekostenverzekeraar. De lijst voor het jaar 2020 is niet (meer) via de website beschikbaar. De ziektekostenverzekeraar heeft desgevraagd verklaard dat het bijbehorende tarief in dat jaar € 3.399,66 was. Verzoekster heeft aanspraak op vergoeding van dit bedrag, ten laste van de zorgverzekering.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
- (i) verzoekster een vergoeding te verlenen van € 3.399,66 voor de door haar ondergane herniaoperatie; en
 - (ii) verzoekster het entreegeld van € 37,- te vergoeden.

Zeist, 15 maart 2022,

H.A.J. Kroon

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>)

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 door een door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener (zie artikel 1.5). In de zorg geldt daarnaast de identificatieplicht.

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. De Zvw, het Besluit zorgverzekering 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 Zeker Polis is een naturaverzekering van Zorg en Zekerheid. Dit betekent dat u op basis van deze zorgverzekering recht heeft op zorg in natura. Met zorg in natura bedoelen wij dat u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgverlener.

1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

U heeft recht op zorg, of de 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.

1.5 Wie mag de zorg verlenen

1.5.1 Gecontracteerde zorgverlener

Zorg in natura wordt verleend door een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: dit heet een gecontracteerde zorgverlener.

Wanneer u zorg omschreven in rubriek B nodig heeft kunt u zich richten tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht met gecontracteerde zorgverleners vindt u op **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker**. Ook kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer (071) 5 825 825 of bezoek één van onze winkels.

De gecontracteerde zorgverlener ontvangt de vergoeding van de kosten van de geleverde zorg rechtstreeks van ons.

Voor de zorg genoemd in Rubriek B sluit Zorg en Zekerheid met zorgverleners contracten. In deze overeenkomsten maken wij afspraken over prijs, kwaliteit, doelmatigheid, de wijze van declareren en de voorwaarden waaronder zij de zorg kunnen verlenen.

Rubriek B Omvang dekking

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

5.1 Algemeen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- 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.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- een griepvaccinatie;
- medische keuringen.

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

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

5.2 Geneeskundige zorg bij specifieke patiëntgroepen

Waar heb ik recht op?

Het gaat om geneeskundige zorg voor (oudere) mensen met chronische, progressieve, degeneratieve aandoeningen en mensen met een verstandelijke beperking. Het vormt een aanvulling op hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. U heeft recht op:

- geneeskundige zorg door een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten;
- advies van een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten aan de huisarts, eventueel zonder dat u zelf bij deze artsen bent geweest.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op deze zorg als u voor verblijf en behandeling opgenomen bent in een zorginstelling (bijvoorbeeld ziekenhuis of eerstelijnsverblijf of een Wlz-instelling).

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient een verwijzing te zijn van de huisarts en bij kinderen met een verstandelijke beperking kan ook de kinderarts de verwijzer zijn.

Waar kunt u terecht?

Uw huisarts werkt vaak al samen met een specialist ouderengeneeskunde en een arts verstandelijk gehandicapten en weet waar u terecht kunt. Deze artsen kunnen in de huisartsenpraktijk werken, of bijvoorbeeld in het ziekenhuis of een verpleeghuis.

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, spoedeisendehulparts, verpleegkundig specialist, GGD-arts, arts infectieziekten, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, optometrist en orthoptist (kunnen alleen verwijzen naar de oogarts), klinisch fysicus-audioloog of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft of aangeboren afwijkingen bij de boreling, 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 één 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.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

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)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- 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.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- 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.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op:

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 verslapte 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 gehemeldespleten, 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 17.5 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.

Waar heb ik geen recht op?

- 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.

Sommige medisch-specialistische behandelingen zijn niet verzekerd in de basisverzekering. Voor enkele behandelingen heeft Zorg en Zekerheid een vergoeding opgenomen in een aantal van haar aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Medisch-specialistische hulp.

Tevens heeft Zorg en Zekerheid voor aanvullend verzekerden kortingsafspraken gemaakt bij een aantal medisch-specialistische centra. Voor meer informatie kunt u terecht op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (onder andere röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECG's). Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener, waarbij de uitslagen bij die betreffende zorgverleners terugkomen.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op eerstelijnsdiagnostiek wanneer deze wordt uitgevoerd:

- door de huisartsenpraktijk;
- door een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC);
- door een ziekenhuis of ZBC;
- door een verloskundige (zie artikel 7 voor de voorwaarden).

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient een aanvraag te zijn van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten voor alle eerstelijnsdiagnostiek.

In uitbreiding hierop mag de aanvraag ook gedaan worden door:

- de verloskundige voor een prenatale screening (zie verder artikel 7);
- de bedrijfsarts voor diagnostiek in verband met arbeidsrelevante aandoeningen;
- de GGD-arts voor individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

7.1 Prenatale screening

De prenatale screening valt onder de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Voor de hierna genoemde specifieke onderdelen van prenatale screening geldt dat de uitvoerende zorgverlener een overeenkomst moet hebben met één van de Regionale Centra voor Prenatale screening. Deze centra hebben een WBO-vergunning en definiëren de kwaliteitseisen waaraan de uitvoerende zorgverlener moet voldoen.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op een prenatale screening, de aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden. Deze screening omvat de volgende onderdelen:

- counseling door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap. Hiermee wordt bedoeld: het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening;
- structureel echoscopisch onderzoek (seo), ook wel aangeduid als de '20 wekenecho';
- combinatietest of een Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) uitsluitend als er sprake is van een medische indicatie.

Alle zwangere verzekerden die een combinatietest (bestaande uit een nekpluimmeting en bloedonderzoek) of een NIPT in Nederland of elders hebben ondergaan waarvan de uitslag "positief" is, hebben een indicatie voor vervolgonderzoeken zoals invasieve diagnostiek.

In sommige van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor een combinatietest voor vrouwen. Kijk voor onze vergoedingen op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

7.2 Bevalling en verloskundige zorg

U en uw kind hebben recht op geneeskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden. Het gaat dan zowel om de zorg die wordt gegeven vóór, als tijdens en na de bevalling. Bij bevalling kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

Bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een ziekenhuis

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- medisch-specialistische (verloskundige) zorg, als bedoeld in artikel 6, al dan niet in combinatie met behandeling en verpleging alsmede verblijf in het ziekenhuis. Dit geldt voor u en (met ingang van de dag van de bevalling) uw kind;
- verblijf bij u van het gezonde kind wegens borstvoeding, zolang Zorg en Zekerheid voor u vergoeding van de opname en behandelkosten is verschuldigd.

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;

- op verzoek van de verzekerde kan er een tegemoetkoming in de kosten voor logeren (maximaal € 75,00 per nacht) verstrekt worden in plaats van een vergoeding voor vervoer. Dit onder de voorwaarde dat de patiënt in aanmerking komt voor vervoer (dus onder een van de categorieën van de aanspraak ziekenvervoer valt) en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is. Voor de heen- en terugreis bestaat er bij logeren wel aanspraak op zittend ziekenvervoer.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

21.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik zittend ziekenvervoer aanvragen?

- als sprake is van genoemde indicaties dient u, wanneer (rolstoel)taxivervoer noodzakelijk is, contact op te nemen met de Vervoerslijn via telefoonnummer (071) 5 825 700 om de desbetreffende indicatie te melden;
- 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.

Wanneer u gebruik maakt van eigen of openbaar vervoer, wordt de aanspraak voor zittend ziekenvervoer achteraf aan de hand het declaratieformulier Eigen vervoer en openbaar vervoer en de afsprakenkaart getoetst. Voor vragen over eigen vervoer en openbaar vervoer kan de verzekerde contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825.

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van maximaal € 105,00 per verzekerde per kalenderjaar, de eigen bijdrage geldt niet voor:

- Verzekerden, die in een Wlz-instelling verblijven, als zij gebruik maken van ziekenvervoer vanuit de basisverzekering.
- Als een verzekerde naar een andere zorginstelling vervoerd moet worden, omdat de zorginstelling waar hij verblijft de medisch specialistische behandeling niet kan bieden;.
- de vergoeding van logeerkosten. Voor de heen- en terugreis bij logeren betaalt u wel de eigen bijdrage.

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

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (naar keuze):

- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De hoogte van de vergoeding vindt u in Rubriek A onder artikel 1.5 Als u toestemming van ons heeft gekregen voor de behandeling, krijgt u maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief vergoed. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- spoedeisende zorg: dit is medisch noodzakelijke zorg binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht, die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar het woonland. U krijgt bij spoedeisende zorg een vergoeding van de kosten tot maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;

- 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.

Let op! Het is mogelijk dat bijbetalingen van het betreffende land van toepassing zijn, bijvoorbeeld Belgische remgelden. Deze tellen wel mee voor het toepasselijke eigen risico of eigen bijdrage.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in deze polisvoorwaarden;
- de zorgverlener is bevoegd de zorg te verlenen in het betreffende land;
- de verwijzing naar een zorgverlener buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- 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 (opname van tenminste één nacht) heeft u voorafgaande toestemming nodig.

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:

- een gezondheidszorgpsycholoog;
- een psychotherapeut;
- een klinisch (neuro)psycholoog;
- verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren:
 - een kinder- en jeugdpsycholoog;
 - een orthopedagoog generalist.

Mocht u Generalistische Basis GGZ ontvangen in een GGZ-instelling dan kan de voorgaande lijst van regiebehandelaren aangevuld worden met:

- de verpleegkundig specialist GGZ;
- de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (als dementie de hoofddiagnose is);
- de verslavingsarts in profielregister KNMG (als verslaving en/of gokproblematiek de hoofddiagnose is).

Wat zijn de voorwaarden?

- de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden) zijn:
 - het vaststellen, mede beoordelen van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostiekfase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;
 - het opstellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;
 - het evalueren van de behandeling en als nodig bijstellen van het behandelplan.
- de zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut GGZ dat geregistreerd is bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl, dat voldoet aan het meest actuele model kwaliteitsstatuut GGZ.

Waar heb ik geen recht op?

De zorg omvat niet:

- de specialistische zorg bedoeld in artikel 23.2;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerder genoemde stoornis volgens DSM-5;

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	(eenmalig) maximaal € 200,00	(eenmalig) maximaal € 300,00

Artikel 3 Buitenland

3.1 Vaccinatie wegens voorgenomen verblijf in het buitenland

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje komen in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten moeten zijn gemaakt wegens een voorgenomen verblijf of tijdens het daadwerkelijke verblijf in het buitenland;
- het betreft tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje conform de geldende GGD-lijst en de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR), zie www.lcr.nl;
- het Reglement Farmaceutische zorg is ook hier van kracht, zie zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Welke kosten worden niet vergoed?

Laboratoriumonderzoeken, muggencrème en -olie zijn uitgesloten van vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De maximale vergoeding geldt voor de kosten van tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje samen.

	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Sure	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Gecontracteerde zorgverlener*	Geen vergoeding	100%	Maximaal € 80,00	100%
Niet-gecontracteerde zorgverlener	Geen vergoeding	Maximaal € 80,00	Maximaal € 80,00	Maximaal € 150,00

*Een lijst vindt u op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

3.2 Algemene voorwaarden voor vergoeding van de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheelkundige hulp en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland worden vergoed als:

- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheelkundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheelkundige hulp niet uitsluitend of mede het doel van het verblijf in het buitenland is;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;
- bij een ziekenhuisopname, in geval van een langdurige medische behandeling, bij meer dan twee poliklinische behandelingen en zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 5 825 444) of eventueel per e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (+31 70 3 147 040);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegestuurd.

De vergoeding is per kalenderjaar.

3.3 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kosten moeten zijn gemaakt gedurende vakantie- of zakenreis (inclusief ski- en langlaufsport), stage- of studieperiode.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal

- kostprijs in Europa;
- buiten Europa maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel Wmg-tarief in Nederland*.

*De vergoeding tot maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel het Wmg-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

Voor landen buiten Europa (zoals de Verenigde Staten) wordt aangeraden een reisverzekering af te sluiten met dekking voor geneeskundige kosten.

3.3.1 Geneeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor onderstaande geneeskundige kosten:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- (plaatselijk) medisch noodzakelijk ambulancevervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer terug naar de reguliere verblijfplaats in het buitenland;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi, eigen en openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,32 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;
- fysiotherapiebehandelingen van een chronische aandoening fysiotherapie, die reeds gestart zijn in Nederland;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal

- kostprijs in Europa;
- buiten Europa maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel Wmg-tarief in Nederland*.

* De vergoeding tot maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel het Wmg-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

3.3.2 Tandheelkundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige noodhulp op basis van kostprijs.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het moet gaan om kosten van tandheelkundige noodhulp.

Welke kosten worden niet vergoed?

Uitgesloten zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 345,00

3.3.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor medisch noodzakelijke repatriëring en de noodzakelijke toezending van geneesmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland van de zieke of gewonde verzekerde, respectievelijk overbrenging van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland;
- medisch noodzakelijke begeleiding bij de hiervoor vermelde repatriëring;
- de toezending van geneesmiddelen voor zover de douanebepalingen dit toelaten. De geneesmiddelen moeten dringend noodzakelijk zijn, niet verkrijgbaar zijn in het land van verblijf en op voorschrift van een arts worden verstrekt.

Tevens worden de repatriëring, de begeleiding en de toezending van geneesmiddelen, na vooraf verleende goedkeuring, door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale uitgevoerd.

Welke kosten worden niet vergoed?

Kosten van repatriëring op sociale (niet-medische) gronden, anders dan in geval van overbrenging van een stoffelijk overschot, worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal

100%

3.3.4 De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale***Wat wordt er vergoed?***

In aanmerking komen de kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft de kosten van organisatie en bemiddeling door de ANWB Alarmcentrale in verband met de volgende gebeurtenissen:

- ziekte, ongeval en overlijden;
- opname in een ziekenhuis;
- langdurige medische behandeling en meer dan tweemaal poliklinische behandeling door een arts of specialist;
- medisch noodzakelijke repatriëring van de verzekerde naar Nederland;
- toezending van geneesmiddelen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal

100%

3.4 Uitsluitingen***Welke kosten worden niet vergoed?***

Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/of kosten uit uw aanvullende verzekering voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:

- verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (zie www.minbuza.nl) of de ANVR;
- kosten die voortvloeien uit skispringen, skivliegen, skijöring, ski-alpinisme, tourskiën, gletsjerskiën, gletsjertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Als u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (declaraties@zorgenzekerheid.nl);
- kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielervedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden, sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding);
- als u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (declaraties@zorgenzekerheid.nl);
- kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
- kosten die verband houden met tandheelkundige zorg voor verzekerden met een AV-Basis, AV-Standaard, AV-Sure of AV-GeZZin Compact;
- kosten die verband houden met alternatieve zorg zowel behandelingen als medicatie;
- kosten die verband houden met paramedische zorg met uitzondering van de vooraf gemachtigde behandelingen;

- i. kosten vermeld op nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld. 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.

3.5 Zuurstof op vakantie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor zuurstof op vakantie per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 600,00

Artikel 4 Farmaceutische hulp

4.1 Anticonceptiva

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de huisarts of verloskundige.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten worden vergoed exclusief de eventuele GVS-eigen bijdrage;
- de anticonceptiva moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een gecontracteerde apotheker;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% vanaf 21 jaar (exclusief de GVS-eigen bijdrage)

4.2 Maagzuurremmers

Wat wordt er vergoed?

Maagzuurremmers die niet in de basisverzekering zijn opgenomen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de maagzuurremmers moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een gecontracteerde apotheker;
- maagzuurremmers worden vergoed uit de AV, als er sprake is van niet-chronisch gebruik;
- als er sprake is van chronisch gebruik, is er vergoeding voor de eerste vijftien dagen waarin de kosten voor eigen rekening komen;
- het gaat in dit geval alleen om maagzuurremmers die als zodanig geregistreerd staan;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het voorkeursbeleid en het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

(...)

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.

(...)

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:

(...)

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 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. (...)*”