

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202301481

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als erfgenaam van wijlen C., hierna te noemen: erflater, vertegenwoordigd door D te E,

en

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

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten die verband houden met de behandeling van erflater in Tunesië in 2022 alsnog volledig moet vergoeden.  
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij per abuis een deel van de kosten heeft vergoed, omdat erflater op het declaratieformulier had verklaard dat het spoedeisende zorg betrof. Later is gebleken dat het om planbare zorg ging. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de uitgekeerde vergoeding niet terug te vorderen. Voor het overige geldt dat van een deel van de gedeclareerde kosten geen nota is overgelegd, zodat alleen al om die reden de kosten niet kunnen worden vergoed. De gedeclareerde reiskosten vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering. En een deel van de gedeclareerde apotheeknota's heeft betrekking zelfzorgmiddelen, waarvoor op grond van de zorgverzekering geen vergoeding mogelijk is.
- 1.2. De commissie overweegt dat erflater naar Tunesië is gereisd om daar zorg af te nemen. Hij heeft geen gebruik kunnen of willen maken van de mogelijkheden die het verdrag biedt. Voor de commissie vormt dit een gegeven. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering had verzoeker voor planbare zorg, zoals hier aan de orde, een voorafgaande verwijzing nodig. Deze had hij echter niet. Daarom komen de kosten van de medisch specialistische zorg in Tunesië niet voor vergoeding in aanmerking op grond van de zorgverzekering. Dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten per abuis toch gedeeltelijk heeft vergoed, en de uitgekeerde vergoeding niet terugvordert, maakt het voorgaande niet anders.  
Bij de geneesmiddelen die door de ziektekostenverzekeraar niet zijn vergoed, gaat het onweersproken om zelfzorgmiddelen die niet zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en om die reden niet voor vergoeding in aanmerking komen. Fer Plus Sirop is wel opgenomen in het GVS, maar hiervan is niet gebleken dat dit aan erflater is voorgeschreven door een arts. Op dit middel bestaat daarom geen aanspraak ten laste van de zorgverzekering.  
De door erflater gedeclareerde reiskosten hebben betrekking op de overtocht per veerboot van Marseille (Frankrijk) naar Tunis (Tunesië) v.v.. Deze kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking, omdat niet is voldaan aan de geldende polisvoorwaarden.  
De gedeclareerde 'verblijfskosten' komen evenmin voor vergoeding in aanmerking, omdat geen sprake is geweest van een opname in het ziekenhuis. Daarnaast ontbreekt een nota van deze kosten.

Het verzoek wordt afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 10 februari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 maart 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 20 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 maart 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 18 april 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024011819) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 18 april 2024, aan partijen gestuurd.
- 2.4. 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 22 mei 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 23 mei 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 april 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 27 mei 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Erflater was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Gemeente Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Erflater verbleef van 4 mei 2022 tot en met 14 augustus 2022 in Tunesië. Hij heeft daar medische zorg genoten. De kosten hiervan heeft hij na terugkeer in Nederland gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 22 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflater meegedeeld dat een deel van de gedeclareerde kosten, te weten een bedrag van € 458,36, aan hem wordt vergoed. Op 5 april 2023 heeft een correctie plaatsgevonden, wat heeft geresulteerd in een nabetaling van € 10,71. Hiermee komt de vergoeding op totaal € 469,07.
- 3.4. Erflater heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 12 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflater meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Erflater is in januari 2024 overleden.
- 3.6. Bij brief van 18 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3.7. Bij brief van 27 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten die verband houden met de behandeling van erflater in Tunesië in 2022 alsnog volledig moet vergoeden.

4.2. Erflater is in Nederland van 13 april 2022 tot en met 21 april 2022 opgenomen geweest in een ziekenhuis op de afdeling cardiologie. Volgens verzoekster zag de behandelend cardioloog geen behandelopties meer. Erflater is daarom naar Tunesië gereisd om daar de behandeling voort te zetten. Verzoekster meent dat de hiervoor gemaakte kosten volledig moeten worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

In haar brief van 10 februari 2024 aan de commissie merkt verzoekster op dat de "poliklinische behandeling(en)/spoedopname" die erflater heeft ondergaan op 2 mei 2022 zijn gemeld bij de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat erflater door het Nederlandse ziekenhuis en de huisarts was opgegeven. Daarom is hij naar Tunesië gegaan en aldaar behandeld. Na deze behandeling was hij beter. Hij is vervolgens teruggekeerd naar Nederland. Later is hij in Nederland toch weer in het ziekenhuis opgenomen en daarna overleden. Verzoekster benadrukt dat erflater niet meer dan € 6.000,- aan kosten heeft geclaimd. Indien hij in Nederland zou zijn behandeld, hadden de kosten zeker € 18.000,- bedragen. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de huisarts en het ziekenhuis ervan op de hoogte waren dat erflater naar Tunesië zou gaan voor behandeling. Er is ook telefonisch contact geweest met de ziektekostenverzekeraar, dus die was op de hoogte.

Daarnaar door de commissie expliciet gevraagd heeft verzoekster verklaard dat er geen verblijfskosten zijn gedeclareerd, omdat werd verbleven bij familie. Gevraagd naar de verwijzing heeft verzoekster verwijzen naar de brief van het ziekenhuis aan de huisarts van 21 april 2022.

#### 5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft met het gecorrigeerde declaratieoverzicht van 5 april 2023 de door erflater gedeclareerde kosten van totaal € 5.944,12 gedeeltelijk vergoed. De vergoeding bedraagt € 469,07. In de heroverweging van 12 april 2023 licht de ziektekostenverzekeraar toe dat erflater op het declaratieformulier had vermeld dat de kosten waren gemaakt voor spoedeisende zorg in het buitenland. Daarnaast heeft hij op het formulier vermeld dat het vóór zijn vertrek al bekend was dat hij in het buitenland een medische behandeling moest ondergaan, dat men hem in Nederland niet meer wilde helpen, en dat hij om die reden genoodzaakt was naar Tunesië te reizen. De ziektekostenverzekeraar heeft achteraf vastgesteld dat de ingediende nota's ten onrechte waren beoordeeld als betrekking hebbend op spoedeisende zorg. Er was echter geen sprake van spoedeisende zorg, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden. Het betrof planbare zorg. Erflater is immers naar Tunesië afgereisd om daar een behandeling te ondergaan. Planbare zorg in het buitenland komt alleen voor vergoeding in aanmerking als daarvoor een verwijzing is van de huisarts of de behandelend medisch specialist in het woonland. Uit de beschikbare stukken blijkt niet dat erflater hierover beschikte. De verleende vergoeding van € 469,07 was dus ten onrechte. Deze vergoeding zal echter niet worden teruggevorderd.

5.2. In de brief van 14 november 2023 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat spoedeisende zorg in artikel 22 van de voorwaarden van de zorgverzekering aldus wordt omschreven "*medisch noodzakelijke zorg binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht, die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar het woonland.*" Hieraan is in de situatie van erflater niet voldaan. Door de ten onrechte vergoeding

van eerder genoemd bedrag kan bij erflater niet het vertrouwen zijn gewekt, dat de afgewezen onderdelen van de declaratie alsnog voor vergoeding in aanmerking zouden komen. Zo is het gedeclareerde bedrag van € 2.027,98 niet vergoed, omdat dit de nota van de reiskosten betreft. Deze reiskosten (van Nederland naar Tunesië) vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering.

Het gedeclareerde bedrag van € 3.183,52 (TND 10.300.000) betreft de 'verblijfskosten' die zijn vermeld in de opsomming van gemaakte zorgkosten die door erflater zijn gedeclareerd. Het is niet duidelijk of sprake is geweest van een opname in een zorginstelling gedurende 103 dagen. Ook is niet aangetoond dat erflater was aangewezen op een opname. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat voor een intramurale opname in het buitenland zijn voorafgaande toestemming nodig is, en deze is niet verleend. Tot slot is er geen nota overgelegd die betrekking heeft op de gedeclareerde verblijfskosten.

De overige kosten die niet zijn vergoed, hebben betrekking op geneesmiddelen die niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen, of waarvan geen nota is overgelegd.

- 5.3. In zijn brief van 20 maart 2024 aan de commissie verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de argumenten die hij eerder heeft aangevoerd. Daarnaast gevraagd licht hij toe dat hij in zijn contactenregistratie geen contacten heeft geregistreerd met of namens erflater in de periode rond 2 mei 2022. De ziektekostenverzekeraar heeft ook navraag gedaan bij de alarmcentrale. Deze is evenmin bekend met een melding door of namens erflater.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er geen verwijzing bekend is van een arts uit Nederland voor behandeling in het buitenland. De brief van 21 april 2022 van het ziekenhuis aan de huisarts is niet als een verwijzing aan te merken. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat er geen contact is geweest door of namens erflater met hem of de alarmcentrale over de behandeling in Tunesië. In het voorlopige advies van het Zorginstituut is vermeld dat één middel, dat niet is vergoed, mogelijk onder de aanspraak valt. De ziektekostenverzekeraar heeft echter geen bewijs ontvangen dat dit middel door een arts aan erflater was voorgeschreven. Daarom komt ook dit middel niet voor vergoeding in aanmerking.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 18 april 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **"Beoordeling**

*De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch, medisch en juridisch beoordeeld.*

#### Geneesmiddelen kosten

*Erflater heeft in Tunesië de volgende geneesmiddelen gebruikt: Taurimax Energie Immédiate, Fer Plus Sirop, Doppelherz® aktiv Diabévit, Aktiv Harmonivit en Dermacare Pruri-Calme.*

*Taurimax Energie Immédiate, Doppelherz® aktiv Diabévit, Aktiv Harmonivit en Dermacare Pruri-Calme zijn producten die niet zijn opgenomen in het GVS. Deze producten komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.*

*Fer Plus Sirop kan voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering, indien het op recept van een arts is verkregen. Als het middel op eigen initiatief is verkregen, bestaat geen aanspraak op vergoeding. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet vast te stellen op welke wijze erflater Fer Plus Sirop heeft verkregen. Voor dit middel kan niet vastgesteld worden of aanspraak bestaat op vergoeding vanuit de basisverzekering.*

#### Reis- en verblijfskosten

*Uit de declaratie (d.d. 10 november 2022) blijkt dat verzoekster om vergoeding vraagt voor de verblijfskosten gedurende 103 dagen. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet vast te stellen of sprake is geweest van een opname van 103 dagen. In het dossier is geen factuur van een opname aanwezig. Het Zorginstituut merkt hierbij op dat verschillende medische onderzoeken hebben plaatsgevonden in Tunesië: bloed- en urineonderzoek, beeldvormend medisch*

onderzoek en bloeddrukmetingen. Deze onderzoeken kunnen tijdens een opname zijn verricht, maar een opname is daarvoor niet noodzakelijk. Hieruit kan niet geconcludeerd worden dat sprake is geweest van een opname.

Daarnaast heeft verzoekster om vergoeding van de reiskosten naar Tunesië gevraagd. Het Zorginstituut merkt op dat reiskosten geen onderdeel uitmaken van het basispakket. Deze kosten kunnen niet vergoed worden ten laste van de basisverzekering.

### **Conclusie**

De gemaakte reis- en verblijfskosten kunnen niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht. De producten Taurimax Energie Immédiate, Doppelherz® aktiv Diabévit, Aktiv Harmonivit en Dermacare Pruri-Calme zijn niet opgenomen in het GVS en komen ook niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Het is onduidelijk of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van het middel Fer Plus Sirop.

### **Het advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De kosten die verband houden met de behandeling van erflater in Tunesië maken geen onderdeel uit van het basispakket, met uitzondering van het middel Fer Plus Sirop. Dit middel kan voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering, indien het op recept van een arts verkregen is."

## **7. Bevoegdheid van de commissie**

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 4.6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 5.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## **8. Beoordeling**

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, farmaceutische zorg, ziekenvervoer, en verblijf zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Voorts is het van belang zijnde artikel uit het verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Tunesië inzake sociale zekerheid hierin weergegeven. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### *Zorgverzekering*

- 8.2. Erflater is naar Tunesië gegaan om daar zorg af te nemen. Op grond van artikel 12 e.v. van het verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Tunesië inzake sociale zekerheid bestaat recht op verstrekkingen in geval van tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat wanneer de gezondheidstoestand van betrokkene deze verstrekkingen onmiddellijk noodzakelijk maakt. Het moet worden vastgesteld dat erflater van de mogelijkheden die het verdrag biedt geen gebruik heeft kunnen of willen maken. Voor de commissie vormt dit een gegeven. Dit betekent dat de eventuele aanspraak op vergoeding moet worden bepaald aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 8.3. Op grond van artikel 6 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van medisch specialistische zorg. Artikel 22 van deze voorwaarden regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. In beide artikelen is bepaald dat een voorafgaande verwijzing nodig is van bijvoorbeeld de huisarts. Artikel 6 vermeldt dat in het geval van acute

zorg een verwijzing niet noodzakelijk is. In artikel 22 is opgenomen dat voor zorg in het buitenland geldt dat de verwijzing naar een zorgverlener in het buitenland alleen mag geschieden door de behandelend huisarts of medisch specialist in het woonland.

Erflater heeft op het declaratieformulier van 26 januari 2023 zowel de vraag of sprake was van spoedeisende zorg als de vraag of dat vóór het vertrek bekend was dat hij een medische behandeling in het buitenland moest ondergaan met "ja" beantwoord. In artikel 22 van de voorwaarden van de zorgverzekering is spoedeisende zorg als volgt gedefinieerd: "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." Uit het dossier blijkt dat erflater naar Tunesië is gereisd om daar zorg af te nemen. Er was dus geen sprake van een klacht die optrad tijdens zijn verblijf aldaar en die binnen 24 uur moest worden behandeld. Aangezien het ging om planbare zorg, had erflater hiervoor - gelet op voornoemd artikel 22 - een voorafgaande verwijzing nodig van de behandelend huisarts of medisch specialist in Nederland. Uit het dossier is niet gebleken dat erflater een dergelijke verwijzing had. Ter zitting heeft de commissie verzoekster gevraagd naar de verwijzing. Zij heeft hierop verwezen naar de ontslagbrief van het ziekenhuis aan de huisarts van 21 april 2022. Deze brief is echter niet aan te merken als een verwijzing voor zorg in Tunesië. Er wordt immers enkel opgemerkt dat erflater de wens heeft om nog een reis naar Tunesië te maken. Daarom komen de kosten van de medisch specialistische zorg in Tunesië niet voor vergoeding in aanmerking op grond van de zorgverzekering. Dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten per abuis toch gedeeltelijk heeft vergoed, en de uitgekeerde vergoeding niet terugvordert, maakt het voorgaande niet anders.

Verzoekster heeft in dit kader nog aangevoerd dat de "poliklinische behandeling(en)/ spoedopname" die erflater heeft ondergaan op 2 mei 2022 zijn gemeld bij de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden en verklaard dat een dergelijke melding noch bij hem noch bij de alarmcentrale bekend is. Aangezien de stelplicht en eventuele bewijslast ter zake bij verzoekster rust, en zij haar stelling niet heeft onderbouwd met bewijsstukken, kan niet worden vastgesteld dat een dergelijke melding heeft plaatsgevonden. De hiervoor getrokken conclusie blijft daarom onveranderd.

- 8.4. Erflater heeft ook kosten van geneesmiddelen die hij in Tunesië ter hand gesteld heeft gekregen gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft een deel van de kosten vergoed. In zijn brief van 14 november 2023, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de kosten die niet zijn vergoed betrekking hebben op zelfzorgmiddelen. Erflater - en nadien verzoekster - heeft dit niet weersproken. Daarom gaat de commissie uit van de juistheid hiervan. In artikel 19.2, sub e, van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat zelfzorgmiddelen alleen voor vergoeding in aanmerking komen als deze langdurig worden gebruikt op voorschrift van een arts en het middel is opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het GVS. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut blijkt dat de middelen Taurimax Energie Immédiate, Doppelherz® aktiv Diabévit, Aktiv Harmonivit en Dermacare Pruri-Calme niet zijn opgenomen in het GVS. Daarom komen deze zelfzorgmiddelen niet voor vergoeding in aanmerking. Het middel Fer Plus Sirop is wel opgenomen in het GVS en kan dus voor vergoeding in aanmerking komen. Uit het dossier is echter niet gebleken dat erflater dit middel heeft gebruikt op voorschrift van een arts. Daarom bestaat geen aanspraak op vergoeding van Fer Plus Sirop ten laste van de zorgverzekering.
- 8.5. Erflater heeft op 10 november 2022 een bedrag van TND 10.300.000 gedeclareerd als zijnde 'verblijfskosten'. De zorgverzekering biedt dekking voor de kosten van verblijf in verband met geneeskundige zorg. Op het declaratieformulier van 26 januari 2023 heeft erflater verklaard dat het hier de kosten van het verblijf in een ziekenhuis betreft en dat sprake was van een opname. Erflater noch verzoekster heeft evenwel een (ziekenhuis)nota overgelegd waarop deze 'verblijfskosten' betrekking hebben. Zo verblijfskosten zijn gemaakt en vergoeding hiervan is gevraagd (aan het begin van de zitting is te kennen gegeven dat dit laatste niet het geval is, omdat is verbleven bij familie), heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding hiervan terecht afgewezen.

- 8.6. Erflater heeft voorts een bedrag van € 2.027,98 gedeclareerd als 'reiskosten'. Uit de overgelegde nota blijkt dat dit de kosten zijn van de overtocht per veerboot van Marseille (Frankrijk) naar Tunis (Tunesië) v.v.. Artikel 21.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering biedt dekking voor ziekenvervoer op medische indicatie. Hiervoor geldt dat het moet gaan om medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar en van een zorgverlener of zorginstelling over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer. Daarnaast geldt dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding hiervan als betrokkene behoort tot één van de in het artikel aangewezen categorieën van patiënten dan wel valt onder de zogenoemde hardheidsclausule. Er is niet gebleken van een medische indicatie voor ziekenvervoer. Daarnaast was erflater niet langdurig aangewezen op het vervoer. Voornoemde nota van € 2.027,98 komt daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 8.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking van de door erflater gedeclareerde kosten. Daarom kunnen de kosten niet op grond van deze verzekering worden vergoed.

#### *Slotsom*

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### 9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 juni 2024,

A.I.M. van Mierlo

### **Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering



## 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 fysisch-audioloog of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft of aangeboren afwijkingen bij de boreling, door een verloskundige. In het geval dat het tandheelkunde of orthodontie betreft te verlenen door een kaakchirurg, is een verwijzing noodzakelijk van een 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. Wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18. 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. U kunt de 'Voorwaardelijk toegelaten behandelingen' inzien op [zorginstituutnederland.nl](http://zorginstituutnederland.nl).

### 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 complexe longrevalidatie 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 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 gehemertespleten, 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/polisvoorwaarden](http://zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). 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 huidplooiën 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](http://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](http://zorgenzekerheid.nl)

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.

#### Waar heb ik geen recht op?

MRI diagnostiek op voorschrift van de huisarts wordt niet vergoed als de NHG-richtlijnen hier geen noodzaak voor geeft.

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

### 6.6 Vergoeding verblijf bij CAR-T-celtherapie

Wanneer u in een expertziekenhuis onder behandeling bent voor CAR-T-celtherapie is het noodzakelijk dat u in week 3 en 4 van de behandeling binnen 60 minuten van een expertziekenhuis verblijft. Wanneer u niet binnen deze straal woonachtig bent dient u tijdelijk elders te verblijven. Dit mag in een hotel of vakantiewoning zijn. De aanwezigheid van een mantelzorger is hierbij voldoende.

#### Waar heeft u recht op?

Vergoeding van verblijfskosten in week 3 en 4 van de CAR-T-celtherapie. De hoogte van de vergoeding voor uw verblijf is € 77,50 per nacht.

#### Waar heeft u geen recht op.

Vergoeding van de verblijfskosten van de mantelverzorger.

## 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';
- counselinggesprek voor de 13 weken echo;
- NIPT uitsluitend als er sprake is van een medische indicatie;
- alle zwangere verzekerden die een NIPT in Nederland of elders hebben ondergaan waarvan de uitslag "positief" is, hebben een indicatie voor vervolgonderzoeken zoals invasieve diagnostiek.

## Artikel 19 Farmaceutische zorg

### 19.1 Farmaceutische zorg

#### Waar heb ik recht op?

U heeft recht op farmaceutische zorg conform het Besluit en de Regeling zorgverzekering en het Reglement Farmaceutische zorg zoals terug te vinden is op [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](https://www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). Deze zorg omvat levering van geneesmiddelen en advies en begeleiding zoals apothekers, apotheekhoudende huisartsen en overige medisch gespecialiseerde leveranciers (hierna: apotheker) die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Sommige zorg, zoals een farmaceutisch consult of medicatie beoordelingsgesprek, wordt apart en dus naast de verstrekking van het geneesmiddel bij Zorg en Zekerheid in rekening gebracht. Deze apothekers staan ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet.

Hier valt onder:

- de terhandstelling van een geneesmiddel waar een recept voor vereist is en dat daadwerkelijk aan u is afgeleverd;
- de terhandstelling en een begeleidingsgesprek voor een geneesmiddel dat voor u nieuw is en waar een recept voor vereist is. Dit geldt voor een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm dat niet eerder aan u ter hand is gesteld, of wanneer dit twaalf maanden of langer geleden voor het laatst aan u ter hand is gesteld;
- terhandstelling door middel van een geïndividualiseerde distributievorm (GDV) indien het voor u noodzakelijk is om uw geneesmiddelen via een geïndividualiseerde distributievorm zoals een medicatierol of weekcassette voor een periode van een of meerdere weken te ontvangen. De apotheker toetst in dit kader of sprake is van noodzakelijke en doelmatige zorg;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een geneesmiddel waar een recept voor vereist is. Maximaal één instructie per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik;
- beoordeling van medicatie van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik op basis van medische-, farmaceutische- en patiëntinformatie. U heeft aanspraak op maximaal één beoordeling per jaar, tevens is deze vrijgesteld van uw eigen risico;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek wanneer daadwerkelijk een persoonlijk gesprek over de (gewijzigde) medicatie heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en in verband met ontslag uit het ziekenhuis indien er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden op het moment dat de behandeling in het ziekenhuis aanvangt of direct na stoppen van de behandeling.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden. Artikel 1.5 is ook van toepassing op geneesmiddelen en terhandstellingsgesprek.

### 19.2 Geneesmiddelen

#### Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- a. de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen zoals opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en voor zover deze zijn aangewezen door Zorg en Zekerheid;
- b. de vergoeding van merkloze geneesmiddelen. Zodra het patent van het merkgeneesmiddel verloopt komen er vergelijkbare merkloze geneesmiddelen (generieke geneesmiddelen) op de markt. Vanaf dat moment – en dit kan ook gedurende het jaar zijn – heeft u uitsluitend recht op vergoeding van het merkloze geneesmiddel of het aangewezen voorkeursgeneesmiddel. De vergoeding van de voorkeursgeneesmiddelen zoals opgenomen in het Reglement Farmaceutische zorg van Zorg en Zekerheid is beschikbaar op onze website en wordt maandelijks geactualiseerd op [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](https://www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. De geneesmiddelen binnen deze groepen zijn onderling uitwisselbaar. Bij geneesmiddelen binnen een productcategorie met dezelfde werkzame stof, sterkte en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Zorg en Zekerheid zijn aangewezen. Dit zijn de voorkeursgeneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen voorkeursgeneesmiddelen zijn aangewezen en welke voorkeursgeneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Reglement farmaceutische zorg van Zorg en Zekerheid. De meest actuele lijst met voorkeursgeneesmiddelen is beschikbaar op onze website. In de loop van 2022 kan Zorg en Zekerheid één of meer voorkeursgeneesmiddelen aanwijzen of veranderen. Welke voorkeursgeneesmiddelen dit betreft kunt u vinden op [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](https://www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). U heeft uitsluitend aanspraak op deze voorkeursgeneesmiddelen. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm vergoeden wij niet;
- c. bij hoge uitzondering kan het voorkomen dat de behandeling met het aangewezen voorkeursgeneesmiddel óf het generieke (merkloze) middel voor u medisch niet verantwoord is. In dat geval kunt u op basis van medische noodzaak in aanmerking komen voor de vergoeding van het meest doelmatige, niet aangewezen geneesmiddel. Uw arts dient hiertoe op het recept te vermelden dat er sprake is van “medische noodzaak” en

moet de reden daarvan ook kunnen onderbouwen. Zo kan het zijn dat er aangetoond is dat bijvoorbeeld een hulpstof (niet de werkzame stof) in één of meerdere merkloze geneesmiddelen zodanige effecten bij u veroorzaakt, dat uw voorschrijver het voor u medisch niet verantwoord vindt om deze geneesmiddelen te gebruiken. Uw apotheker kiest dan op basis van het recept én de toelichting van uw arts welk meest doelmatige geneesmiddel aan u wordt meegegeven. Indien de apotheker twijfelt aan de onderbouwing van de medische noodzaak zal deze contact opnemen met uw arts. Indien er dan nog twijfel bestaat over de medische noodzaak, kan de apotheker door middel van het formulier 'Verzoek herbeoordeling medische noodzaak' contact opnemen met Zorg en Zekerheid voor een second opinion;

#### Voorkeursgeneesmiddelen en eigen risico

Zorg en Zekerheid kan de lijst met voorkeursgeneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U kunt de meest recente lijst vinden in het Reglement Farmaceutische zorg op [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](http://zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). De voorkeursgeneesmiddelen vallen niet ten laste van uw verplicht en vrijwillig eigen risico.

Voor de dienstverlening van de apotheek geldt het eigen risico wel. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor de terhandstelling van een geneesmiddel en de begeleiding bij het gebruik van nieuwe geneesmiddelen.

Gebruikt u vanwege 'medische noodzaak' een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel of indien het voorkeursgeneesmiddel niet beschikbaar is ('logistieke noodzaak' bij bijvoorbeeld geneesmiddelentekorten) dan komen de geneesmiddelen wel ten laste van uw eigen risico.

Gebruikt u een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel dan dient de apotheek dit rechtstreeks bij Zorg en Zekerheid te declareren. U hoeft deze geneesmiddelen niet zelf in de apotheek te betalen.

- d. de vergoeding van geneesmiddelen in overige groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen, die niet onder het voorkeursbeleid vallen. Valt uw geneesmiddel binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen, waarvoor Zorg en Zekerheid geen voorkeursgeneesmiddel heeft aangewezen? Dan heeft u recht op een maximale vergoeding gebaseerd op de laagste prijs van het merkloze (generieke) geneesmiddel binnen de betreffende geneesmiddelengroep met een bandbreedte van 3%;
- e. de vergoeding van maagzuurremmers en zelfzorggeneesmiddelen bij chronisch gebruik, mits deze zijn opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Deze geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door uw arts. Het recept moet de volgende elementen bevatten:
  - u langer dan zes maanden op het betreffende geneesmiddel bent aangewezen;
  - u het betreffende geneesmiddel voorgeschreven krijgt om een chronische aandoening te behandelen;
  - het betreffende geneesmiddel voor u geen nieuwe medicatie is.
 De eerste vijftien dagen komen de kosten van het gebruik van chronische zelfzorggeneesmiddelen, waarover het gaat in dit artikel, voor uw eigen rekening. Het voorkeursbeleid is ook van toepassing op de vergoeding van deze geneesmiddelengroepen. Dit betekent dat Zorg en Zekerheid voor enkele groepen onderling uitwisselbare zelfzorggeneesmiddelen een voorkeursgeneesmiddel aanwijst. De overige geneesmiddelen binnen dezelfde groep met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm worden niet vergoed;
- f. apotheekbereide geneesmiddelen op recept, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub a van de Geneesmiddelenwet, wanneer er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is en voor zover het rationele farmacotherapie is. Een apotheekbereiding kan door uw apotheek gemaakt worden of de apotheek bestelt deze bij een andere apotheek. In het laatste geval wordt het een doorgeleverde apotheekbereiding genoemd. Doorgeleverde bereidingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel vergoed wordt uit de basisverzekering en rationele farmacotherapie is vastgesteld. Uw arts en apotheker worden hierover op de hoogte gesteld middels een lijst op [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl).
- g. doorgeleverde apotheekbereidingen conform lid b van dit artikel en vallend binnen een productcategorie met onderling uitwisselbare apotheekbereidingen. Voor deze groep geldt een maximale vergoeding aan de zorgaanbieder, die is gebaseerd op de laagste prijs zoals vermeld in de openbare apotheekprijslijst, met een bandbreedte van 3% van de laagste prijs. De maximale prijs kan niet hoger zijn dan de bereidingskosten als de apotheek zelf de medicatie maakt;
- h. een geneesmiddel zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, en bereid in Nederland bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning, voor zover het rationele farmacotherapie is;
- i. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar zijn ingevoerd binnen Nederland en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- j. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, dat in de handel is in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland is

gebracht (geïmporteerd geneesmiddel), indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een in Nederland geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;

- k. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet.

#### *Wat zijn de voorwaarden?*

- a. tenzij Zorg en Zekerheid anders heeft afgesproken met een apotheker, dienen de geneesmiddelen te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dienen deze ter hand gesteld te worden door een apotheker;
- b. voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en is mogelijk vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. De voorwaarden ten aanzien van de geneesmiddelen in Bijlage 2 kunt u terug vinden op de ZN site, waar ook de betreffende formulieren beschikbaar zijn gesteld: [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl). Geneesmiddelen vallend onder Bijlage 2 groep 4, worden vermeld in het Reglement Farmaceutische Zorg. Aan de hand van een ingevulde artsenverklaring door uw voorschrijver, toetst de apotheek direct of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. De artsenverklaring dient u tegelijk met het recept in bij de apotheek of kunt u uit privacyoverwegingen rechtstreeks naar Zorg en Zekerheid sturen. Indien vooraf toestemming is vereist zal uw voorschrijver toestemming voor behandeling aan Zorg en Zekerheid vragen.
- c. per voorschrift van een geneesmiddel bestaat slechts aanspraak op farmaceutische zorg voor een periode van:
- maximaal vijftien dagen of de kleinste handelsverpakking voor een nieuw geneesmiddel;
  - minimaal drie maanden en voor maximaal twaalf maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (te bepalen door de voorschrijver) die niet meer kosten dan € 1.000,00 inclusief btw per maand. Indien het een geneesmiddel betreft dat is opgenomen in de Opiumwet – benzodiazepinen, hypnotica, anxiolytica – dan bestaat per voorschrift aanspraak voor een periode van maximaal één maand. Dit geldt niet voor geneesmiddelen uit de groep antidepressiva en geneesmiddelen bij ADHD;
  - maximaal één maand indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,00 inclusief btw bedragen of de kleinste handelsverpakking indien de kosten per handelsverpakking meer dan € 1.000,00 inclusief btw bedragen, tenzij anders is overeengekomen met de apotheker. Met uitzondering van verblijf in het buitenland tot maximaal drie maanden of indien sprake is van geneesmiddelen voor de behandeling van HIV;
  - redenen om geneesmiddelen voor een kortere periode te leveren zijn beperkte houdbaarheid van het geneesmiddel of het geneesmiddel is beperkt beschikbaar (bijvoorbeeld bij geneesmiddelentekorten);
  - voor anticonceptiva heeft u alleen de eerste keer een recept nodig. Indien het orale anticonceptiva betreft: levering van maximaal twaalf maanden. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn drie maanden;
  - voor insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig;
  - bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase), geldt in principe een maximale periode van vijftien dagen. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafpraak worden gemaakt;
  - minimaal één maand voor alle andere gevallen

#### *Waar heb ik geen recht op?*

- a. u heeft geen recht op farmaceutische zorg die geen verzekerde zorg is zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering;
- voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen;
  - advies farmaceutische zelfzorg;
  - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
  - advies ziekterisico bij reizen;
  - preventieve reisgeneesmiddelen en reisivaccinaties.
- b. geneesmiddelen voor onderzoek zoals bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- c. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door VWS is aangewezen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- d. geneesmiddelen als bedoeld in art 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten;
- f. de vergoeding van sommige combinatieproducten. Een combinatieproduct bevat meerdere werkzame stoffen in een toedieningsvorm (tablet/inhalator). Dan worden in dit geval alleen de losse geneesmiddelen van de betreffende werkzame stoffen (bijvoorbeeld in aparte tabletten) vergoed. Gedurende het jaar kan Zorg en



Zekerheid wijzigingen doorvoeren, deze zijn te vinden op de website op [zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden](http://zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden).

#### *Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

- voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste van de zorgverzekeraar. Deze informatie is te vinden op: [zorgzekerheid.nl/geneesmiddelen](http://zorgzekerheid.nl/geneesmiddelen);
- voor geneesmiddelen vallend in groep 4 Bijlage 2 die gedurende het jaar worden toegevoegd aan Bijlage 2 geldt een toestemmingsvereiste van Zorg en Zekerheid vanwege het stellen van bijkomende voorwaarden. Wanneer geen toestemming nodig is vermelden wij dit in het Reglement Farmaceutische Zorg te vinden op [zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden](http://zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden).

#### *Moet ik een eigen bijdrage betalen?*

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Daarbij stelt de minister ook de maximale vergoedingsprijs per geneesmiddel vast. Wanneer de prijs van het geneesmiddel hoger is dan deze maximale vergoedingsprijs, moet u het deel van de kosten boven het vastgestelde maximum zelf betalen. Dit deel is uw eigen bijdrage en is gemaximeerd op € 250,00 per kalenderjaar. De minister van VWS bepaalt of er een maximum geldt of dat de hoogte van het maximum wordt gewijzigd, hetgeen gevolgen heeft voor uw eigen bijdrage. De kosten van de eigen bijdrage van geneesmiddelen boven dit bedrag worden door Zorg en Zekerheid vergoed. De eigen bijdrage telt niet mee voor het verplicht of vrijwillig eigen risico. Als uw verzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage naar rato van het aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar loopt.

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

### 19.3 Dieetpreparaten

#### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) voor medisch gebruik en het daarbij behorende advies en de begeleiding, als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis heeft;
- jonger dan twee jaar bent, met een koemelkeiwitallergie, vastgesteld met een provocatietest;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft;
- op het dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

U heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:

- de eerste levering met startpakket met daarin – indien dit therapeutisch mogelijk is – meerdere smaken voor maximaal twee weken. Wanneer de verbruiksperiode korter is dan twee weken, wordt de duur van het startpakket daarop aangepast;
- eventuele (automatische) vervolgafliveringen zijn voor maximaal één maand;
- de levering van dieetvoeding vindt plaats per stuk of per kleinste handelsverpakking;
- de aflevering van dieetpreparaten en/of toedieningssysteem inclusief toebehoren vindt plaats op het huisadres van de verzekerde, binnen 24 uur na bestelling.

#### *Wat zijn de voorwaarden?*

- het landelijke ZN-formulier voor dieetpreparaten dient te zijn ingevuld door een diëtist of (huis)arts en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan. De zorgaanbieder kan het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten terugvinden op [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl);
- sondevoeding dient te worden geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier;
- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

#### *Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:

- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie zonder dat een provocatietest is uitgevoerd;
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie voor kinderen van 2 jaar of ouder;
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie in een hoeveelheid van meer dan 1000 ml per dag;
- de vergoeding van dieetpreparaten na één maand;
- de vergoeding van zuigelingenvoeding na één maand.

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

## Artikel 20 Hulpmiddelen

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De omvang van de aanspraak of vergoeding van hulpmiddelen wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen.

In het Reglement Hulpmiddelen zijn onder meer bepalingen te vinden over:

- het in eigendom dan wel in bruikleen verstrekken van het hulpmiddel;
- de eventueel benodigde verwijzing met vermelding van de indicatie en, indien een verwijzing nodig is, van wie deze verwijzing afkomstig moet zijn;
- de eventueel benodigde voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid (met betrekking tot eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- de minimale gebruikstermijn van het hulpmiddel;
- de maximale gebruiksnormen in het geval van verbruiksmiddelen;
- de maximale vergoedingen en wettelijke eigen bijdragen;
- aan welke kwaliteitseisen de zorgaanbieder moet voldoen die het hulpmiddel levert.

Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via [zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden](http://zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden). Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

### *Wat zijn de voorwaarden?*

Het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid.

### *Waar heb ik geen recht op?*

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

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

## Artikel 21 Ziekenvervoer

### 21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:

- ambulancevervoer, hiervan is sprake bij vervoer per ambulance, waarbij medische zorg onderweg noodzakelijk is;
- ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar vervoer, (rolstoel)taxi of (eigen) auto waarbij medische zorg onderweg niet noodzakelijk is.

### 21.2 Ambulancevervoer

#### *Waar heb ik recht op?*

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

#### *Wat zijn de voorwaarden?*

Het betreft ambulancevervoer:

- a. naar een ziekenhuis, een persoon bij wie of een zorginstelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een zorginstelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;
- c. naar een persoon bij wie of een zorginstelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;



- d. vanuit een Wlz-instelling naar een ziekenhuis, zorgverlener of andere zorginstelling:
  - bij wie of waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
  - voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt.
- e. naar uw woning (of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen) indien u komt van een zorgverlener of zorginstelling, zoals bedoeld onder a t/m d.

#### *Wat moet ik nog meer weten?*

Het ambulancevervoer 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 Ziekenvervoer op medische indicatie

#### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op medisch noodzakelijk ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse), vervoer per (eigen) auto of (rolstoel)taxi. Het dient hierbij te gaan om ziekenvervoer 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.

Vergoeding van openbaar vervoer wordt vastgesteld op basis van de kortste route en de genoemde prijs op 9292.nl

#### *Wat zijn de voorwaarden?*

- u komt uitsluitend in aanmerking voor ziekenvervoer als u voldoet aan een van de voorwaarden omschreven onder 'Wat zijn de voorwaarden?' in artikel 21.2 en als:
  - a. u nierdialyse moet ondergaan;
  - b. u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
  - c. u naar en van consulten, onderzoek en controles moet gaan die voor de hierboven in sub a en b genoemde behandelingen noodzakelijk zijn;
  - d. u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en de hardheidsclausule van toepassing is. Wanneer u voldoet aan de hardheidsclausule valt ook het ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling hieronder;
  - e. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
  - f. uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. Dit wordt bepaald aan de hand van de richtlijnen van de beroepsgroep;
  - g. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
  - h. u geriatrische revalidatiezorg ontvangt;
  - i. u dagbehandeling als onderdeel van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking moet ondergaan vallend onder Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP).

#### *Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

- voor ziekenvervoer per (rolstoel)taxi dient u vooraf schriftelijk toestemming te hebben verkregen van Zorg en Zekerheid. Daarvoor dient u het ziekenvervoer aan te vragen zoals omschreven in artikel 21.4;
- als het ziekenvervoer per openbaar vervoer, (rolstoel)taxi of (eigen) auto niet mogelijk is kan aan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming worden gevraagd voor ziekenvervoer door middel van een ander middel van vervoer;
- voor een tegemoetkoming in de kosten voor logeren heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming nodig.

#### *Wat moet ik nog meer weten?*

- de vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,32 per kilometer. De vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de 'kortste route' volgens de ANWB routeplanner ([www.anwb.nl/verkeer/routeplanner](http://www.anwb.nl/verkeer/routeplanner));
- kosten voor openbaar vervoer (laagste klasse) worden vergoed op basis van de kortste gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de kortste route en de genoemde prijs voor de laagste klasse (tweede klasse) in 9292.nl;
- het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, als begeleiding medisch 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. Indien u gebruikt wilt maken van een begeleider, dient u vooraf toestemming aan te vragen;
- de verzekerde kan een beroep doen op de hardheidsclausule als hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op 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 € 77,50 per nacht) verstrekt worden in plaats van een vergoeding voor ziekenvervoer. Een vergoeding voor logeren is uitsluitend mogelijk indien u voldoet aan de gestelde voorwaarden onder punt 21.3 en het ziekenvervoer van en naar een instelling ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is. Voor de heen- en terugreis bestaat er bij logeren wel aanspraak op vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer.

Om de doelmatigheid van het (rolstoel)taxivervoer te vergroten is het mogelijk dat u in combinatie met anderen wordt vervoerd. Om het ziekenvervoer zo aangenaam mogelijk te laten verlopen maken wij afspraken met onze vervoerder omtrent het gecombineerd vervoer (denk hierbij aan omrijdtijden en ophaaltijden)

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 ziekenvervoer

##### *Hoe kan ik ziekenvervoer aanvragen?*

Als u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 21.3 dan kunt u ziekenvervoer op de volgende manier aanvragen:

- wanneer (rolstoel)taxivervoer noodzakelijk is, kunt u toestemming vragen door contact op te nemen met de Vervoerslijn via telefoonnummer (071) 5 825 700. De medewerker van de Vervoerslijn zal telefonisch beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Indien u toestemming heeft gekregen van de Vervoerslijn om gebruik te maken van (rolstoel)taxi kunt u contact opnemen met Zorgvervoercentrale Nederland (ZCN), telefoonnummer (010) 280 81 88, om het (rolstoel)taxivervoer te bestellen;
- het is niet vereist om vooraf toestemming aan te vragen voor een vergoeding in de kosten van eigen of openbaar vervoer indien u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 21.3.

Als u niet voldoet aan de gestelde voorwaarden onder artikel 21.3, maar u wenst op grond van de hardheidsclausule in aanmerking te komen voor ziekenvervoer, dan kunt u een aanvraag hiervoor indienen met behulp van het aanvraagformulier 'Ziekenvervoer' ([zorgzekerheid.nl/brochures](http://zorgzekerheid.nl/brochures)).

Wanneer u een tegemoetkoming in de kosten voor het logeren wilt aanvragen, kunt u gebruikmaken van het aanvraagformulier 'Logevergoeding' ([zorgzekerheid.nl/brochures](http://zorgzekerheid.nl/brochures)).

#### 21.5 Eigen bijdrage ziekenvervoer

##### *Moet ik een eigen bijdrage betalen?*

Voor de kosten van ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van maximaal € 111,00 per verzekerde per kalenderjaar.

De eigen bijdrage geldt niet voor:

- het vervoer van en naar zorginstellingen die gefinancierd worden op grond van de zorgverzekering of de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz). Het betreft het ziekenvervoer van de Wlz-instelling waar u bent opgenomen naar de zorginstelling waar u een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ondergaat, alsmede de terugreis naar uw Wlz-instelling;
- het vervoer van en naar instellingen die op grond van de bijzondere ziektekostenverzekering worden gefinancierd. Het betreft het vervoer van de Wlz-instelling waar u bent opgenomen naar een persoon of instelling waar u een tandheelkundige behandeling op grond van de bijzondere ziektekostenverzekering ondergaat, alsmede de terugreis naar uw Wlz-instelling;
- het vervoer zoals genoemd onder a en b is noodzakelijk omdat het specialistisch onderzoek, de specialistische behandeling of de tandheelkundige behandeling niet geboden kan worden in de Wlz-instelling waar u verblijft;
- de vergoeding van logeerkosten. Let op: voor het ziekenvervoer voor de heen- en terugreis bij logeren betaalt u wel de eigen bijdrage.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor de eigen bijdrage voor ziekenvervoer. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen in artikel 14.3.

#### 21.6 Wijze van declareren ziekenvervoer of logeren

##### *Hoe kan ik de kosten declareren?*

Voor het achteraf declareren van de kosten als sprake is van eigen vervoer, openbaar vervoer of logeren, dient u het declaratieformulier 'vervoers- en logeerkosten' in te vullen. Bij dit declaratieformulier dient u de afsprakenkaart, en in het geval van openbaar vervoer ook de nota's, mee te sturen naar Zorg en Zekerheid. Op basis van deze gegevens wordt de aanspraak op ziekenvervoer en/of logevergoeding getoetst.

Voor inzendtermijnen zie de voorwaarden onder 4.1.1 onder e. Voor vragen over ziekenvervoer of de logeervergoeding kunt u contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825.

## 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

### Waar heb ik recht op?

U heeft recht op Geestelijke Gezondheidszorg zoals psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar.

### Wat zijn de voorwaarden?

- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk of GGZ instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar ten minste en aantoonbaar voldoet aan de voor de complexiteit van de betreffende problematiek geldende (opleidings-)vereisten en (overige) competenties zoals in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie [www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut](http://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut)) voorgeschreven;
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk of GGZ instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar alle aan hem/haar opgelegde taken en verantwoordelijkheden vanuit het geldende Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ aantoonbaar en in zijn volledigheid uitvoert;
- bij een GGZ instelling kan gebruik worden gemaakt van medebehandelaars. Een medebehandelaar is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder coördinatie van de regiebehandelaar uit te voeren;
- er moet sprake zijn van een GGZ instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces heeft;
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar de behandeling en het zorgproces geheel of voor het grootste gedeelte zelf uitvoert;
- uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de lijst consult registrerende beroepen of in de lijst beroepen curatieve GGZ van Zorg en Zekerheid, kunnen taken als medebehandelaar vervullen. Beide lijsten kunt u vinden op [zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten](http://zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten);
- de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgverlener. Voor thuisbehandeling wordt een

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
  - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreeerde geneesmiddelen;
  - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
  - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
  - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreeerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreeerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreeerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
  - a. een geregistreeerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
  - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreeerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

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

## Artikel 2.4

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

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

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

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

## Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
  - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
  - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
    - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
    - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
    - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
    - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
    - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
  - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
  - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
  - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
  - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
  - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen,

geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;  
e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

#### **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.
4. De vergoeding voor verblijf als bedoeld in het eerste lid dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg bedraagt een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag.

#### **Artikel 2.14**

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
  - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
  - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
  - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
  - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
  - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig



- uur per dag van zorg in de nabijheid;
- f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c;
  - g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
  3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
  4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
  5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
  6. Indien een verzekerde is aangewezen op vervoer als bedoeld in het eerste of derde lid, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen vergoeding voor kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor kosten van vervoer.

---

# Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Tunesië inzake sociale zekerheid, Tunis, 22-09-1978

---

## Artikel 14

1. Een werknemer die aan de door de wettelijke regeling van een Verdragsluitende Partij gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, heeft, tijdens een verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, recht op verstrekkingen, wanneer zijn gezondheidstoestand deze verstrekkingen onmiddellijk noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer die recht heeft op prestaties voor rekening van een orgaan van een van de Verdragsluitende Partijen, en die woont op het grondgebied van bedoelde Partij, behoudt dit recht wanneer hij zijn woonplaats overbrengt naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij. Alvorens zijn woonplaats over te brengen, heeft de werknemer evenwel de toestemming nodig van het bevoegde orgaan. De toestemming kan alleen worden geweigerd indien de verplaatsing nadelig is voor zijn gezondheidstoestand of voor het ondergaan van een medische behandeling.
3. Wanneer een werknemer, overeenkomstig het bepaalde in de voorgaande leden, recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen voor rekening van het bevoegde orgaan verleend door het orgaan van de woon- of verblijfplaats volgens de bepalingen van de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van verlening van de verstrekkingen; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend, is echter gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de in het eerste en tweede lid van dit artikel bedoelde gevallen worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde orgaan daartoe machtiging verleent.

Met de goedkeuring van de bevoegde autoriteiten van de Verdragsluitende Partijen stellen de verbindingsorganen bedoeld in het administratief akkoord voor de toepassing van het Verdrag een lijst op van verstrekkingen waarop dit lid van toepassing is.

5. In de in het eerste en tweede lid van dit artikel bedoelde gevallen worden de uitkeringen door het bevoegde orgaan volgens de bepalingen van de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling verleend. Deze uitkeringen mogen door bemiddeling van het orgaan van de woon- of verblijfplaats voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend overeenkomstig de door de bevoegde autoriteiten in een administratief akkoord voor de toepassing van het Verdrag vast te stellen regels.
6. Wat de verstrekkingen betreft, is het bepaalde in het eerste tot en met het vierde lid van dit artikel van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de werknemer.
7. Het bepaalde in het eerste en het zesde lid van dit artikel is niet van toepassing op personen die zich begeven naar het grondgebied van de Verdragsluitende Partij anders dan het bevoegde land ten einde medische hulp te ontvangen.
8. Wat de omvang en de wijze van verlening van verstrekkingen betreft, kunnen de bevoegde autoriteiten van de Verdragsluitende Partijen in onderlinge overeenstemming vaststellen dat andere bepalingen worden toegepast dan die welke in het derde lid van dit artikel zijn vermeld.