

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, liesbreuk, hoogte vergoeding, zittend
ziekenvervoer
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.13 en 2.14 Bzv, 2.1 Rzv, art.
20 Verordening (EG) 883/2004, artt. 25 en 26 Verordening (EG) 987/2009
Zaaknummer : 202100309
Zittingsdatum : 11 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist;
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft met zijn brief van 26 november 2021 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 14 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 maart 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 maart 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 april 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022010489) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 april 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Hiervan hebben zij geen gebruik gemaakt.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker heeft op 17 maart 2022 schriftelijk verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk op 30 maart 2022 schriftelijk verklaard te willen worden gehoord, maar heeft op 11 april 2022 telefonisch alsnog meegedeeld hiervan af te zien. De commissie beslist derhalve op basis van de in het geding gebrachte stukken.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker was bekend met een liesbreuk en wenste hiervoor een operatie te ondergaan in Duitsland. Hiervoor heeft verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvullende informatie bij verzoeker opgevraagd. Bij brief van 27 juli 2020 heeft verzoeker de gevraagde informatie, te weten de verwijzing van de huisarts, het behandelplan en de kostenbegroting, aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 30 juli 2020 aan verzoeker meegedeeld dat de gevraagde operatie kan worden vergoed op grond van de sociale ziektekostenverzekering van Duitsland of op grond van de zorgverzekering. In dit verband is aan verzoeker een zogenoemd S2-

formulier verstrekt waarmee hij zich tot de Duitse zorgaanbieder kon wenden. Verder is vermeld dat de vergoeding op grond van de zorgverzekering maximaal € 1.734,48 bedraagt.

- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 augustus 2020 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Niet is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar op deze brief heeft gereageerd.
- 3.5. Verzoeker heeft de operatie op 16 december 2020 ondergaan. De kosten hiervan (€ 2.584,59) zijn door de zorgaanbieder met de factuur van 17 december 2020 bij verzoeker in rekening gebracht. Bij brief van 21 december 2020 heeft verzoeker deze factuur bij de ziektekostenverzekeraar ingediend en gevraagd om de toegezegde vergoeding.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 23 december 2020 aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een vergoeding wordt toegekend van € 1.734,48. Hiervan is een bedrag van € 270,56 verrekend met het eigen risico, zodat € 1.463,92 aan verzoeker is uitgekeerd.
- 3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 januari 2021 aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.8. Nadien heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen tussen partijen bemiddeld. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar een zogenoemd tarifieringsverzoek ingediend bij het uitvoeringsorgaan van de Duitse sociale ziektekostenverzekering. De uitkomst hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 oktober 2021 met de Ombudsman gedeeld. Hieruit volgt dat verzoeker op grond van de Duitse sociale ziektekostenverzekering recht heeft op een vergoeding van € 1.162,65. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat verzoeker op basis hiervan niet in aanmerking komt voor een aanvullende vergoeding, omdat aan hem op grond van de zorgverzekering reeds een hogere vergoeding is toegekend.
- 3.9. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat het tarief dat door hem is genoemd in zijn beslissing van 30 juli 2020 niet overeenkomt met het bedrag dat op de tarievenlijst van de ziektekostenverzekeraar is vermeld. Dit is door de ziektekostenverzekeraar erkend, waarna hij bij brief van 10 november 2021 aan verzoeker heeft meegedeeld dat een aanvullende vergoeding wordt toegekend van € 43,76.
- 3.10. In het voorlopig advies van 11 april 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het volgende verklaard:
"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

DBC-Zorgproduct

De indicatie voor de in Duitsland uitgevoerde liesbreuk operatie staat niet ter discussie. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding. Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreeerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld. Verweerder is uitgegaan van DBC-zorgproduct 110401022 (code 15B428). Het DBC-zorgproduct heeft als consumentenomschrijving: "Enkelzijdige open operatie bij een liesbreuk". Dit is een bij de uitgevoerde operatie passende DBC-zorgproduct.

Ziekenvervoer

Verzoeker heeft bij verweerder een aanvraag voor de vergoeding van ziekenvervoer voor de uitgevoerde liesbreuk operatie in Duitsland ingediend. Uit de voorliggende informatie blijkt dat de reisafstand van verzoeker meer is dan 200 km enkele reis, namelijk 778 km. Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in de regelgeving. Verzoeker behoort voorts niet tot de in artikel 2.14, lid 1, van het Bzv genoemde groepen die aanspraak kunnen maken op vergoeding van vervoer. Verder komt verzoeker niet in aanmerking voor vergoeding op basis van de in het derde lid geregelde hardheidsclausule.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproduct 110401022 (code 15B428) met de consumentenomschrijving: "Enkelzijdige open operatie bij een liesbreuk" passend is. Verder kan worden geconcludeerd dat verzoeker geen recht heeft op vergoeding van de kosten van het ziekenvervoer van meer dan 200 km, enkele reis, omdat hij niet voldoet aan de voorwaarden. (...)"

4. Het geschil

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

(i) de ziektekostenverzekeraar aan hem een vergoeding moet toekennen van € 2.584,59 voor de operatie die hij in Duitsland heeft ondergaan;

(ii) de ziektekostenverzekeraar aan hem een vergoeding moet toekennen van € 471,30 voor de reiskosten die hij heeft gemaakt in verband met de behandeling in Duitsland.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg en zittend ziekenvervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit Verordening (EG) 883/2004 en Verordening (EG) 987/2009 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een te lage vergoeding heeft toegekend voor de liesbreukoperatie via de 'Shouldice methode' die hij in Duitsland heeft ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft de hoogte van de vergoeding gebaseerd op 70% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, zoals dat in Nederland geldt. De ziektekostenverzekeraar gaat er daarbij echter aan voorbij dat de operatie die hij heeft ondergaan niet in Nederland wordt aangeboden, zodat hiervoor ook geen tarief is bepaald. Dat volgens de ziektekostenverzekeraar ooit iemand in Tilburg dezelfde behandeling heeft ondergaan, kan verzoeker niet overtuigen. Mocht de behandeling daar overigens al worden aangeboden, dan begrijpt hij niet dat de ziektekostenverzekeraar hem hierop niet eerder heeft gewezen. Gelet op het voorgaande is verzoeker van mening dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de operatie (€ 2.584,59) en de gemaakte reiskosten (€ 471,30) moet vergoeden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de aanvraag van verzoeker voor de operatie in Duitsland heeft goedgekeurd. Op dat moment is aan verzoeker de keuze geboden de zorgkosten te laten vergoeden op grond van de Duitse sociale ziektekostenverzekering, in welk verband aan hem een S2-formulier is verstrekt, of op basis van de zorgverzekering, in welk geval - zo is ook aan verzoeker meegedeeld - de vergoeding maximaal € 1.734,48 zou bedragen. Bij brief van 21 december 2020 heeft verzoeker een declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en expliciet verzocht om de maximale vergoeding die op grond van de zorgverzekering geldt. Nadien is gebleken dat voornoemd bedrag niet juist is en dat de maximale vergoeding € 1.778,24 betreft,

welk bedrag - onder verrekening van een deel van het eigen risico - ook aan verzoeker is voldaan. Overigens leidt de ziektekostenverzekeraar uit de declaratie van verzoeker af dat hij geen beroep wilde doen op de Duitse sociale ziektekostenverzekering.

Anders dan verzoeker stelt heeft hij geen recht op volledige vergoeding van de kosten van zorg, omdat de operatie die hij heeft ondergaan niet (tijdig) in Nederland beschikbaar zou zijn. De desbetreffende operatie wordt namelijk ook aangeboden in het ziekenhuis in Tilburg. Evenmin is aan verzoeker toegezegd dat hij recht had op volledige vergoeding van de zorgkosten. Verder is niet verzocht om zorgbemiddeling, zodat er voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding bestond verzoeker te wijzen op eventuele behandelmogelijkheden in Nederland.

Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor de reis- en verblijfkosten die verzoeker heeft gemaakt, met name omdat niet aan de zogenoemde hardheidsclausule wordt voldaan.

Overwegingen commissie

- 6.4. Verzoeker wenste zich voor een operatie te wenden tot een zorgaanbieder in Duitsland. In die situatie is sprake van geplande zorg. Op grond van artikel 20 van de Verordening (EG) 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Duitsland - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 juli 2020 aan verzoeker toestemming gegeven voor de operatie in Duitsland op grond van artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004 en daarbij aan hem een zogenoemd S2-formulier verstrekt. Op basis van dit formulier kon de Duitse zorgaanbieder de kosten van de operatie rechtstreeks declareren bij het uitvoeringsorgaan van de Duitse sociale ziektekostenverzekering. Als het S2-formulier niet wordt gebruikt, of wordt geweigerd door de zorgaanbieder en hierdoor zorgkosten voor rekening van de verzekerde blijven, bepaalt artikel 26, lid 6, jo. artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 welke mogelijkheden er in dat geval zijn tot vergoeding. De eerste mogelijkheid is dat de verzekerde zich met het verzoek om vergoeding rechtstreeks richt tot het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering van de andere EU-lidstaat, in dit geval Duitsland. De tweede mogelijkheid is dat de verzekerde de kosten declareert bij het bevoegde uitvoeringsorgaan in het eigen land, in dit geval de ziektekostenverzekeraar. In dat geval kan de ziektekostenverzekeraar de zorgkosten vergoed op basis van het tarief zoals dat in de andere EU-lidstaat wordt toegepast óf op grond van de zorgverzekering. In het laatste geval geldt wel expliciet de eis dat de verzekerde hiermee moet instemmen. Deze instemming is niet vereist als vast staat dat de sociale ziektekostenverzekering van de andere EU-lidstaat geen dekking biedt voor de zorg die de verzekerde daar heeft ontvangen.
- 6.6. Verzoeker heeft ervoor gekozen de voor zijn rekening gebleven zorgkosten te declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Niet is gebleken dat verzoeker ermee heeft ingestemd dat de eventuele vergoeding hiervan uitsluitend wordt gebaseerd op de zorgverzekering. Daarnaast stond niet op voorhand vast dat de desbetreffende zorg niet onder de dekking van de Duitse sociale ziektekostenverzekering valt. Dit heeft tot gevolg dat verzoeker, overeenkomstig artikel 25, lid 5, van Verordening (EG) 987/2009 recht heeft op vergoeding van de zorg overeenkomstig de dekking van de Duitse sociale ziektekostenverzekering. Om na te gaan of, en tot welk bedrag de Duitse sociale ziektekostenverzekering dekking biedt, is het aan de ziektekostenverzekeraar een zogenoemd tarifieringsverzoek in te dienen bij het Duitse uitvoeringsorgaan. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar gedaan, waarna het desbetreffende uitvoeringsorgaan heeft verklaard dat de vergoeding van de operatie op grond van de Duitse sociale ziektekostenverzekering € 1.162,65 bedraagt.

- 6.7. Hoewel verzoeker, in het kader van artikel 25 van Verordening (EG) 987/2009, niet expliciet heeft ingestemd met een vergoeding op basis van de zorgverzekering, neemt dit niet weg dat hij na tarifiering aanspraak kan maken op een aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering. Althans, voor zover toepassing van de Nederlandse voorwaarden en tarieven leidt tot een hoger te vergoeden bedrag en rekening houdend met een eventuele eigen bijdrage en het wettelijk verplicht eigen risico. In dit verband overweegt de commissie het volgende.
- 6.8. In artikel 3.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering is vermeld wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde aanspraak heeft op medisch specialistische zorg. In dit artikel is tevens vermeld dat de vergoeding is beperkt tot 80% van het in Nederland gemiddeld gecontracteerde tarief als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit laatste is in het geval van verzoeker aan de orde. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat om die reden een vergoeding aan verzoeker is toegekend van € 1.734,48, later aangepast in een bedrag van € 1.778,24, welk bedrag, zo staat vast, door de ziektekostenverzekeraar aan de verzoeker is voldaan, onder verrekening van een bedrag van € 270,56 met het eigen risico 2020. Gesteld noch gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar de hoogte van de vergoeding onjuist heeft vastgesteld, terwijl het Zorginstituut in het voorlopig advies bovendien opmerkt dat de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code heeft gehanteerd.
- 6.9. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker op grond van artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004 jo. artikel 25 lid 5 van Verordening (EG) 987/2009 recht op een vergoeding van € 1.162,65 en op grond van de zorgverzekering recht op een aanvullende vergoeding van € 615,59 (= € 1.778,24 - € 1.162,65). Op deze aanvullende vergoeding is het wettelijk verplicht eigen risico van toepassing. Gesteld noch gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar de hoogte van het in rekening gebrachte eigen risico (€ 270,56) onjuist heeft vastgesteld. Dit betekent dat verzoeker geen recht heeft op een hogere of andere vergoeding voor de operatie in Duitsland dan reeds aan hem is toegekend door de ziektekostenverzekeraar.
- 6.10. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, met name dat hij niet begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar hem er niet op heeft gewezen dat hij de behandeling ook had kunnen ondergaan in een Nederlands ziekenhuis, treft geen doel. Verzoeker heeft er zelf voor gekozen de behandeling in Duitsland te ondergaan en heeft hiertoe een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Het is dan aan de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag te beoordelen. Verzoeker had bij de ziektekostenverzekeraar om zorgbemiddeling kunnen verzoeken. Vaststaat dat verzoeker dit niet heeft gedaan.
- 6.11. Verzoeker heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van zijn reiskosten. In artikel 3.22.2 van de zorgverzekering is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer. Hieruit volgt dat het moet gaan om vervoer van en naar een zorgaanbieder over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer, voor zover de verzekerde:
- nierdialyses moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
 - oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
 - zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - zijn gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - 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 24 uur per dag van zorg in de nabijheid;
 - gebruikmaakt van geriatrische revalidatiezorg.

Als een verzekerde niet aan een van de voorwaarden genoemd onder a. t/m e. voldoet, kan ook aanspraak bestaan op vervoerskosten als sprake is van behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, vallend onder de dekking van deze zorgverzekering, in verband waarmee de verzekerde langdurig is aangewezen op vervoer. Bovendien moet het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor hem tot een onbillijkheid van overwegende aard leiden. Dit wordt de 'hardheidsclausule' genoemd.

- 6.12. Verzoeker behoort niet tot één van de patiëntengroepen als hiervoor beschreven onder a t/m e. Evenmin voldoet verzoeker aan de 'hardheidsclausule'. In zijn geval is namelijk geen sprake van de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, waardoor hij langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer. Dit betekent dat verzoeker geen recht heeft op vergoeding van de door hem gemaakte reiskosten op grond van de zorgverzekering. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 11 april 2022.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 mei 2022

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.13

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

Artikel 2.14

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

f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c;
g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.

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

2. Het bevoegde orgaan van de lidstaat waarvan de wetgeving op een persoon van toepassing wordt op grond van titel II van de basisverordening, stelt het orgaan dat is aangewezen door de bevoegde autoriteit van de lidstaat waarvan de wetgeving het laatst op die persoon van toepassing was, in kennis van de datum waarop de toepassing van de wetgeving ingaat.

Artikel 21

Verplichtingen van de werkgever

1. Een werkgever die zijn statutaire zetel of vestiging buiten de bevoegde lidstaat heeft, dient alle verplichtingen na te komen

waarin de op zijn werknemers toepasselijke wetgeving voorziet, met name de verplichting tot het betalen van de in die wetgeving bedoelde premies en bijdragen, alsof hij zijn statutaire zetel of vestiging in de bevoegde lidstaat zou hebben.

2. Een werkgever die geen vestiging heeft in de lidstaat waarvan de wetgeving van toepassing is en de werknemer kunnen overeenkomen dat de werknemer de verplichtingen van de werkgever inzake de betaling van premies en bijdragen voor rekening van deze laatste nakomt, zonder afbreuk te doen aan de onderliggende verplichtingen van de werkgever. De werkgever brengt een dergelijke regeling ter kennis van het bevoegde orgaan van die lidstaat.

TITEL III

BIJZONDERE BEPALINGEN VOOR VERSCHILLENDE CATEGORIEËN UITKERINGEN

HOOFDSTUK I

Prestaties bij ziekte, en moederschaps- en daarmee gelijkgestelde vaderschapsuitkeringen

Artikel 22

Algemene toepassingsbepalingen

1. De bevoegde autoriteiten of organen zien erop toe dat alle noodzakelijke informatie betreffende de procedures en voorwaarden voor de toekenning van verstrekkingen ter beschikking van de verzekerden wordt gesteld wanneer zulke verstrekkingen worden ontvangen op het grondgebied van een andere lidstaat dan die van het bevoegde orgaan.

2. Onverminderd artikel 5, onder a), van de basisverordening kunnen de kosten van verstrekkingen in de zin van artikel 22 van de basisverordening, respectievelijk de artikelen 23 tot en met 30 van de basisverordening, slechts dan ten laste komen van een lidstaat, indien de verzekerde op grond van de wetgeving van die lidstaat een aanvraag voor een pensioen heeft ingediend, respectievelijk een pensioen ontvangt.

Artikel 23

Toe te passen stelsel als er in het land van de woon- of verblijfplaats meer dan één stelsel bestaat

Indien de wetgeving van de lidstaat van de woon- of verblijfplaats voor meer dan één categorie verzekerden meer dan één verzekeringsstelsel voor ziekte en moederschap of vaderschap kent, worden voor de toepassing van artikel 17, artikel 19, lid 1, en de artikelen 20, 22, 24 en 26 van de basisverordening de bepalingen van de wetgeving met betrekking tot het algemeen stelsel voor werknemers gevolgd.

Artikel 24

Woonplaats in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 17 van de basisverordening zijn de verzekerde en/of zijn gezinsleden verplicht zich te laten inschrijven bij het orgaan van de woonplaats. Hun recht op verstrekkingen in de lidstaat van de woonplaats blijkt uit een verklaring die door het bevoegde orgaan op verzoek van de verzekerde of op verzoek van het orgaan van de woonplaats is verstrekt.

2. Het in lid 1 bedoelde document blijft geldig totdat het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats in kennis stelt van de intrekking ervan.

Het orgaan van de woonplaats stelt het bevoegde orgaan in kennis van iedere inschrijving overeenkomstig lid 1 en van iedere wijziging of schrapping daarvan.

3. Dit artikel is van overeenkomstige toepassing op de in de artikelen 22, 24, 25 en 26 van de basisverordening bedoelde personen.

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

A) Procedure en draagwijdte van het recht

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.

2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.

3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.

B) *Procedure en regelingen voor de rechtstreekse betaling en/of vergoeding van verstrekkingen*

4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.

5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.

Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.

6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.

8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.

9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.

C) *Gezinsleden*

10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 26

Geplande geneeskundige verzorging

A) *Toestemmingsprocedure*

1. Voor de toepassing van artikel 20, lid 1, van de basisverordening wordt door de verzekerde een door het bevoegde orgaan verstrekt document aan het orgaan van de verblijfplaats overgelegd. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bevoegd orgaan verstaan het orgaan dat de kosten van de geplande behandeling voor zijn rekening neemt; in de in artikel 20, lid 4, en artikel 27, lid 5, van de basisverordening bedoelde gevallen, waarin de in de lidstaat van de woonplaats toegekende verstrekkingen op basis van vaste bedragen worden vergoed, is het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats.

2. De verzekerde die niet in de bevoegde lidstaat woont verzoekt om de toestemming aan het orgaan van de woonplaats, dat het verzoek onverwijld aan het bevoegde orgaan doorzendt.

In dat geval geeft het orgaan van de woonplaats in een verklaring aan dat in de lidstaat van de woonplaats is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening.

De gevraagde toestemming kan door het bevoegde orgaan alleen geweigerd worden indien, in overeenstemming met het oordeel van het orgaan van de woonplaats, in de lidstaat van de woonplaats van de verzekerde niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening, of indien dezelfde behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop van de betrokkene, in de bevoegde lidstaat zelf kan worden gegeven.

Het bevoegde orgaan stelt het orgaan van de woonplaats in kennis van zijn besluit.

Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.

3. Indien een niet in de bevoegde lidstaat woonachtige verzekerde een dringende levensreddende behandeling nodig heeft en de toestemming niet kan worden geweigerd op grond van de tweede zin van artikel 20, lid 2, van de basisverordening, wordt de toestemming door het orgaan van de woonplaats verleend namens het bevoegde orgaan, dat onverwijld door het orgaan van de woonplaats wordt ingelicht.

Het bevoegde orgaan aanvaardt de bevindingen en behandelingskeuzen van artsen die zijn erkend door het orgaan van de woonplaats dat toestemming verleent met betrekking tot de noodzaak van een dringende levensreddende behandeling.

4. Tijdens de procedure voor het verlenen van de toestemming behoudt het bevoegde orgaan steeds de mogelijkheid de verzekerde door een door het orgaan gekozen arts in de lidstaat van de woon- of verblijfplaats te laten onderzoeken.

5. Het orgaan van de verblijfplaats stelt, onverminderd enige beslissing inzake de toestemming, het bevoegde orgaan in voorkomend geval ervan in kennis dat een aanvulling op de door de toestemming gedekte behandeling uit medisch oogpunt nodig blijkt.

B) *Rechtstreekse betaling van de door de verzekerde gemaakte kosten in verband met verstrekkingen*

6. Onverminderd lid 7, is artikel 25, leden 4 en 5, van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing.

7. Indien de verzekerde de kosten voor een medische behandeling waarvoor toestemming is verleend geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald en de kosten die het bevoegde orgaan op grond van lid 6 verplicht is aan het orgaan van de verblijfplaats of aan de verzekerde zelf te vergoeden (werkelijke kostprijs) lager zijn dan de kosten die het voor dezelfde behandeling in de bevoegde lidstaat zou hebben moeten dragen (fictieve kostprijs), dan vergoedt het bevoegde orgaan op verzoek de door de verzekerde gemaakte kosten van de behandeling tot het bedrag waarmee de fictieve kostprijs de werkelijke kostprijs overstijgt. Het vergoede bedrag mag evenwel niet hoger zijn dan de werkelijke kosten van de verzekerde, waarbij ook rekening kan worden gehouden met het bedrag dat de verzekerde zou hebben moeten betalen indien de behandeling in de bevoegde lidstaat had plaatsgevonden.

C) *Reis- en verblijfkosten in het kader van een geplande behandeling*

8. Indien toestemming is verleend voor een behandeling in een andere lidstaat, en de nationale wetgeving van het bevoegde orgaan voorziet in de vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde, worden deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider door dat orgaan betaald.

D) *Gezinsleden*

9. De leden 1 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerden.

Artikel 27

Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in het geval dat de woon- of verblijfplaats zich in een andere dan de bevoegde lidstaat bevindt

A) *Door de verzekerde te volgen procedure*

1. Indien de wetgeving van de bevoegde lidstaat voorschrijft dat de verzekerde een bewijs overlegt om in aanmerking te komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering in de zin van artikel 21, lid 1, van de basisverordening, vraagt de verzekerde de arts van de lidstaat van de woonplaats die zijn gezondheidstoestand heeft vastgesteld, om een bewijs van arbeidsongeschiktheid met vermelding van de vermoedelijke duur ervan.

2. De verzekerde zendt het bewijs binnen de door de wetgeving van de bevoegde lidstaat bepaalde termijn aan het bevoegde orgaan toe.

3. Indien door de behandelende artsen van de lidstaat van de woonplaats geen bewijzen van arbeidsongeschiktheid worden afgegeven en deze volgens de wetgeving van de bevoegde lidstaat vereist zijn, Wendt de betrokkene zich rechtstreeks tot het orgaan van de woonplaats. Dit orgaan zorgt er onmiddellijk voor dat de arbeidsongeschiktheid van de betrokkene medisch wordt beoordeeld en het in lid 1 bedoelde bewijs wordt uitgeschreven. Het bewijs wordt onverwijld naar het bevoegde orgaan doorgezonden.

4. De doorzending van het in de leden 1, 2 en 3 bedoelde document ontslaat de verzekerde niet van de in de toepasselijke wetgeving vervatte verplichtingen, met name ten aanzien van zijn werkgever. In voorkomend geval kan de werkgever en/of het bevoegde orgaan de werknemer oproepen deel te nemen aan activiteiten om de terugkeer naar het arbeidsproces te bevorderen en te ondersteunen.

B) *Door het orgaan van de lidstaat van de woonplaats te volgen procedure*

5. Als het bevoegde orgaan daarom verzoekt, worden door het orgaan van de woonplaats, in overeenstemming met de door dat orgaan toegepaste wetgeving, ten aanzien van de betrokkene de nodige administratieve controles of medische onderzoeken verricht. Het verslag van de controlerend arts, waarin met name de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid wordt vermeld, wordt door het orgaan van de woonplaats onverwijld aan het bevoegde orgaan gezonden.

C) *Door het bevoegde orgaan te volgen procedure*

6. Het bevoegde orgaan behoudt het recht de verzekerde te laten onderzoeken door een arts die het orgaan zelf heeft gekozen.

7. Onverminderd artikel 21, lid 1, tweede zin, van de basisverordening, betaalt het bevoegde orgaan de uitkeringen rechtstreeks aan de betrokkene en stelt het, indien nodig, het orgaan van de woonplaats hiervan in kennis.

8. Voor de toepassing van artikel 21, lid 1, van de basisverordening hebben de vermeldingen op het bewijs van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, dat in een andere lidstaat op grond van de medische bevindingen van de controlerend arts of het controlerend orgaan is opgesteld, dezelfde juridische waarde als het in de bevoegde lidstaat opgestelde bewijs.

9. Indien het bevoegde orgaan besluit de uitkeringen te weigeren, stelt het de verzekerde en tegelijkertijd het orgaan van de woonplaats van zijn besluit in kennis.

D) *Procedure bij verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat*

10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing in het geval dat de verzekerde in een andere dan de bevoegde lidstaat verblijft.

Artikel 28

Uitkeringen bij langdurige zorg in het geval dat de woon- of verblijfplaats zich in een andere dan de bevoegde lidstaat bevindt

A) *Door de verzekerde te volgen procedure*

1. Om in aanmerking te komen voor uitkeringen bij langdurige zorg op grond van artikel 21, lid 1, van de basisverordening, Wendt de verzekerde zich tot het bevoegde orgaan. Het bevoegde orgaan stelt zo nodig het orgaan van de woonplaats daarvan in kennis.

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

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

een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen.

2.7.8 Eigen bijdrage

Als u volgens deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, dan wordt die eigen bijdrage:

- a. door de zorgaanbieder aan u in rekening gebracht als De Friesland de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder voldoet of;
- b. in mindering gebracht op de vergoeding als De Friesland de vergoeding aan u betaalt of;
- c. bij u (verzekeringnemer) geïnd zoals aangegeven in artikel 2.7.7 van deze voorwaarden.

2.7.9 Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder

Als een overeenkomst tussen De Friesland en een zorgaanbieder wordt beëindigd en u op het moment van beëindiging zorg van deze zorgaanbieder ontvangt, blijft De Friesland de lopende behandeling vergoeden.

2.7.10 Buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u ook aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Tip: Wilt u in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst bij ons of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag u eventueel zelf dient bij te betalen.

Wonen of verblijven in een verdragsland

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land dan Nederland of in een verdragsland, dan heeft u naar keuze:

- a. aanspraak op medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening 883/2004 of het desbetreffende verdrag;
- b. aanspraak op zorg in natura door een zorgaanbieder die door De Friesland in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd of die een samenwerkingsverband heeft met een zorginstelling in het buitenland waarmee De Friesland een contract heeft.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of verdragsland woont en tijdelijk woont of verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Tip: Uw zorgpas is tevens een European Health Insurance Card (EHIC). Deze is geldig in de EER-landen (Europese Unie, Noorwegen, IJsland en Liechtenstein) en Zwitserland, voor medisch noodzakelijke zorg. Wij adviseren u van deze EHIC gebruik te maken als u in een van deze landen verblijft en zorg nodig heeft. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Buitenlandse behandelaars, zoals artsen en specialisten, weten dan dat hun rekening door De Friesland wordt betaald. Sommige behandelaars accepteren de pas nog niet. U moet dan zelf de rekening voorschieten. Later kunt u de rekening indienen bij De Friesland. Met de kaart heeft u geen recht om naar het buitenland te reizen met als doel een medische behandeling te krijgen. Gaat u naar Australië, dan moet u zich direct bij aankomst met de EHIC melden bij een medicare kantoor. U krijgt dan een medicare card, waarmee u kosteloos geneeskundige hulp in Australië krijgt.

Wonen of verblijven in een niet-verdragsland

Woont of verblijft u in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling. De vergoeding bedraagt maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Vergoeding als zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is

U heeft recht op volledige vergoeding van de kosten:

- a. als u toestemming van De Friesland heeft ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;
- b. als de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.

Alarmservice

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig heeft die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmcentrale door Eurocross. Deze coördineert de zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (212 02 12). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 212 02 12.

Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals gepubliceerd door de Europese Centrale Bank. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekening

Uitsluitingen

- a. Als u jonger bent dan 38 jaar, heeft u bij de eerste en tweede IVF-poging geen recht op terugplaatsing van meer dan één embryo.
- b. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel vallen niet onder IVF.
- c. Na de eerste, tweede en derde IVF-poging heeft u geen recht meer op een vierde of volgende poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, waaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een IVF-centrum met de daartoe wettelijk vereiste vergunningen.

Toestemming vooraf

Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Dit geldt ook voor andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF of ICSI.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.11 Medisch specialistische zorg algemeen

Let op! In de volgende artikelen van dit hoofdstuk zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt:

- artikel 3.1: audiologische zorg;
- artikel 3.2: bariatrische chirurgie (bij obesitas);
- artikel 3.3: beademing;
- artikel 3.4: dialyse;
- artikel 3.5: erfelijkheidsonderzoek;
- artikel 3.7.2: psychiatrische ziekenhuisopname (GGZ);
- artikel 3.10: IVF/ICSI;
- artikel 3.13: oncologieonderzoek bij kinderen;
- artikel 3.15: plastische chirurgie;
- artikel 3.16: revalidatie;
- artikel 3.17: transplantaties van weefsels en organen;
- artikel 3.18: trombosezorg;
- artikel 3.19: verblijf in verband met medisch specialistische zorg;
- artikel 3.20.2: bevalling en verloskundige zorg.

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Let op! Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum. Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI) toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort.

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
- e. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, arts-assistent, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste tien dagen na de bevalling), kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), klinisch fysicus audioloog, optometrist (bij oogzorg), SEH-arts, GGD-

arts (als het gaat om een verdenking van TBC), verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor een second opinion door een medisch specialist heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht op mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

- a. U heeft een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening. U heeft daarnaast ook recht op het aanbrengen van implantaten als u een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak heeft. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
- b. U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.
- c. U moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Let op! Orthodontische zorg door een orthodontist en de bijbehorende kaakchirurgische hulp (osteotomie) vallen alleen onder bijzondere tandheelkunde als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel heeft, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.22 Ziekenvervoer

3.22.1 Ambulancevervoer

Inhoud zorg

U heeft recht op ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in de Wet ambulancevervoer of per helikopter, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder, als de kosten van de zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- b. naar een instelling waarin u gaat verblijven en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
- c. naar een zorgaanbieder, als u jonger dan achttien jaar bent en geestelijke gezondheidszorg ten laste van uw gemeente zal ontvangen op grond van de Jeugdwet;
- d. vanuit een instelling, bedoeld onder b. naar:
 - een zorgaanbieder voor een onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz valt;
- e. naar uw woning, of een andere woning als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als u komt van een van de zorgaanbieders bedoeld in de onderdelen a./m d.

Ambulancevervoer moet zijn goedgekeurd door de meldkamer.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ambulancevervoerder die een vergunning heeft volgens de Wet Ambulancevervoer.

Toestemming vooraf

Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor liggend vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.

b. U heeft ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan.

Vergoeding

Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer volledig, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.22.2 Ziekenvervoer per eigen auto, taxi, openbaar vervoer (zittend ziekenvervoer)

Inhoud zorg

Recht op vervoer voor bepaalde groepen

Naast het vervoer per ambulance zoals hiervoor genoemd, heeft u recht op ziekenvervoer per taxi en op vergoeding van de kosten van vervoer per particuliere auto en vervoer in de laagste klasse van het openbaar vervoer. Het gaat om vervoer van en naar een zorgaanbieder of woning als bedoeld in artikel 3.22.1, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer, voor zover:

- a. u nierdialyses moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
- b. u oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
- c. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- e. u jonger bent dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege 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 van zorg in de nabijheid;
- f. u gebruikmaakt van geriatrische revalidatiezorg zoals bedoeld in artikel 3.16.2.

Recht op vervoer op basis van de hardheidsclausule

Als u niet aan een van de voorwaarden genoemd onder a. t/m e. voldoet, kunt u toch recht op zittend ziekenvervoer hebben. Er moet dan sprake zijn van behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, vallend onder de dekking van deze zorgverzekering, in verband waarmee u langdurig bent aangewezen op vervoer. Bovendien moet het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u tot een onbillijkheid van overwegende aard leiden. U heeft in dat geval naast het vervoer naar de behandeling ook recht op het vervoer

naar consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn.

Overnachting in plaats van vervoer

Als u bent aangewezen op vervoer als bedoeld in dit artikel, kunnen wij een bedrag van maximaal € 75,- per overnachting vergoeden voor de kosten van verblijf (logies). Deze vergoeding komt dan in de plaats van een vergoeding voor kosten van het vervoer. Voorwaarde hiervoor is dat dit vervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig zou zijn. U krijgt dan een vergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en voor twee of meer overnachtingen in de buurt van waar u wordt behandeld.

Let op! Als u kiest voor het recht op overnachting, dan komt uw recht op ziekenvervoer voor die periode te vervallen. Dit geldt niet voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag.

Wie mag deze zorg verlenen

Een taxivervoerder (een natuurlijke- of rechtspersoon) die in het bezit is van de wettelijke voor het uitoefenen van het taxibedrijf vereiste vergunningen en van het Kiwa-taxikeurmerk TX-Keur.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. In gevallen waarin ziekenvervoer per particuliere auto, taxi of openbaar vervoer niet mogelijk is, kan De Friesland toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door De Friesland aan te geven vervoermiddel.
- c. U heeft ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan. Wij moeten u hier voorafgaand aan het vervoer wel toestemming voor hebben gegeven.
- d. Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt. Wilt u een overnachting declareren? Dan moet u de nota's van uw overnachtingskosten bij ons indienen.

Eigen bijdrage

U bent voor ziekenvervoer per particuliere auto, taxi en openbaar vervoer een bijdrage verschuldigd van € 105,- per kalenderjaar.

De wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor logeerkosten en voor vervoer:

- a. van een instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz bent opgenomen, naar een andere instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch

onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;

b. van een instelling als bedoeld onder a. naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de basisverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling;

c. van een instelling waarin u ten laste van de Wlz bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de Wlz, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling.

Toestemming vooraf

Voor ziekenvervoer (met eigen auto, (meerpersoons)taxi of openbaar vervoer), vervoer van een (of eventueel twee) begeleider(s) en voor overnachtingen in plaats van vervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer (058) 291 38 19. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten van ziekenvervoer per taxi volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Voor vervoer per particuliere auto bedraagt de vergoeding € 0,32 per kilometer. Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

De vergoeding van ziekenvervoer per openbaar vervoer bedraagt de werkelijke kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer.

Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.23 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Inhoud zorg

U heeft recht op multidisciplinaire zorg gericht op behandeling in verband met:

a. een visuele beperking (u bent blind of slechtziend) of;

b. een auditieve beperking (u bent doof of slechthorend) of;

c. tot de leeftijd van 23 jaar: een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis;

d. een combinatie van deze beperkingen.

Diagnostisch onderzoek is onderdeel van deze zorg. Daarnaast omvat de zorg het psychisch leren omgaan met de handicap en het opheffen of het