

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202302249

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C. , hierna te noemen: verzekerde,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
  - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de NoTube behandeling van verzekerde in Graz, Oostenrijk, - eventueel gedeeltelijk - te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Ter zitting heeft zij haar verzoek uitgebreid en tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de gemaakte reis- en verblijfskosten. Volgens verzoekster is sprake van verzekerde zorg, die niet onder de Jeugdwet valt, en waarvan de in het buitenland gemaakte kosten moeten worden vergoed tot het marktconforme tarief in Nederland. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de gevraagde behandeling geen verzekerde zorg betreft en dat de kosten daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Het gaat naar zijn aard om jeugd-GGZ die onder de Jeugdwet valt, terwijl daarnaast de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is.
- 1.2. De commissie overweegt dat sprake is van planbare zorg in de zin van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde toestemming geweigerd, omdat achtereenvolgens (i) de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en indien wel aan dit criterium wordt voldaan, (ii) het zorg betreft die in Nederland onder de Jeugdwet valt, zodat de voorrangsbepaling van artikel 2.1, eerste lid, Bzv van toepassing is. Ten aanzien van (i) wordt in het advies van 30 mei 2024 door het Zorginstituut over de NoTube behandeling van verzekerde opgemerkt dat sprake is van verzekerde zorg. In het advies van 14 augustus 2024 wordt hieraan toegevoegd dat verzekerde niet het online NoTube programma heeft gevolgd, welk programma niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. De volgende vraag is of het hier zorg betreft die in Nederland onder de Jeugdwet valt (ii). Hierover schrijft het Zorginstituut in het advies van 30 mei 2024 dat kan worden geconcludeerd dat het in het geval van verzekerde gaat om somatisch medisch-specialistische zorg die op grond van de Zvw voor vergoeding in aanmerking komt. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat hij naar aanleiding hiervan heeft besloten de NoTube behandeling ten laste van de zorgverzekering te vergoeden. Partijen zijn hierover dan ook niet meer verdeeld. De commissie dient vervolgens nog te beslissen over de hoogte van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting DBC-zorgproductcode 990416016

voorgesteld. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd of deze DBC-zorgproductcode passend is in de situatie van verzekerde. Het Zorginstituut heeft hierover meegedeeld dat DBC-zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling. De commissie volgt het Zorginstituut hierin en overweegt verder dat de NoTube behandeling in Graz is uitgevoerd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzekerde heeft daarom ten laste van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten met inachtneming van de artikelen 3 en 18.2, en het 'overzicht maximale vergoedingen buitenlandse ziekenhuizen 2023'. Uit het voorgaande volgt tevens dat de gevraagde toestemming op basis van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 ten onrechte door de ziektekostenverzekeraar werd geweigerd. Artikel 26 in samenhang met artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 noemt als één van de mogelijkheden dat het bevoegde orgaan achteraf nagaat welke vergoeding zou zijn verleend op basis van de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf ('tarifiering'). Verzoekster heeft verklaard hiervan geen gebruik te willen maken. Ter zitting heeft verzoekster verzocht om vergoeding van de reis- en verblijfskosten. Het Zorginstituut heeft opgemerkt dat reis- en verblijfskosten die verband houden met de behandeling van verzekerde in Oostenrijk niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering. De commissie onderschrijft dit zodat bedoelde kosten voor eigen rekening blijven. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, acht de commissie gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het door verzoekster voor de onderhavige procedure betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden. De commissie wijst het verzoek met inachtneming van het voorgaande toe.

- 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 24 januari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 februari 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 2 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 april 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024013727) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 juni 2024 aan partijen gezonden.
- 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 3 juli 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. Bij e-mailbericht van 5 juli 2024 heeft verzoekster aan de commissie twee nota's van de NoTube behandeling, een nota van de accommodatie, en facturen van het vervoer gestuurd. Kopieën van deze stukken zijn bij brief van 9 juli 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 juli 2024 hierop gereageerd. Een kopie hiervan is bij brief van 11 juli 2024 aan verzoekster gestuurd. Zij heeft bij e-mailbericht van 14 juli 2024 verklaard af te zien van de mogelijkheid van tarifiering.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de na de zitting ontvangen stukken zijn op 16 juli 2024 aan het Zorginstituut gezonden. De commissie heeft het Zorginstituut nadere vragen gesteld en heeft verzocht haar mee te delen of het voorlopig advies van 30 mei 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 14 augustus 2024 heeft het Zorginstituut de vragen over de meest passende

DBC-zorgproductcode en over mogelijke vergoeding van reis- en verblijfskosten beantwoord. Een kopie is aan partijen gezonden, waarbij zijde mogelijkheid hebben gekregen hierop te reageren.

- 2.7. Bij brief van 23 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Verzoekster heeft hierop niet gereageerd. Een kopie van de brief van 23 augustus 2024 is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Goede Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgBeter met een ongevallendekking Fysio & Tand (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 3.2. Verzekerde was gediagnosticeerd met de eetstoornis Arfid en aangewezen op sondevoeding. Ten behoeve van verzekerde is een aanvraag ingediend voor een tweewekse intensieve (poliklinische) behandeling ter plaatse met telemedische nazorg (*two-week intensive on site treatment for tube-weaning with telemedical aftercare*) bij NoTube in Graz, Oostenrijk. Verzekerde is door deze behandeling sondevrij geraakt.
- 3.3. Bij brief van 23 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde behandeling geen verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering betreft en dat verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse, hotelkosten en vervoerskosten nooit worden vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 14 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de NoTube behandeling van verzekerde in Graz, Oostenrijk, - eventueel gedeeltelijk - te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Ter zitting heeft zij haar verzoek uitgebreid en tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de gemaakte reis- en verblijfskosten.
- 4.2. Verzoekster heeft toegelicht dat bij verzekerde vermoedelijk sprake is van een genetische afwijking, waardoor zij was aangewezen op sondevoeding. Verzoekster heeft bij de aanvraag haar brief van 4 november 2022 gevoegd en daarin heeft zij verklaard dat vanwege verschillende aspecten (dysmaturiteit, vertraagde motorische ontwikkeling, vertraagde ontwikkeling in mondmotoriek, spraak- en voedingsproblematiek) de kinderarts en de kinderneuroloog dachten aan een genetische afwijking die nog niet bekend is binnen de huidige medische wetenschap. Verzoekster heeft verder verklaard dat de NoTube behandeling een gespecialiseerd programma is om (jonge) kinderen sondevrij te krijgen. Het programma heeft een succespercentage van meer dan 90. Er wordt gedurende twee weken op locatie in Oostenrijk behandeld en vervolgens vindt online begeleiding in de thuissituatie plaats. Verzoekster stelt dat verzekerde ter plaatse onder voortdurende begeleiding van kinderartsen werd behandeld en dat via de online omgeving ook de Nederlandse zorgverleners konden worden betrokken. Verzoekster heeft verder uiteengezet welke

bependingen er binnen het gezin waren met betrekking tot de afhankelijkheid van sondevoeding bij verzekerde. Verzoekster heeft een overzicht meegezonden, waarin wordt onderbouwd dat de kosten - in de situatie waarin verzekerde nog afhankelijk zou zijn van sondevoeding tot aan de leeftijd van circa vijf jaren - vele malen hoger zijn dan die van de NoTube behandeling in Oostenrijk. Bij de aanvraag heeft zij ook een motivatiebrief van de NoTube eetschool gevoegd.

- 4.3. Verzoekster heeft, op verzoek van de ziektekostenverzekeraar, twee keer aanvullende informatie verstrekt. Volgens verzoekster hadden zijn vragen echter niets te maken met het bepalen van een onderscheid tussen Zorgverzekeringswet of Jeugdwet. Zij vindt het daarom opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar haar nu verwijst naar de Jeugdwet. Die beslissing had hij volgens verzoekster al bij ontvangst van de aanvraag kunnen nemen.
- 4.4. Verzoekster heeft in haar brief van 15 augustus 2023 verklaard dat de problematiek van verzekerde een medische achtergrond heeft. Er zijn volgens verzoekster verschillende zorgverzekeraars in Nederland die de NoTube behandeling wél vergoeden. Ook verwijst zij naar een bindend advies van de commissie (SKGZ202101801), waarin is bepaald dat de zorgverzekeraar de kosten van de NoTube behandeling moest vergoeden. Volgens verzoekster dient de ziektekostenverzekeraar hiervoor aan haar een bedrag van € 9.720,- te vergoeden.
- 4.5. Bij brief van 18 oktober 2023 heeft verzoekster verklaard dat het Zorginstituut eerder heeft opgemerkt dat de NoTube behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betrof toen echter een online behandeling. Dat was bij verzekerde niet aan de orde. Verzoekster stelt verder dat de commissie in 2010 heeft beslist dat de NoTube behandeling wel conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Volgens verzoekster is de verwijzing door de ziektekostenverzekeraar naar de Jeugdwet niet terecht. De hoofdbehandelaar is namelijk een kinderarts en er is sprake van klinische hongerprovocatie. In Nederland is dit verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering.
- 4.6. De vereniging Nee-Eten! heeft een advocatenkantoor verzocht te onderzoeken in welke mate zorgverzekeraars binnen het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel gehouden zijn de behandeling voor zogeheten hongerprovocatie/hongerinductie (en in het bijzonder NoTube behandeling) in het buitenland te vergoeden. Verzoekster heeft de juridische analyse bij brief van 10 januari 2024 overgelegd. De conclusie van deze analyse is dat hongerprovocatie onder de Zorgverzekeringswet valt en dat daarop in Nederland aanspraak bestaat. Uit de Patiëntenrichtlijn volgt dat, gezien het Europeesrechtelijk vrije verkeer van diensten, verzekerden die in Nederland aanspraak kunnen maken op vergoeding voor een zorgprestatie, deze zorg óók in een andere Europese lidstaat mogen ontvangen. Nederlandse zorgverzekeraars zijn dan vervolgens gehouden die zorg, tot het Nederlandse marktconforme tarief, te vergoeden. Dit betekent dat zij de kosten van de klinische behandeling hongerprovocatie/NoTube behandeling in Oostenrijk moeten vergoeden tot het tarief dat voor dezelfde behandeling in Nederland zou gelden.
- 4.7. Verzoekster heeft in haar brief van 24 januari 2024, gericht aan de commissie, herhaald dat de ziektekostenverzekeraar voorbij gaat aan de medische achtergrond van de problematiek van verzekerde. Zij verklaart dat de NoTube behandeling niet vanuit de Jeugdwet dient te worden vergoed. De kinderarts is één van de twee hoofdbehandelaren. Zij begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar diens rol als 'ondersteunend' ziet en uitgaat van een gedragsmatige behandeling. Verzoekster heeft nogmaals erop gewezen dat in Nederland klinische hongerprovocaties in het ziekenhuis - vergelijkbaar met de NoTube behandeling - op grond van de Zorgverzekeringswet worden vergoed. Het betreft een multidisciplinaire gedragsmatige behandeling waarbij een kinderarts hoofdbehandelaar is. Verzoekster voelt zich van het kastje naar de muur gestuurd, omdat de gemeente haar verwijst naar de ziektekostenverzekeraar en de ziektekostenverzekeraar haar terugverwijst naar de gemeente.
- 4.8. De behandelend kinderarts heeft bij brieven van 11 november 2022, 13 december 2022 en 5 februari 2023 de situatie van verzekerde aan de ziektekostenverzekeraar toegelicht.

- 4.9. Ter zitting heeft verzoekster verteld dat het met verzekerde inmiddels goed gaat. Zij is tijdens de behandeling sondevrij geraakt, heeft zich verder positief ontwikkeld, en is op dit moment een gezonde peuter. De houding van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verbaasd. Zo heeft hij volgens haar selectief gekeken naar de ingebrachte informatie, waarbij onjuiste en stellige aannames zijn gedaan, bijvoorbeeld dat de online behandeling bij NoTube niet voldoet aan stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling van verzekerde heeft echter niet online plaatsgevonden, maar op locatie in Oostenrijk. Die behandeling voldoet volgens verzoekster wel aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zij heeft verklaard dat de discussie verder is gegaan over het standpunt van de ziektekostenverzekeraar en de bekostiging van de behandeling vanuit de Jeugdwet. Verzoekster heeft opgemerkt dat er heel veel kinderen zoals verzekerde zijn en dat een ouder standvastig genoeg moet zijn om een klachtenprocedure te doorlopen. Zo zou het volgens haar niet moeten zijn. Het heeft haar verbaasd dat door zorgverzekeraars verschillend op dit soort aanvragen wordt beslist. Zij wil het Zorginstituut ook vragen hierover duidelijkheid te verschaffen en te bepalen dat het een adequate behandeling betreft, die onder de zorgverzekering valt. Volgens verzoekster heeft zij duidelijk aangetoond dat een kinderarts betrokken was bij de behandeling, maar de ziektekostenverzekeraar blijft beweren dat het uitsluitend om GGZ behandelaren gaat. Verzoekster heeft, daarnaar door de commissie gevraagd, toegelicht dat zij allereerst via een online portal - een week voorafgaand aan de behandeling - contact heeft gehad om het een en ander voor te bespreken. Vervolgens is verzekerde twee weken ter plaatse behandeld. Primair bestond de behandeling uit hongerprovocatie. Op de derde dag is namelijk al de sonde verwijderd. De transitie naar huis en begeleiding thuis heeft online plaatsgevonden. Verzoekster heeft verklaard verheugd te zijn dat de ziektekostenverzekeraar het voorlopig advies omtrent de behandeling van verzekerde volgt, maar zij voegt daaraan toe dat zij hetgeen de ziektekostenverzekeraar verder over het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft gesteld niet deelt. Zij heeft uit het advies namelijk niet opgemaakt dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen kinderen tot twee jaar en ouder. Zij heeft uit dit advies enkel begrepen dat er een verschil kan zijn tussen kinderen met een ziekte met een somatische oorzaak of een psychische stoornis. Verder heeft zij de ziektekostenverzekeraar gevraagd waarom niet voor een DBC zorgproductcode wordt gekozen die past bij de klinische hongerprovocatie zoals die in Nederland wordt toegepast. Voorts meent verzoekster dat ook de in verband met de behandeling gemaakte reis- en verblijfskosten dienen te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Daarnaar door de commissie gevraagd, heeft verzoekster toegezegd dat zij alle nota's die zij in het kader van de NoTube behandeling vergoed wil hebben in kopie aan de commissie stuurt.
- 4.10. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 5 juli 2024 de ter zitting besproken nota's aan de commissie gestuurd. Het betreft kopieën van de volgende nota's:
- € 8.540,- voor de NoTube behandeling;
  - € 500,- voor het gebruik van de digitale portal;
  - € 647,70 voor het vervoer per trein;
  - € 1.212,50 voor het verblijf in Graz, Oostenrijk.
- 4.11. Bij e-mailbericht van 14 juli 2024 heeft verzoekster verklaard dat zij afziet van de mogelijkheid van tarifiering in Oostenrijk.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de behandeling geen verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering betreft. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat het behandelteam van verzekerde enkel bestaat uit behandelaren met psychologische kennis. De doelen die zijn gesteld en hoe deze worden bereikt - namelijk het krijgen van een positieve associatie met eten - zijn vergelijkbaar met het Seys centrum in Nederland. De behandelingen van het Seys centrum worden door de gemeente vergoed, omdat jeugd-GGZ vanuit de Jeugdwet wordt gefinancierd. Om deze reden stelt de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 17 maart 2023 dat vergoeding niet ten laste van de zorgverzekering kan plaatsvinden.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 22 december 2023 hieraan toegevoegd dat de eetstoornis van verzekerde een DSM-5 kwalificatie heeft. De NoTube behandeling is voornamelijk een gedragsmatige behandeling, met ondersteuning door een kinderarts. Volgens de ziektekostenverzekeraar is daarom sprake van GGZ. Voor personen jonger dan achttien jaren wordt dit bekostigd vanuit de Jeugdwet. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar artikel 18.12 'Geneeskundige of curatieve Gezondheidszorg (GGZ)' in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering. Deze voorwaarde is gebaseerd op artikel 2.1, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat in het bindend advies van de commissie (SKGZ202101801), waarnaar verzoekster verwijst, niet is opgenomen dat de zorg niet vanuit de Jeugdwet kan worden bekostigd. Het is voor de ziektekostenverzekeraar dan ook geen reden om zijn standpunt te herzien. Hij haalt daarnaast adviezen van het Zorginstituut en de daarbij horende bindende adviezen van de commissie aan, waarin is bepaald dat de online behandeling door NoTube niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (SKGZ202200158 & SKGZ202300257).
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 2 april 2024, gericht aan de commissie, geconcludeerd dat de NoTube behandeling onder de jeugd-GGZ valt. Op pagina 4 van het behandelplan van NoTube staat dat een gedragsmatige behandeling wordt uitgevoerd, met ondersteuning door een kinderarts. De behandeling bestaat voornamelijk uit therapeutische sessies, zoals 'speelpicnics'. Deze worden uitgevoerd door behandelaren met psychologische kennis. Het behandeldoel tijdens deze therapeutische sessies is het creëren van een positieve associatie met eten. De ziektekostenverzekeraar stelt dat om deze redenen sprake is van jeugd-GGZ. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat indien zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is, deze zorg onder voorwaarden in het buitenland kan worden verkregen. Een voorwaarde voor vergoeding van zorg in het buitenland - op basis van een S2 formulier - is dat de zorg in Nederland onder de Zorgverzekeringswet valt. De NoTube behandeling voldoet hier niet aan en kan dus ook niet worden vergoed als deze zorg in het buitenland wordt verkregen. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat hij verzoekster in de periode van 4 november 2022 tot 6 februari 2023 ter beoordeling van de aanvraag om aanvullende informatie heeft gevraagd. Deze aanvullende informatie was nodig om tot een zorgvuldig oordeel te komen. Hij licht verder toe dat hij in zijn eerste brief niet alle vragen direct heeft kunnen stellen, omdat de gegeven antwoorden tot nieuwe vragen hebben geleid. De ziektekostenverzekeraar vindt het vervelend dat hierdoor verwarring is ontstaan en daarvoor biedt hij zijn excuses aan.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat hij naar eer en geweten heeft gekeken naar de afbakening van verantwoordelijkheden tussen hem en de gemeente. Het is zijn verantwoordelijkheid te beoordelen of kosten ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht. Het advies van het Zorginstituut uit 2010 dateert van vóór de Jeugdwet. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij uit het voorlopig advies van 30 mei 2024 van het Zorginstituut opmaakt dat de behandeling bij kinderen tot de leeftijd van twee jaren medisch specialistische zorg betreft en boven die leeftijd GGZ zorg die onder de Jeugdwet valt. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat hij zich neerlegt bij het advies van het Zorginstituut en dat de behandeling van verzekerde ten laste van de zorgverzekering zal worden vergoed. Volgens hem dient daartoe nog de hoogte van de vergoeding te worden besproken. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat zijn medisch adviseur DBC 14D984 heeft vastgesteld voor de behandeling van verzekerde, maar dat het Zorginstituut in het kader van het definitief advies nog kan worden gevraagd of dit inderdaad de meest passende DBC is. Als dit de meest passende DBC is, dan wordt deze als uitgangspunt genomen voor de vergoeding die verzekerde op basis van haar polis krijgt. Dat is dan de maximale vergoeding die voor niet-gecontracteerde zorg geldt. Op basis van de bij de ziektekostenverzekeraar bekende informatie worden de gemaakte kosten in dat geval niet volledig vergoed. Het alternatief is dat wordt getarifeerd. Dit betekent dat in Oostenrijk wordt gevraagd wat de vergoeding volgens de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering is, waarna er mogelijk aanleiding is voor een aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij een

en ander nog schriftelijk aan de commissie zal bevestigen, waarbij hij zal vermelden welke DBC is voorgesteld en hoe hij deze heeft afgeleid, met vermelding van het bijbehorende tarief en de vergoeding, alsmede de mogelijkheid tot tarifieren. Daarnaast gevraagd door de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar het standpunt ingenomen dat reis- en verblijfskosten niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

- 5.5. Bij brief van 10 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de kosten van de NoTube behandeling (gedeeltelijk) kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, waarbij de ondergane behandeling moet worden getypeerd als: 'een ziekenhuisopname van 6 tot maximaal 28 verpleegdagen bij een aandoening van maag/darm/lever (bij kind)'. De bijbehorende DBC-zorgproductcode is 990416016. De ziektekostenverzekeraar heeft een kopie van de casusafleiding overgelegd. Uit de nota's blijkt dat de kosten van de behandeling € 9.040,- bedragen. Verzekerde heeft, uitgaande van voornoemde DBC-zorgproductcode, op basis van haar zorgverzekering aanspraak op vergoeding van maximaal € 8.681,43. Dit volgt uit de artikelen 3 en 18.2 van de verzekeringsvoorwaarden in combinatie met het 'overzicht maximale vergoedingen buitenlandse ziekenhuizen 2023'. Een uittreksel van dit overzicht heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie overgelegd. Hij heeft verder herhaald dat de mogelijkheid van tarifieren in Oostenrijk bestaat. Hierbij heeft hij aangetekend dat dit vaak erg lang duurt en dat het onzeker is of tarifiering tot een hogere vergoeding zal leiden. De kosten van het vervoer naar, en verblijf in Oostenrijk komen volgens de ziektekostenverzekeraar niet voor vergoeding vanuit de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 23 augustus 2024 verklaard dat hij zich aansluit bij het definitief advies van het Zorginstituut van 14 augustus 2024 en dat hij op basis van DBC-zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 de kosten ten laste van de zorgverzekering zal vergoeden. Volgens de ziektekostenverzekeraar leidt dit tot een vergoeding van € 1.746,41 bij toepassing van de artikelen 3 en 18.2 van de verzekeringsvoorwaarden in combinatie met het 'overzicht maximale vergoedingen buitenlandse ziekenhuizen 2023'. De ziektekostenverzekeraar heeft herhaald bereid te zijn tot het doen van een verzoek tot tarifiering.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"(...) In het geval van verzekerde was sprake van milde prematuriteit en vervolgens een ontwikkelingsachterstand met FFT (Failure To Thrive, commissie) waarbij de kinderarts sondevoeding noodzakelijk achtte. Voedselweigering komt vaker voor na een periode van sondevoeding. De kinderarts vermoedde bovendien dat er bij verzekerde sprake was van een nog niet bekend genetisch syndroom. Voedingsproblemen komen vaker voor bij genetische syndromen, ook zonder dat ooit sprake is geweest van sondevoeding. In het dossier wordt geen melding gemaakt van een psychologische of systemische oorzaak van de voedingsproblemen. De therapie bij NoTube is enerzijds somatisch in verband met ondergewicht, FFT bij dysmorphe kenmerken en milde ontwikkelingsachterstand, waarbij er een verdenking is op een genetische afwijking van onbekende origine. De somatische behandeling bestaat uit voedingsadviezen, diëtetiek, verwijderen sonde, bijhouden gewicht en andere fysieke kenmerken. De therapie bij NoTube is anderzijds psychotherapeutisch. Er is sprake van aanmoediging, ontwikkelen van autonomie, plezier en samenwerking door middel van therapeutische sessies (o.a. het opdoen van zintuiglijke ervaringen rondom eten tijdens speelpicnics).*

### Standpunten

Voor de beantwoording van de vraag of er sprake is van somatisch medisch specialistische zorg of psychologische zorg zijn twee standpunten van het Zorginstituut relevant:

1.

Multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische voedselweigering (2010)

Uit dit standpunt blijkt dat de gebruikelijke behandeling van kinderen met chronische voedselweigerings bestaat uit een combinatie van 'medische' interventies en gedragstherapeutische technieken. Deze behandeling is een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw. De behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en is zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. De eindverantwoordelijkheid berust bij een medisch specialist (in onderhavig geschil is dit de kinderarts). De onderzochte behandeling is voorbehouden aan kinderen die de meest ernstige vormen van voedselweigerings hebben ontwikkeld en bij wie minder intensieve interventies onvoldoende resultaat hebben gehad. De interventie behelst de laatste trede in een stepped care behandeling en moet altijd vooraf zijn gegaan door behandeling in een voor het kind gebruikelijke setting.

2.

*Kindergeneeskunde, de afbakening tussen de Jeugdwet en Zorgverzekeringswet (2015)*

Als de voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd het gevolg zijn van een onderliggende somatische oorzaak dan valt de diagnostiek en behandeling van de stoornis onder het domein somatisch medisch-specialistische zorg en daarmee onder de Zvw. Als voedingsstoornissen een gedragsmatige oorzaak hebben dan zal een kind in eerste instantie naar een kinderarts worden verwezen om een somatische oorzaak uit te sluiten. Deze diagnostiek valt onder de Zvw. Als de kinderarts somatische oorzaken uitsluit dan kan er sprake zijn van een psychische stoornis. Een jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog zal de diagnostiek en behandeling dan uitvoeren. Deze zorg valt onder de jeugd-ggz en daarmee onder de Jw.

*Beoordeling situatie verzekerde*

Op basis van de genoemde standpunten zijn het hoofd van het behandelteam, de oorsprong van de ziekte (psychisch of somatisch) en de ernst van de somatiek, leidend voor de vraag of de behandeling onder de Zvw of de Jw valt. Onder de Zvw valt geneeskundige zorg onder leiding van een kinderarts, waarbij de oorsprong van de ziekte somatisch is of de ernst van de somatiek dermate ernstig is dat, de in oorsprong psychische eetstoornis, wordt behandeld onder de supervisie van een kinderarts.

De gebruikelijke behandeling van kinderen met chronische voedselweigerings bestaat uit een combinatie van 'medische' interventies en gedragstherapeutische technieken. De NoTube behandeling voldoet hieraan. De behandeling is voorafgegaan door behandeling in een voor het kind gebruikelijke setting. De NoTube behandeling kan dus worden gezien als een stepped care behandeling. De kinderarts is verantwoordelijk voor de behandeling. Dit blijkt onder meer uit de dagelijkse begeleiding door de kinderarts tijdens pediatrie/psychosomatische rondes en de e-mailwisseling tussen verzoekster en de kinderarts ten tijde van de opname.

In geval van verzekerde gaat het om voedings- en eetstoornissen die ontstaan zijn op zuigelingenleeftijd, waarbij sprake is van een onderliggende somatische oorzaak. In dat geval valt de diagnostiek en behandeling van de stoornis onder het domein somatisch medisch-specialistische zorg en daarmee onder de Zvw. Gelet op het voorgaande kan geconcludeerd worden dat het in het geval van verzekerde gaat om somatisch medisch-specialistische zorg welke voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de Zvw.

*Conclusie*

Het geschil betreft de vraag of sprake is van medisch-specialistische zorg ondersteund door psychologische zorg of van psychologische zorg aan kinderen, welke onder de Jw valt. Niet in geschil is de vraag of de NoTube behandeling verzekerde zorg is en of verzekerde een indicatie heeft voor de behandeling. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat in het geval van verzekerde sprake is van somatisch medisch-specialistische zorg ondersteund door psychologische zorg. Deze zorg komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de Zvw.



#### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Er is sprake van somatisch medisch-specialistische zorg ondersteund door psychologische zorg bij een kind (onder de 18 jaar). Deze zorg komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de Zvw."

- 6.2. In het definitief advies van 14 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Verzekerde is poliklinisch behandeld, waarbij verzekerde heeft deelgenomen aan de 'on-site treatment for tube weaning' van de NoTube kliniek in Graz. Deze behandeling vindt deels op locatie en deels online plaats. Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat verzekerde niet het online NoTube programma heeft gevolgd, waarvan het Zorginstituut in een eerder geschil heeft geoordeeld dat het niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.

#### DBC-zorgproductcode

Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard 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. Het Zorginstituut heeft bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzekerde. De gegevens zijn als volgt:

- Geldigheidsperiode 2023
- Specialisme 0316 Kindergeneeskunde
- Diagnose 0316.7604 Eetstoornissen
- Zorgtype 11 Reguliere zorg
- Zorgvraag 0316.061 Kind
- Leeftijd 2, geslacht vrouw

De verrichte zorgactiviteiten betreffen:

- 190090 Dagverpleging (14 keer)

Op basis van bovenstaande gegevens wordt DBC-zorgproductcode 991216004 gevonden met omschrijving Diagnose psychisch/ gedrag overig | Poli >6/ Dag > 1 Kindergeneeskunde psychosociaal en declaratiecode 14E273.

Het Zorginstituut merkt op dat de mogelijkheid bestaat om te tarifieren.

#### Reis- en verblijfkosten

Verzoekster vraagt om vergoeding van de verblijfskosten tijdens de behandeling van verzekerde in Oostenrijk. Hiervoor heeft verzoekster een factuur van GrazRentals ingediend van € 1.212,50. Dit betreft geen medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg, zoals bedoeld in art. 2.12, lid 1, van het Bzv. Het verblijf komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Daarnaast heeft verzoekster om vergoeding van reiskosten gevraagd. Het Zorginstituut merkt op dat reiskosten geen onderdeel uitmaken van het basispakket. Enkel vervoer zoals bedoeld in art. 2.14, lid 1, van het Bzv komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Verzoekster en verzekerde behoren niet tot de genoemde indicatiegroepen in dit artikel. De gedeclareerde reiskosten kunnen derhalve niet worden vergoed ten laste van de basisverzekering.

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 het meest passend lijkt te zijn bij de

uitgevoerde behandeling in Oostenrijk. De gemaakte reis- en verblijfkosten kunnen niet worden vergoed ten laste van de basisverzekering.

### Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding van de behandeling brengt het Zorginstituut geen advies uit en merkt het Zorginstituut alleen op dat DBC-zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Oostenrijk.
- De gemaakte reis- en verblijfkosten die verband houden met de behandeling van verzekerde in Oostenrijk komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg, de 'stand van de wetenschap en praktijk', het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', en de voorrangsbepaling alsmede artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004 en de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) 987/2009 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd voor een NoTube behandeling ten behoeve van verzekerde in Graz, Oostenrijk, een andere EU-lidstaat. Er is sprake van planbare zorg en hierop ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. De ziektekostenverzekeraar heeft toestemming geweigerd omdat, achtereenvolgens, (i) de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en indien wel aan dit criterium wordt voldaan, (ii) het zorg betreft die in Nederland onder de Jeugdwet valt, zodat de voorrangsbepaling van artikel 2.1, eerste lid, Bzv van toepassing is. Tussen partijen is niet in geschil dat verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.

### Stand van de wetenschap en praktijk

- 8.3. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt onder (i) zal de commissie in de eerste plaats beoordelen of de NoTube behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de

beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.

- 8.4. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezochte en geselecteerde evidence op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren afgewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
- formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
  - systematische literatuursearch;
  - samenvatten van de evidence;
  - beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
  - van evidence naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.
- 8.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de NoTube behandeling en is hierbij tot de conclusie gekomen dat deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In zijn advies van 14 augustus 2024 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat verzekerde niet het online NoTube programma ('Netcoaching') heeft gevolgd. Dit programma voldoet niet aan eerder genoemd criterium.

#### *Jeugdwet of Zorgverzekeringswet?*

- 8.6. De volgende vraag is of het hier zorg betreft die in Nederland onder de Jeugdwet valt. Hierover schrijft het Zorginstituut in het advies van 30 mei 2024:
- "In geval van verzekerde gaat het om voedings- en eetstoornissen die ontstaan zijn op zuigelingenleeftijd, waarbij sprake is van een onderliggende somatische oorzaak. In dat geval valt de diagnostiek en behandeling van de stoornis onder het domein somatisch medisch-specialistische zorg en daarmee onder de Zvw. Gelet op het voorgaande kan geconcludeerd worden dat het in het geval van verzekerde gaat om somatisch medisch-specialistische zorg welke voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de Zvw."*
- 8.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij, naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 30 mei 2024, heeft besloten de NoTube behandeling ten laste van de zorgverzekering te vergoeden. Hierdoor rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding.

#### *DBC-zorgproductcode en hoogte vergoeding*

- 8.8. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting DBC-zorgproductcode 990416016 als meest passend genoemd. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd of dit juist is. Het Zorginstituut heeft hierover meegedeeld dat DBC-zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Oostenrijk. De commissie

volgt het Zorginstituut hierin. Zij overweegt verder dat verzekerde - anders dan verzoekster meent - geen aanspraak heeft op het bijbehorende marktconforme tarief, maar op de door de ziektekostenverzekeraar bepaalde vergoeding indien de zorg wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit volgt uit de artikelen 3 en 18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Uit het 'overzicht maximale vergoedingen buitenlandse ziekenhuizen 2023', volgt dat de vergoeding bij DBC-zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 € 1.746,41 bedraagt.

#### *Tarifering*

- 8.9. Het voorgaande betekent tevens dat de gevraagde toestemming op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004 ten onrechte werd geweigerd met als reden dat geen sprake is van verzekerde zorg op basis van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft geen beroep gedaan op de andere afwijzingsgronden, zoals vermeld in artikel 20. Artikel 26 in samenhang met artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 geeft voor deze situatie een aantal alternatieven. Verzoekster heeft het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering niet verzocht om vergoeding (artikel 25, vierde lid, in samenhang met artikel 26, zesde lid). De andere mogelijkheid is dat zij de ziektekostenverzekeraar vraagt te tarifieren (artikel 25, vijfde lid, in samenhang met artikel 26, zesde lid), waarbij op grond van artikel 26, zevende lid, van Verordening (EG) nr. 987/2009 zo nodig moet worden aangevuld tot de vergoeding op basis van de zorgverzekering zoals deze volgt uit de artikelen 3 en 18.2 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, echter tot maximaal het bedrag van de werkelijke kosten. De commissie merkt op dat in de door verzoekster aangehaalde Patiëntenrichtlijn is vastgelegd dat als hoofdregel geldt dat in geval van samenloop toepassing wordt gegeven aan de verordening, tenzij betrokkene expliciet kiest voor vergoeding volgens de wetgeving van de bevoegde lidstaat. In dit geval is verzoekster bij herhaling het aanbod gedaan tot tarifiering in Oostenrijk. Zij heeft evenwel schriftelijk verklaard af te zien van die mogelijkheid. De commissie laat dit punt daarom verder rusten. De commissie merkt overigens op dat zij er goede nota van heeft genomen dat de ziektekostenverzekeraar zich bereid heeft verklaard alsnog te willen tarifieren.

#### *Reis- en verblijfskosten*

- 8.10. Ter zitting heeft verzoekster tevens verzocht om vergoeding van de gemaakte reis- en verblijfskosten. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 14 augustus 2024 opgemerkt dat reis- en verblijfskosten die verband houden met de behandeling van verzekerde in Oostenrijk niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering. De commissie onderschrijft dit, zodat bedoelde kosten voor eigen rekening blijven.
- 8.11. Aangezien het verzoek hiermee gedeeltelijk wordt toegewezen, acht de commissie gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het door verzoekster voor de onderhavige procedure betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden.

#### *Slotsom*

- 8.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 9. Bindend advies

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) de kosten van de behandeling van verzekerde in Graz, Oostenrijk, tot een bedrag van € 1.746,41 moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
  - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 10 oktober 2024,

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

### **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. Recht op (vergoeding van) zorg

### Recht op zorg

Om te bepalen of je recht hebt op zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum van de zorg bepalend. Het is dus niet de datum waarop de behandeling wordt gedeclareerd of de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste zorgactiviteit) bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet je bij ons verzekerd zijn om recht op zorg te hebben.

### Keuze van zorgaanbieder

Bij een naturapolis kies je voor door a.s.r. gecontracteerde zorgaanbieders. Je kunt ook kiezen voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders, dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt. Zie hieronder bij: 'Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg' voor nadere uitleg.

### Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Als je kiest voor zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder, vergoeden wij de kosten voor je zorg volgens de tarieven die wij hebben afgesproken met deze zorgaanbieder. Wij betalen de zorgaanbieder rechtstreeks en je ontvangt geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage betaal je meestal apart aan de zorgaanbieder. Is dat niet het geval, dan incasseren wij dit bij je. Naast afspraken over de tarieven en de wijze van declareren, leggen wij in het contract met de zorgaanbieder ook afspraken vast over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg en de voorwaarden waaronder de zorg mag worden verleend.

Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

### Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

#### *Wettelijk maximumtarief en vrije tarieven*

Als je naar een zorgaanbieder binnen Nederland gaat waarmee wij geen of beperkt een contract hebben afgesloten dan vergoeden wij je behandeling tot ten hoogste 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Het gemiddelde gecontracteerde tarief is het gemiddelde bedrag dat wij betalen voor je behandeling als je naar één van onze gecontracteerde zorgaanbieders gaat.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Behandelingen in het kader van de Wet zorg en dwang  
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot het maximale NZa tarief.
- Huisarts  
Hiervoor geldt dat wij huisartsenzorg vergoeden tot 100% van het maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa. Door de huisarts aangevraagd onderzoek (zoals een röntgenfoto of bloedonderzoek) dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd vergoeden wij tot ten hoogste 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief
- Hulpmiddelen  
Hiervoor geldt dat wij je hulpmiddel/behandeling vergoeden tot ten hoogste 75% van het laagste gecontracteerde tarief. Hieronder verstaan wij het laagste tarief dat wij hiervoor hebben afgesproken met onze gecontracteerde zorgaanbieders.

Inrichtingselementen, visuele hulpmiddelen, diabeteshulpmiddelen, verbandmiddelen, en incontinentie-of stomamaterialen krijg je volledig vergoed als je deze online besteld bij speciaal voor Goede Keuze gecontracteerde leveranciers. In ons Reglement Hulpmiddelen Goede Keuze kun je zien welke hulpmiddelen hiervoor in aanmerking komen. Bestel je deze hulpmiddelen niet online of bij een andere leverancier, terwijl een gecontracteerde leverancier deze hulpmiddelen ook kan leveren? Dan heb je recht op een maximale vergoeding van 75% van het laagste tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgaanbieders). Wil je weten welke online leveranciers wij speciaal voor Goede Keuze gecontracteerd hebben?

Bekijk ze op: <https://zorgzoeker.asr.nl>.

- Vervoer  
Hiervoor geldt dat wij je vervoer vergoeden tot ten hoogste 75% van het gemiddelde tarief in de markt.
- Verpleging en verzorging  
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot ten hoogste 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Onze maximale tarieven kun je vinden op [www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen](http://www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen).  
Het Reglement Hulpmiddelen Goede Keuze kun je vinden op [www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten](http://www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten).

Voor verpleging en verzorging in de vorm van een Zwv-pgb gelden de maximale tarieven die vermeld staan in het Reglement Zwv-pgb Goede Keuze 2023.

Het Reglement Zwv-pgb Goede Keuze 2023 kun je vinden op [www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten](http://www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten).

#### **Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg**

Bij gebruik van niet gecontracteerde zorg moet je zelf de rekening indienen bij a.s.r., deze moet je eerst zelf aan je zorgaanbieder betalen.

Wij behandelen alleen originele nota's. Wij kunnen de nota alleen verwerken als hierop alle relevante gegevens vermeld staan. Deze worden bepaald door de NZa en benoemd in de nu geldende beleidsregels. Deze zijn te vinden op <https://puc.overheid.nl/nza>.

Uit de nota moeten wij duidelijk kunnen opmaken welk bedrag wij moeten betalen. Als je de nota zelf hebt ontvangen van de zorgaanbieder, ben je verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder.

Je kan je recht op vergoeding alleen overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder als jij of deze zorgaanbieder gebruikt maakt van een akte van cessie die voldoet aan onze regels die te vinden zijn op [www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten](http://www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten). Dit geldt niet voor:

- audiologische zorg (artikel 18.1);
- dialyse (artikel 18.3);
- erfelijkheidsonderzoek en -advies (artikel 18.6);
- hulpmiddelenzorg (artikel 18.14);
- mechanische beademing (artikel 18.16);
- medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg) (artikel 18.17);
- orgaantransplantaties (artikel 18.20);
- revalidatie (artikel 18.23);
- trombosedienst (artikel 18.25);
- verpleging en verzorging (artikel 18.27).

Voor de zorg genoemd in bovengenoemde artikelen geldt een cessieverbod. Een cessieverbod houdt in dat de zorgaanbieder geen nota namens jou bij ons mag indienen. Je betaalt zelf de nota aan de zorgaanbieder en dient de nota vervolgens zelf bij ons in.

#### **Spoedeisende zorg (ook in het buitenland)**

Gaat het om spoedeisende zorg dan handelen wij alsof je toestemming van ons hebt gekregen voor de zorg. Je moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg in het buitenland doe je dat via SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

#### **Cruciale zorg gegarandeerd**

Door financiële afspraken die wij maken met zorginstellingen kan het voorkomen dat sommige zorginstellingen tijdens het jaar hun omzetplafond bereiken. In die gevallen is de cruciale zorg voor je gegarandeerd (dit wil zeggen ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisiszorg GGZ) en, voor zorg waar je reeds bij de zorginstelling voor in behandeling bent, is het afhankelijk van de afspraken die wij met de zorginstelling hebben gemaakt.

Als de zorgaanbieder langere wachttijden heeft dan landelijk is afgesproken, kun je contact met ons opnemen. Wij kunnen je helpen met wachtlijstbemiddeling. Verwijzing vindt altijd plaats naar een andere zorgaanbieder.

### **Te veel betaald**

Het komt soms voor dat wij aan jou of de zorgverlener of zorgaanbieder meer betalen dan waarop je volgens de verzekeringsovereenkomst recht hebt. Bijvoorbeeld door een openstaand eigen risico of een wettelijk eigen bijdrage. Jij (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via automatische incasso. Doordat je deze verzekering met ons bent aangegaan, word je (verzekeringnemer) namelijk geacht ons hiervoor een machtiging te hebben verleend.

### **Andere zorg dan in de polis omschreven**

Je kunt ook aanspraak maken op vormen van zorg die niet worden genoemd in deze polis. Bij deze zorg moet vaststaan dat er een vergelijkbaar resultaat wordt bereikt als met de regulier aangeboden zorg. Je hebt vooraf onze toestemming nodig. Dit wordt in de volgende paragraaf toegelicht. De vorm van zorg mag niet volgens de wet zijn uitgesloten van vergoeding.

### **Machtigingenbeleid**

Voor een aantal zorgsoorten geldt er een machtigingenbeleid. Dat betekent dat je (of je zorgaanbieder namens jou) voorafgaand aan de behandeling een aanvraag bij ons in moet dienen om toestemming te krijgen. Als wij de gevraagde toestemming verlenen, krijg je hiervoor een schriftelijke machtiging.

Hiervan is sprake bij:

Hiervan is sprake bij:

- eerstelijnsverblijf na drie maanden opname (artikel 18.5);
- bepaalde geneesmiddelen (artikel 18.8);
- niet-gecontracteerde GGZ-behandeling door een GGZ-instelling (artikel 18.12);
- niet-gecontracteerde GGZ-diagnostiek door een GGZ-instelling van meer dan 300 minuten (artikel 18.12);
- aaneengesloten verblijf van meer dan 365 dagen in een klinische GGZ-instelling (artikel 18.12);
- niet-gecontracteerde hulpmiddelen (artikel 18.14) en bij bepaalde gecontracteerde hulpmiddelen (Reglement Hulpmiddelen Goede Keuze );
- behandeling van plastisch chirurgische aard (artikel 18.17);
- bepaalde kaakchirurgische behandelingen (artikel 18.18 en 18.19) zie hiervoor de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie;
- kaakoverzichtsfoto's (code X21) bij verzekerden tot 18 jaar (artikel 18.18);
- implantaten ter bevestiging van een klikgebit, kunst- of klikgebitten die eerder dan vijf jaar worden vervangen en bijzondere tandheelkunde (artikel 18.18 en 18.19);
- niet-gecontracteerde ZBC's bij revalidatie (artikel 18.23);
- niet-gecontracteerde verpleging en verzorging (artikel 18.27);
- persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) (artikel 18.27) zie hiervoor het Reglement Zvw-pgb Goede Keuze.

In de machtiging vermelden wij de periode waarover deze geldig is. Als in de machtiging een periode is vermeld die de looptijd van de verzekering overschrijdt, dan neemt je nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over.

Meer informatie over de achtergrond van dit beleid en de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie kun je vinden op [www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten](http://www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten).

### **Opname in een andere ligklasse**

Als je wordt opgenomen in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum in een andere klasse dan waarvoor je verzekerd bent, krijg je vergoeding op basis van de laagste ligklasse.

### **Vergoeding DBC-zorgproduct**

Voor (de vergoeding van) zorg waarbij sprake is van een DBC-zorgproduct, wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat de kosten over de DBC geopend in 2022 worden vergoed door de 'oude' verzekeraar, als je in 2023 bent overgestapt.



Voorbeeld:

Als je in 2022 voor het eerst met de specialist contact hebt gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2023. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2022. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2023, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2023.

#### Buitenland

Voor zorgkosten die je in het buitenland maakt gelden andere vergoedingsregels. Die kun je vinden in artikel 18.2 Buitenland.

## 4. Premie

Je bent als verzekeringnemer of contractant premie verschuldigd voor je basisverzekering. Ook in het geval van betaling van de premie door een derde in het kader van een collectiviteit, blijft de verzekeringnemer ten allen tijde premieplichtig. Bij niet betaling door de derde kan de premie dan ook per ommekeer van de verzekeringnemer worden gevorderd.

Voor een verzekerde die 18 jaar wordt, betaal je pas premie vanaf de 1e van de maand na zijn of haar verjaardag.

De premie berekenen wij door de premiegrondslag te verminderen met een eventuele korting voor een vrijwillig gekozen eigen risico.

## 5. Verplicht eigen risico

#### Hoogte verplicht eigen risico

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor je eigen rekening. Voor de GGZ geldt vanaf 2022 het volgende: het eigen risico wordt maandelijks berekend en in rekening gebracht. Indien je behandeling is gestart in 2022 en doorloopt in 2023, kun je te maken krijgen met een eigen risico factuur over 2022 en 2023.

#### Wanneer is het verplichte eigen risico van toepassing

Het verplicht eigen risico is van toepassing op alle zorgvormen in deze polisvoorwaarden behalve voor:

- de kosten van huisartsenzorg. Geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts en laboratoriumonderzoek dat samenhangt met huisartsenzorg vallen wel onder je eigen risico;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van verpleging en verzorging;
- de kosten van voetzorg bij diabetes;
- de kosten van nacontroles van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- medische kosten van een levende donor die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomangement en COPD;
- medicatiebeoordeling bij chronisch UR (uitsluitend recept) geneesmiddel(en)gebruik;
- hulpmiddelen in bruikleen of huur op basis van bruikleen;
- eigen bijdragen (behalve voor geneesmiddelen) of eigen betalingen;
- stoppen-met-rokenbegeleiding en nicotine vervangende middelen en geneesmiddelen als onderdeel van stoppen-met-rokenbegeleiding;
- de kosten van geneesmiddelen die door ons als preferent zijn aangewezen. De kosten van de zorg die de apotheek verleent (zoals kosten van de aflevering of een begeleidingsgesprek) vallen wel onder het verplichte eigen risico.

In bovenstaande gevallen stellen wij je zo snel mogelijk op de hoogte per welke datum wij de basisverzekering beëindigen en met welke reden.

#### Beëindiging verzekering bij uit de markt nemen of niet langer aanbieden

Wij hebben het recht de verzekering eenzijdig te beëindigen als wij de betrokken verzekering uit de markt nemen of niet langer aanbieden.

## 17. Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

#### Verzoek om heroverweging

Ben je het niet eens met onze beslissing? Dan kun je ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door je verzoek tot heroverweging te uploaden naar <https://www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload>. Ook kun je een brief sturen aan a.s.r., t.a.v. de afdeling Zorg Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. Voor vragen kun je met ons bellen op (030) 699 79 30. Vermeld er in alle gevallen duidelijk bij dat het om een heroverweging gaat.

#### SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op je verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en ben je het daar niet mee eens? Dan kun je naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. Je kunt met je verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

#### Klacht

Heb je een klacht? Gebruik dan het klachtenformulier op Mijn Zorg Ik kies zelf van a.s.r.. Je kunt ook met ons bellen op (030) 699 79 30 of een brief sturen naar a.s.r. Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht.

Vind je dat je klacht niet goed is afgehandeld? Leg je klacht dan voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Je kunt met je klacht ook naar de bevoegde rechter.

#### Klachten over standaardformulieren

Als je onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kun je daarover een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan hierover een bindende uitspraak doen.

## 18. Geneeskundige zorg

### 18.1 Audiologische zorg

Audiologische zorg is het voorkomen, onderzoeken en behandelen van stoornissen aan het gehoor. Het is een vorm van medisch specialistische zorg.

Je hebt recht op zorg verleend door een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- onderzoek doet naar je gehoorfunctie;
- je adviseert over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- je voorlichting geeft over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor je gehoorprobleem noodzakelijk is;
- je helpt bij het stellen van een diagnose bij een spraak- en taalstoornis bij je kind.
- Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

## 18.2 Buitenland

### Aanleveren van een nota en medisch verslag

Voor de juiste hoogte van een vergoeding ontvangen wij graag een medisch verslag of een ontslagbrief van de behandelend arts waaruit blijkt welke zorg geleverd is. Deze brief hoeft niet vertaald te worden. De nota dient te worden aangeleverd in een van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd ben je zelf verantwoordelijk voor een vertaling middels een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien van een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

### Spoedeisende zorg

Bij spoedeisende zorg in het buitenland dien je direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens onze medisch adviseur.

SOS International kun je bereiken op +31 (0)30 257 35 75 (staat ook op je zorgpas) of via [www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden](http://www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden).

### Niet-spoedeisende zorg vooraf aanvragen

Alleen in specifieke gevallen wordt niet-spoedeisende zorg in het buitenland (gedeeltelijk) vergoed. Je hebt bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland vooraf onze toestemming nodig. Je verneemt dan van tevoren of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is.

### Je woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief.

Onze maximale tarieven kun je vinden op [www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen](http://www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen).

### Je woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland

Je hebt dan de keuze uit:

- Zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- Vergoeding van je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

### Je woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland

Je hebt dan de keuze uit:

- Zorg volgens de wettelijke regeling van dat land waar je de zorg krijgt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- Vergoeding van je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

### Je woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan (zie artikel 3).

### Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op je zorgpas staat de EHIC. Als je op vakantie gaat naar een EU/EER-land of Zwitserland, dan heb je hiermee recht op noodzakelijke medisch zorg in het vakantieland. Je kunt de EHIC gebruiken in Australië voor noodzakelijke medische zorg. Je mag deze EHIC alleen gebruiken als je bij ons verzekerd bent. Als je deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl je weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor je eigen rekening.

## Betaling

Je declaratie betalen wij uit in euro's. Wij gebruiken daarbij de omrekenkoers die geldt op het moment dat wij je declaratie in behandeling nemen. Wij maken gebruik van de koers volgens [www.oanda.com](http://www.oanda.com). Wij betalen uit aan de verzekeringnemer op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

Meer informatie over het gebruik van je EHIC kaart kun je vinden op [www.hetCAK.nl/regelingen/buitenland](http://www.hetCAK.nl/regelingen/buitenland).

## 18.3 Dialyse

Er zijn 2 soorten dialyse. Peritoneaaldialyse en haemodialyse. Bij peritoneaaldialyse wordt je buikholte gespoeld met een vloeistof om je bloed te zuiveren. Haemodialyse is een therapie waarbij de nierfunctie wordt overgenomen door filters, de kunstnieren. Dialyse kan plaatsvinden in een instelling of thuis.

Je hebt recht op de volgende zorg in een dialysecentrum:

- bloedzuivering in verband met nierproblemen (hemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse) zonder opname;
- medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is en die bestaat uit:
  - onderzoek, behandeling en verpleging die met de dialyse gepaard gaat;
  - geneesmiddelen die nodig zijn voor de behandeling;
  - psychosociale begeleiding voor jou en voor degenen die bij het uitvoeren van de dialyse helpen.

Als de dialyse bij je thuis plaatsvindt, heb je ook recht op:

- een opleiding door het dialysecentrum voor degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyseapparatuur met toebehoren;
- chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn om de dialyse uit te voeren;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysetoel);
- de redelijke te verrichten aanpassingen in en aan je woning en voor het herstellen van je woning in de oorspronkelijke staat, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijke kosten (zoals elektriciteit en water) die rechtstreeks met de thuisdialyse te maken hebben, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voor de eventuele aanpassingen aan je woning en herstellen van je woning in de oorspronkelijke staat heb je vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

## 18.4 Diëtetiek

Diëtetiek betreft voorlichting over eetgewoonten en voeding met een geneeskundig doel. De diëtist geeft advies over je eetpatroon om je lichamelijke gezondheid te bevorderen.

## Recht op zorg

Je hebt recht op maximaal 3 behandeluren diëtetiek per kalenderjaar. Het gaat om zorg zoals diëtisten die plegen te bieden. De zorg moet een geneeskundig doel hebben.

Je hebt een verklaring van een huisarts, tandarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist nodig.

## Diëtetiek in het kader van gzsp

Indien je zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

## 18.5 Eerstelijns verblijf (ELV)

Het kan voorkomen dat je door de zorg die je nodig hebt tijdelijk niet thuis kan wonen. Je kunt dan, na overleg met je huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of SEH-arts tijdelijk terecht in een instelling voor eerstelijnsverblijf. Het doel van dit verblijf is dat je voldoende herstelt om terug te keren naar de thuissituatie, of het verblijf dient ter overbrugging tot de zorg thuis geleverd kan worden. Ook in je laatste levensfase kun je terecht voor zorg in een instelling voor eerstelijnsverblijf.

## 2. Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

Je ontvangt een (digitale) zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet je aan de zorgaanbieder tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heb je recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

De kosten van zorg kun jij of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor je eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking je recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat je recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Je hebt alleen recht op vergoeding van zorg als je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met je afsluiten als het door jou verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder je in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- je een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift hebt overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- je een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank hebt overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- je van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

### Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met je op digitale wijze. Wil je toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kun je hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. Je krijgt op deze manier alsnog jouw correspondentiestuk op papier. Je verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat je opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvang je gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

▼ C1*Artikel 18***Verblijf in de bevoegde lidstaat terwijl de woonplaats in een andere lidstaat ligt — Bijzondere regels voor gezinsleden van grensarbeiders**

1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, kunnen de in artikel 17 bedoelde verzekerden en hun gezinsleden de verstrekkingen eveneens tijdens een verblijf in de bevoegde lidstaat verkrijgen. De verstrekkingen worden verleend door en voor rekening van het bevoegde orgaan, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkene in die lidstaat woonde.

▼ M1

2. De gezinsleden van een grensarbeider hebben tijdens hun verblijf in de bevoegde lidstaat recht op verstrekkingen.

Wanneer de bevoegde lidstaat wordt vermeld in bijlage III, hebben de gezinsleden van een grensarbeider die in dezelfde lidstaat als de grensarbeider wonen, echter alleen recht op verstrekkingen in de bevoegde lidstaat onder de in artikel 19, lid 1, bepaalde voorwaarden.

▼ C1*Artikel 19***Verblijf buiten de bevoegde staat**

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

*Artikel 20***Reizen met het oogmerk verstrekkingen te ontvangen buiten de woonstaat (of lidstaat van de woonplaats)**

1. Tenzij in deze verordening anders 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.

**▼ C1**

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 de 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.

3. De leden 1 en 2 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van een verzekerde.

4. Indien de gezinsleden van een verzekerde wonen in een andere lidstaat dan de lidstaat waar de verzekerde woont, en die andere lidstaat heeft gekozen voor vergoeding op basis van vaste bedragen, worden de kosten van de in lid 2 bedoelde verstrekkingen gedragen door het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden. In dat geval wordt voor de toepassing van lid 1 het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden als het bevoegde orgaan beschouwd.

*Artikel 21***Uitkeringen**

1. Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen of verblijven, hebben recht op uitkeringen van het bevoegde orgaan overeenkomstig de door dat orgaan toegepaste wetgeving. In overleg tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen echter door het orgaan van de woon- of verblijfplaats voor rekening van het bevoegde orgaan worden verstrekt volgens de wetgeving van de bevoegde lidstaat.

2. Het bevoegde orgaan van een lidstaat wiens wetgeving bepaalt dat voor de berekening van de uitkeringen gemiddelde inkomsten dan wel een gemiddelde premie of bijdrage als grondslag wordt genomen, stelt deze gemiddelde inkomsten of deze gemiddelde premie of bijdrage uitsluitend vast op basis van de inkomsten die genoten zijn of de premies of bijdragen die zijn toegepast gedurende de krachtens bedoelde wetgeving vervulde tijdvakken.

3. Het bevoegde orgaan van een lidstaat wiens wetgeving bepaalt dat voor de berekening van de uitkeringen wordt uitgegaan van vaste inkomsten, houdt uitsluitend rekening met deze vaste inkomsten of in voorkomend geval met het gemiddelde van de vaste inkomsten die betrekking hebben op de krachtens bedoelde wetgeving vervulde tijdvakken.

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.

---

# 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.

---

# 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, 2.6, 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.

## 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, geriatische 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 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;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
    - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
  - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
    - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
    - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
    - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, 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.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 114

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.