

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verblijf buitenland, prostitutiebezoek
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.7, 2.12, 2.13 en 2.14 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer : 202200602
Zittingsdatum : 7 september 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 14 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 april 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 30 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 juli 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 19 juli 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022026736) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 juli 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop binnen tien dagen schriftelijk te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 6 juli 2022 respectievelijk 11 juli 2022 schriftelijk verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op 15 februari 2022, door middel van een online formulier, bij de ziektekostenverzekeraar vergoeding gevraagd van de reiskosten alsmede de verblijfkosten in het buitenland, en de kosten van prostitutiebezoek aldaar.
- 3.3. Bij e-mailberichten van 4 en 5 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend beslist op respectievelijk het verzoek om vergoeding van de reis- en verblijfkosten en het verzoek om vergoeding van de kosten van het prostitutiebezoek. Hierbij is direct verwezen naar de SKGZ.
- 3.4. Bij brief van 19 juli 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de reiskosten en de kosten van het verblijf in het buitenland te vergoeden, alsmede de kosten van het prostitutiebezoek aldaar. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat hij last heeft van winterjeuk in de periode van eind oktober tot begin maart. Dit kan uitlopen tot in april, een en ander afhankelijk van het weer. Bij verblijf in een warm land heeft verzoeker deze klachten niet. Dat hiervoor geen alternatief bestaat wordt bevestigd door zijn huisarts en de behandelend dermatoloog. Als hij in het buitenland is, is het voor hem noodzakelijk dat hij daar prostituees bezoekt. Van zijn Wajong-uitkering kan hij dit niet bekostigen. Zijn behandelend psychiater ondersteunt de aanvraag tot vergoeding.
- 4.2. Met betrekking tot de kosten van reis en verblijf voert verzoeker aan dat in de verzekeringsvoorwaarden geen uitsluiting ter zake is opgenomen. In andere situaties worden de desbetreffende kosten wél vergoed, bijvoorbeeld als een verzekerde in een kuuroord verblijft in verband met astma, reuma of psoriasis. Volgens verzoeker volstaat een bedrag van € 3.000,- tot € 4.000,- per jaar. Vergoeding is zijns inziens mogelijk in het kader van 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen', 'Medisch specialistische zorg buiten het ziekenhuis', en 'Reiskosten en verblijf buitenland'.
- 4.3. Waar het gaat om de kosten van prostitutiebezoek stelt verzoeker dat ook hiervoor in de verzekeringsvoorwaarden geen uitsluiting is opgenomen. Verzoeker licht toe dat hij een hoog testosteronniveau en een sterke sexdrive heeft, en tot tien keer per dag masturbeert. Hij voelt zich "een bonobo onder de chimpansees". Als de kosten niet worden vergoed, heeft het leven voor hem geen zin meer en overweegt hij euthanasie. Een aanvraag hiertoe werd al gedaan. Vergoeding is volgens verzoeker mogelijk in het kader van 'Reiskosten en verblijf buitenland', 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen' (AG/1002 Reistoelag), 'Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking' (AG/1007), en voorts op basis van de DBC-/Zorgproductcode 059899007 15C293, 'Seksuologische behandeling bij een seksuologische aandoening', 'Persoonlijke verzorging' (WV/1000), 'Verpleging' (WV/1002) of 'Gespecialiseerde verpleging' (WV/1004). Verzoeker voert verder nog aan dat hij wordt gediscrimineerd. Zo wordt sexzorg voor gehandicapten wel vergoed, omdat het in dat kader wordt gezien als een eerste levensbehoefte. In de situatie van verzoeker vindt daarentegen geen vergoeding plaats, waarbij hij nog opmerkt dat sexzorg geen uitkomst biedt omdat hij zich niet aangetrokken voelt tot degenen die deze zorg verlenen. Ook vrouwen die een kinderwens hebben worden financieel bijgestaan. De kosten van vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, IUI, ICSI, IVF en adoptie worden vergoed. Verzoeker voelt eveneens een "noodzaak tot voortplanting", maar ontvangt hiervoor geen vergoeding. Ook wordt vergoeding verleend voor de behandeling van transgenders, terwijl bekend is dat veel van hen werkzaam zijn in de prostitutie. Ter onderbouwing van zijn stellingen verwijst verzoeker naar diverse door hem overgelegde publicaties.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen vergoeding van de reis- en verblijfkosten mogelijk is. Dit geldt ook voor de kosten van het prostitutiebezoek. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat noch in de voorwaarden van de zorgverzekering noch in die van de aanvullende ziektekostenverzekering dekking voor deze kosten is opgenomen.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 19 juli 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Reiskosten en verblijf in het buitenland

Verzoeker heeft last van 'winterjeuk' van oktober tot maart/april. Daarom wil verzoeker in die periode in een land met een warm klimaat verblijven. Er is in het geval van verzoeker geen sprake van geneeskundige zorg waarbij verblijf in een zorginstelling nodig is. Het verblijf in het buitenland en de reiskosten komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Prostitutiebezoek

Verzoeker geeft aan dat hij een te hoog testosteronniveau en een sterke sexdrive heeft, daarom wil verzoeker een vergoeding ten laste van de basisverzekering voor prostitutiebezoek.

Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft - kort gesteld - zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'.

Prostitutiebezoek is geen zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen of verloskundigen plegen te bieden. Er is geen sprake van geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Ook is geen sprake van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden die verband houdt met geneeskundige zorg. Vergoeding ten laste van de basisverzekering is daarom niet mogelijk.

Conclusie

Er is geen sprake van geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Het verblijf in het buitenland, de reiskosten en het prostitutiebezoek 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op de reis- en verblijfkosten in het buitenland alsmede de kosten van prostitutiebezoek aldaar.

Zorgverzekering

- 8.3. Bij de totstandkoming van de Zvw heeft de wetgever niet ervoor gekozen alle verzekerde prestaties afzonderlijk te beschrijven. In plaats daarvan zijn in de wet diverse criteria opgenomen aan de hand waarvan kan worden bepaald of sprake is van een te verzekeren prestatie. Het gaat hierbij in de eerste plaats om het criterium 'plegen te bieden', dat is opgenomen in de artikelen 10 Zvw en 2.4 e.v. Bzv. Voorts moet zijn voldaan aan het criterium 'stand van de wetenschap en

praktijk', zoals vermeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv. In artikel 2.1, derde lid, Bzv is bepaald dat de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs moet zijn aangewezen op een vorm van zorg of een dienst. In sommige gevallen is door de wetgever een verwijzing verplicht gesteld. Tot slot kunnen per vorm van zorg of andere dienst specifieke voorwaarden of uitsluitingen in de regelgeving zijn opgenomen. Het voorgaande is door de ziektekostenverzekeraar overgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering (zie de artikelen 1.1. en 1.9., en voor de specifieke voorwaarden en uitsluitingen de toepasselijke dekkingsrubrieken).

Anders dan verzoeker veronderstelt, kan aan het feit dat in de zorgverzekering geen expliciete uitsluiting voor de door hem gevorderde reis- en verblijfkosten of het prostitutiebezoek is opgenomen, niet de conclusie worden verbonden dat sprake is van verzekerde zorg of een andere dienst waarvan de kosten zonder meer ten laste van de zorgverzekering moeten worden vergoed. Aan de hand van eerder genoemde criteria zal voor de reiskosten, de verblijfkosten in het buitenland, en de kosten van het prostitutiebezoek afzonderlijk moeten worden nagegaan of hiervoor dekking bestaat.

- 8.4. Kosten van vervoer komen op grond van de artikelen 2.13 en 2.14 Bzv onder voorwaarden voor vergoeding in aanmerking. Ambulancevervoer (artikel 2.13 Bzv) is hier niet aan de orde zodat deze bepaling verder onbesproken kan blijven. Om in aanmerking te komen voor zittend ziekenvervoer geldt dat sprake moet zijn vervoer in verband met het ontvangen van zorg ten laste van de zorgverzekering, de Wet langdurige zorg of de Jeugdwet. Betrokkene moet behoren tot één van de bij wet aangewezen categorieën van personen of voldoen aan de zogenoemde hardheidsclausule, terwijl de maximale reisafstand in beginsel 200 kilometer bedraagt, en het vervoer in beginsel per eigen auto, taxi of openbaar vervoer moet plaatsvinden. In de situatie van verzoeker wordt aan geen van deze - cumulatieve - voorwaarden, die zijn terug te vinden in artikel 39 van de zorgverzekering, voldaan. Om deze reden is vergoeding van de reiskosten niet mogelijk.
- 8.5. Ten aanzien van verblijf is in artikel 2.12 Bzv bepaald dat het verblijf medisch noodzakelijk moet zijn in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Bzv, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7 Bzv. Artikel 38 van de voorwaarden van de zorgverzekering noemt daarnaast het verblijf in verband met huisartsenzorg, verloskundige zorg en gespecialiseerde GGZ. Dit alles is bij verzoeker niet aan de orde zodat geen vergoeding van de verblijfkosten in het buitenland kan plaatsvinden. De door hem gemaakte vergelijking met bijvoorbeeld het Nederlands Astmacentrum te Davos gaat niet op, aangezien het verblijf van een patiënt aldaar wél samenhangt met geneeskundige zorg.
- 8.6. Ter zake van het prostitutiebezoek geldt dat het hier geen zorg betreft zoals één van de in de Zvw en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten genoemde beroepsgroepen die pleegt te bieden. Met name gaat het hier niet om zorg zoals medisch specialisten, psychologen of verpleegkundigen die plegen te bieden, zodat de verwijzing naar geneeskundige zorg, GGZ-zorg, en verpleging en verzorging hier geen doel treft.
- 8.7. De door verzoeker gevorderde kosten van vervoer, verblijf in het buitenland en prostitutiebezoek komen, zoals ook het Zorginstituut in het advies van 19 juli 2022 concludeert, niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.8. Voor de aanvullende ziektekostenverzekering is het uitgangspunt dat alleen die zorgvormen zijn verzekerd waarop de overeenkomst betrekking heeft, en uitsluitend indien is voldaan aan de hierbij tussen partijen overeengekomen voorwaarden. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor reiskosten of verblijfkosten in het buitenland. Vergoeding van verblijfkosten is - onder voorwaarden - alleen mogelijk bij verblijf in een logeerkamer of familiehuis, verbonden aan een ziekenhuis (artikel 37), het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed (artikel 38), een hospice (artikel 39), en een herstellingsoord of zorghotel, aansluitend op een opname in een ziekenhuis of ZBC (artikel 40).

Ook voor het prostitutiebezoek kent de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking. De door verzoeker genoemde seksuologische zorg (artikel 32) behoort niet tot het verzekerde pakket van de aanvullende ziektekostenverzekering, en is overigens van een geheel andere aard dan hij lijkt te veronderstellen.

Discriminatie

- 8.9. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij wordt gediscrimineerd, waarbij hij heeft verwezen naar de vergoedingen die worden verleend aan gehandicapten, vrouwen met een kinderwens en transseksuelen. De commissie merkt hierover op dat, nog daargelaten dat sexzorg aan gehandicapten niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering, van discriminatie uitsluitend kan worden gesproken indien gelijke gevallen ongelijk worden behandeld. Dat laatste speelt in de situatie van verzoeker niet. Door hem is geen aanvraag gedaan voor een vruchtbaarheidsbevorderende behandeling, IUI, IVF of ICSI, laat staan voor een geslachtsveranderende operatie. De door hem gevoelde "noodzaak tot voortplanting" maakt dit niet anders en zijn stelling dat veel transseksuelen werkzaam zijn in de prostitutie kan de commissie slechts voor kennisgeving aannemen.

Slotsom

- 8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 september 2022,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen**1. Wetgeving**

- artt. 10 en 11 Zvw, en 2.1, 2.7, 2.12, 2.13 en 2.14 Bzv

2. Voorwaarden zorgverzekering

- artt. 1.1, 1.9, 38 en 39

3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

- artt. 32, 37, 38, 39 en 40

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen

van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Artikel 2.12

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

Artikel 2.13

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

Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
 - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
 - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
 - f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c;
 - g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
6. Indien een verzekerde is aangewezen op vervoer als bedoeld in het eerste of derde lid, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen vergoeding voor kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor kosten van vervoer.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De UC Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- Medisch inhoudelijke factoren
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 38. Verblijf

Verblijf is medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 15.1), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 32 en artikel 33) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 14, Verpleging en verzorging.

Een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis is mogelijk als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 77,50 per dag.

Wanneer heeft u recht op een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis?

Ondergaat u CAR T-celtherapie en woont u op meer dan 60 minuten reizen van het expertziekenhuis waar u de behandeling ondergaat? Dan kunnen wij op uw verzoek een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van het ziekenhuis geven. De vergoeding begint op de dag dat u het ziekenhuis verlaat en stopt na 14 dagen, tenzij u langer in de buurt van het ziekenhuis moet blijven in verband met medische complicaties. De vergoeding bedraagt maximaal € 77,50 per dag.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.

Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend.

Het verblijf in verband met intensieve kindzorg mag plaatsvinden in een kindzorghuis.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor verblijf in een GGZ-instelling niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Voor verblijf in verband met intensieve kindzorg mag een kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige een voorschrift afgeven.

Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 33 Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg (artikel 16), revalidatie (artikel 17.1), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel 21), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en mondzorg (artikel 32 en 33) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel.

U heeft ook onze toestemming nodig voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

ZIEKENVERVOER

Artikel 39. Ambulancevervoer en ziekenvervoer

Ambulancevervoer en ziekenvervoer omvat:

1. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevoorzieningen over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. Naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. Naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
 - c. Als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. Vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel in punt 1b, naar:
 - Een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
 - Een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt.
 - e. Naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel in punt 1a tot en met 1d;
2. Ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder of instelling als bedoeld onder punt 1a, 1b of 1d of een woning als bedoeld onder punt 1e.

U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. Voor nierdialyses en voor de consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
- b. Voor oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
- c. Als u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- d. Als uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

Wanneer komt u in aanmerking voor ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U heeft recht op ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveld heeft van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie heeft van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

- e. Als u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen bent op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (intensieve kindzorg);
- f. Als u bent aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 17.2;
- g. Als u bent aangewezen op dagbehandeling in een groep als onderdeel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel 12 onder punt 2a, 2b of 2c;

- h. Als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Hieronder valt ook het ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Logeerkosten

Bent u tenminste drie achtereenvolgende dagen aangewezen op vervoer als bedoeld onder 2a tot en met 2g? Dan kunnen wij u op uw verzoek een vergoeding voor logeerkosten geven van maximaal € 77,50 per dag. U heeft dan recht op vervoer of een kilometervergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en op vergoeding van twee of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De logeervergoeding komt dus gedeeltelijk in plaats van de vervoersvergoeding.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 111 per kalenderjaar voor ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer en logeerkosten.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Voor ambulancevervoer: bij een vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Voor ziekenvervoer:
 - Bij een taxivervoerder
 - Bij een openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse
 - Eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,32 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Maakt u gebruik van een taxivervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2e (intensieve kindzorg) heeft u een voorschrift nodig van de kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2g (geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen) heeft u een voorschrift nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapt, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog generalist. U heeft geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor ziekenvervoer en de vergoeding van logeerkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt telefonisch toestemming vragen bij de vervoersdesk voor:

- Ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen
- Ziekenvervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindertehuis bij intensieve kindzorg
- Vergoeding van logeerkosten.

Kijk voor het telefoonnummer van de vervoersdesk op onze website.

Extra informatie

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

ZORGBEMIDDELING

Artikel 40. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag u gebruikmaken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Hoe berekent u uw BMI

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan 85 gedeeld door $(1.75 \times 1.75) = 85$ gedeeld door 3,0625 = 27,76. Dit is afgerond 28.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen

1. Een verwijfsbrief van huisarts of medisch specialist
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend specialist meesturen over de aard en omvang van de afwijking.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 31. Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een 8-weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). U heeft recht op deze training als u 18 jaar of ouder bent en burn-out klachten heeft.

MBCT en MBSR

Deze therapieën combineren de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie met meditatie en yoga.

VGZ Werkt Instap	VGZ Werkt Goed	VGZ Werkt Beter	VGZ Werkt Best
geen vergoeding	maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) met lidmaatschap categorie 1. Bij een MBCT/MBSR gecertificeerd mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VVM (Vereniging Voor Mindfulness).

U vindt de trainers op de website van deze verenigingen; www.vmbn.nl en www.verenigingvoormindfulness.nl.

U kunt uw vordering op ons voor mindfulness bij burn-out klachten niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts of bedrijfsarts.

Artikel 32. Seksuologische zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van seksuologische zorg. Onder deze zorg valt onder andere hulp bij problemen met intimiteit, erotiek, seksuele functies en relatie- en partnertherapie.

VGZ Werkt Instap	VGZ Werkt Goed	VGZ Werkt Beter	VGZ Werkt Best
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal 4 zittingen per kalenderjaar tot maximaal € 60 per zitting. Een zitting duurt minimaal 60 minuten

Hier kunt u terecht

Bij een seksuoloog die is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

U kunt uw vordering op ons voor seksuologische zorg niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts of bedrijfsarts.

VOETBEHANDELINGEN

Artikel 33. Budget voetbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor voetbehandelingen en voor podotherapie zoals hierna beschreven in Artikel 33.1 en 33.2.

VGZ Werkt Instap	VGZ Werkt Goed	VGZ Werkt Beter	VGZ Werkt Best
geen vergoeding	maximaal € 100 per kalenderjaar	maximaal € 300 per kalenderjaar	maximaal € 500 per kalenderjaar

33.1. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. voetbehandelingen voor verzekerden met reuma (reumatoïde artritis);
2. voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Dit zijn behandelingen om (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen. Uw podotherapeut of pedicure moet het zorgprofiel op de nota vermelden.

Zorgprofielen

Uitleg over zorgprofielen vindt u op onze website in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u heeft.

Dit krijgt u niet vergoed

De kosten van voetzorg voor diabetici met zorgprofiel 1 die niet in het behandelplan staat. Hieronder valt bijvoorbeeld het knippen van nagels en het verwijderen van eelt dat geen risico geeft op een wond, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen.

Let op

Vanuit uw zorgverzekering heeft u recht op bepaalde voetzorg bij diabetes (diabetes mellitus). Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.

Hier kunt u terecht

Bij een diëtist.

Let op

Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website.

Artikel 36. Gewichtsconsulent

Dit krijgt u vergoed

De kosten van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen.

VGZ Werkt Instap	VGZ Werkt Goed	VGZ Werkt Beter	VGZ Werkt Best
geen vergoeding	maximaal € 50 per kalenderjaar	maximaal € 100 per kalenderjaar	maximaal € 150 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een gewichtsconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN).

Op www.gewichtsconsulenten.nl kunt u een gewichtsconsulent bij u in de buurt zoeken.

VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 37. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw minderjarig kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen. Als uw minderjarig kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan kunt u naar het Onthaaltehuis Ter Weijde.
2. verblijf in een logeerhuis als u 2 dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

VGZ Werkt Instap	VGZ Werkt Goed	VGZ Werkt Beter	VGZ Werkt Best
maximaal € 45 per nacht	maximaal € 45 per nacht	maximaal € 45 per nacht	maximaal € 45 per nacht

Artikel 38. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed

Dit krijgt u vergoed

De kosten van verblijf in het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed als u poliklinisch onder behandeling bent in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of Daniël den Hoed.

VGZ Werkt Instap	VGZ Werkt Goed	VGZ Werkt Beter	VGZ Werkt Best
geen vergoeding	volledig	volledig	volledig

Vanuit de zorgverzekering heeft u in bepaalde situaties recht op zittend ziekenvervoer. Bent u tenminste 3 achtereenvolgende dagen aangewezen op dit vervoer, dan kunt u ook kiezen voor een vergoeding voor logeerkosten in plaats van een vergoeding voor vervoer.

PALLIATIEVE ZORG

Artikel 39. Hospice

Dit krijgt u vergoed

De kosten van verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

VGZ Werkt Instap	VGZ Werkt Goed	VGZ Werkt Beter	VGZ Werkt Best
geen vergoeding	maximaal € 40 per dag	maximaal € 40 per dag	maximaal € 40 per dag

Hier kunt u terecht

Bij een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt de door ons erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen op onze website.

ZORG EN VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 40. Herstellingsoorden en zorghotels

Dit krijgt u vergoed

Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel als:

1. het aansluit op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum, na afronding van uw behandelingen;
2. uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out.

VGZ Werkt Instap	VGZ Werkt Goed	VGZ Werkt Beter	VGZ Werkt Best
geen vergoeding	maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar	maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.500 per kalenderjaar	maximaal € 100 per dag tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Het verblijf vraagt u aan bij onze Zorgadviseur. Het telefoonnummer vindt u op onze website. Onze medewerker bespreekt met u of u aanspraak kunt maken op eerstelijnsverblijf vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of Wet Langdurige Zorg (Wlz) en verwijst u mogelijk naar een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van een huisarts of medisch specialist bij herstel van (mentale) overbelasting of burn-out (zoals beschreven onder Dit krijgt u vergoed, punt 3).