

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. te Tilburg en OWM CZ Groep U.A. te Tilburg  
Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, transarteriële chemo-embolisatie (TACE), mammacarcinoom, stand wetenschap en praktijk, reiskosten, coulance  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.13 en 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 20 Vo. nr. 883/2004  
Zaaknummer : 202201309  
Zittingsdatum : 5 april 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

1) Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. te Tilburg, en  
2) OWM CZ Groep U.A. te Tilburg,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 14 december 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 december 2022 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 18 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 januari 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 20 februari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023003008) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 februari 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 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. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te onderzoeken of verzoekster op enigerlei wijze tegemoet kan worden gekomen. Bij brief van 18 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie over de uitkomst hiervan bericht. Een kopie van deze brief is op 19 april 2023 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en een kopie van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 18 april 2023 zijn op 21 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 februari 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 mei 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 24 mei 2023 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft dr. Vogl in Frankfurt am Main (Duitsland) geconsulteerd nadat zij in Nederland de diagnose borstkanker had gekregen. Na het maken van een MRI en CT-scan heeft verzoekster op 25 juni 2021 in Duitsland een eerste behandeling met transarteriële chemo-embolisatie (hierna: TACE) ondergaan. In de tussenliggende periode heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht de behandelingen met TACE te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Bij brief van 12 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend beslist op de ingediende aanvraag.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 20 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 2 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:
  - (i) de behandelingen met TACE in Frankfurt am Main te vergoeden, en
  - (ii) de aldaar uitgevoerde MRI's en CT-scans alsmede de gemaakte reiskosten te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster heeft in dit verband toegelicht dat in 2021 bij haar een knobbeltje in haar borst werd ontdekt. In een ziekenhuis in Nederland werd niet lang daarna bij verzoekster de diagnose borstkanker gesteld, waarna zij in hetzelfde ziekenhuis is behandeld. Omdat het ziekenhuis in Nederland een operatie voorstelde, is verzoekster op zoek gegaan naar alternatieven. Dit alternatief heeft zij gevonden in de behandelingen met TACE door dr. Vogl. Deze vorm van behandelen biedt vele voordelen ten opzichte van de reguliere vorm van behandelen in Nederland. Zo is de behandeling niet alleen goedkoper, maar heeft deze ook voordelen voor de patiënt, omdat er niet in de borst hoeft te worden gesneden en er geen eventuele hersteloperatie nodig is. Andere voordelen zijn dat er geen narcose, bestraling of opname noodzakelijk is. Gelet op deze voordelen heeft verzoekster ervoor gekozen zich door dr. Vogl in Duitsland te laten behandelen. Het resultaat is dat verzoekster inmiddels genezen is verklaard.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het Zorginstituut in zijn advies van 20 februari 2023 ten onrechte is uitgegaan van borstkanker met uitzaaiingen naar de lever. Dit laatste is bij verzoekster niet aan de orde en daarom vraagt zij zich af of het advies van het Zorginstituut wel juist is. Verder is door verzoekster nogmaals benadrukt dat de behandeling met TACE, ten opzichte van de reguliere chemobehandelingen, vele voordelen heeft. Zo wordt de patiënt minder ziek en zijn de kosten ook veel lager. Verzoekster heeft contact met andere patiënten en ook zij hebben veel baat bij de TACE- behandelingen door dr. Vogl.

Tot slot heeft verzoekster gesteld dat zij reiskosten heeft gemaakt en binnenkort opnieuw naar dr. Vogl moet voor nacontroles. Zij meent dat ook deze kosten door de ziektekostenverzekeraar zouden moeten worden vergoed.

- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de behandelingen met TACE in verband met een mammacarcinoom geen verzekerde prestatie vormen. Dit omdat deze behandelingen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De meerwaarde van de behandelingen met TACE bij deze indicatie is namelijk nog niet wetenschappelijk aangetoond. Het Zorginstituut heeft geoordeeld dat TACE bij enkele andere specifieke indicaties wél voldoet aan genoemd criterium, maar de indicatie van verzoekster behoort hier niet toe.  
Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het vroege stadium van de ziekte goed is te behandelen met het behandelplan van het ziekenhuis in Nederland. Dit ziekenhuis stelde een borstsparende operatie met okselkliertoilet voor met, afhankelijk van de bevindingen van de patholoog, aansluitend bestraling en chemotherapie of hormoonbehandeling. Deze behandelingen voldoen wel aan de stand van de wetenschap en de praktijk.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerder ingenomen standpunt herhaald. Wel heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard te onderzoeken of verzoekster nog op enigerlei wijze tegemoet kan worden gekomen in de reiskosten of de kosten van de eventuele nacontroles.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 april 2023 verklaard dat, nu het gaat om een behandeling die niet voor vergoeding in aanmerking komt, ook de reiskosten en de kosten van de nacontroles niet ten laste van de zorgverzekering of van de aanvullende verzekering kunnen worden vergoed en dat hij evenmin overgaat tot een coulancevergoeding.

## 6. **Advies Zorginstituut**

- 6.1. In het voorlopig advies van 20 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

*"Plegen te bieden*

*TACE is een methode waarbij tumorweefsel vernietigd wordt door selectieve (lokale) toediening van chemotherapie en embolisatie van de arteriële vaatvoorziening naar de tumor. Het is een behandeling die onder de Zvw kan vallen.*

*Stand van de wetenschap en praktijk*

*Om te kunnen beoordelen of een behandeling met TACE bij een indicatie van een stadium CT2NOM0 mammacarcinoom verzekerde zorg is, moet de vraag worden beantwoord of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.*

*Het Zorginstituut heeft in het verleden meerdere standpunten over de stand van de wetenschap en praktijk bij een behandeling met TACE uitgebracht. Die standpunten hebben betrekking op verschillende indicaties. In 2020 heeft het Zorginstituut een standpunt ingenomen met betrekking tot een behandeling met TACE bij levermetastasen van borstkanker. De conclusie was dat die behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit standpunt betrof een andere indicatie dan in onderhavig geval. De indicatie die in dit geschil aan de orde is, is niet eerder beoordeeld door het Zorginstituut.*

Voor de beantwoording van de vraag of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is een literatuuronderzoek verricht. De specialistenrichtlijn van het NABON (Nationaal Borstkanker Overleg Nederland) en de NIV (Nederlandse Internisten Vereniging) uit 2021 geeft voorschriften voor de diagnostiek en behandeling van borstkanker, maar TACE is hiervan geen onderdeel. Ook in de Engelse ESMO en Amerikaanse NCCN richtlijn, die ook zijn meegenomen in de beoordeling van de medisch adviseur van verweerder, wordt geen melding gemaakt van TACE als behandelingsoptie bij borstkanker.

Op 9 februari 2023 werd een Pubmed search verricht tot 2023. Hierbij werden geen publicaties over TACE als monotherapie bij gelokaliseerd borstkanker gevonden. De artikelen die gevonden werden, beschreven met name de resultaten van TACE als palliatieve behandeling bij levermetastasen van borstkanker, of TACE in het kader van debulking van lokaal uitgebreide borstkanker voorafgaande aan mastectomie.

Op basis van bovenstaande kan niet geconcludeerd worden dat een behandeling met TACE een aangetoond effectieve behandeling is bij een stadium CT2NOMO mammacarcinoom.

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur en richtlijnen voor de behandeling van borstkanker concludeert het Zorginstituut dat een behandeling met TACE bij een stadium CT2NOMO mammacarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

#### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De kosten voor de behandeling van een mammacarcinoom met transarteriële chemo-embolisatie (hierna: TACE) bij een stadium CT2NOMO mammacarcinoom maakt geen onderdeel uit van het basispakket. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 2 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien.

Verzoekster heeft bij de hoorzitting opgemerkt dat het Zorginstituut ten onrechte is uitgegaan van een behandeling met TACE van borstkanker met uitzaaiingen naar de lever.

Ter verduidelijking merkt het Zorginstituut hierover op dat met de betreffende tekst in het (voorlopig) advies wordt bedoeld dat de behandeling met TACE bij borstkanker weliswaar is beoordeeld. Echter, die beoordeling was alleen gericht op de behandeling van uitzaaiingen naar de lever. De behandeling met TACE is niet beoordeeld in het kader van een stadium CT2NOMO (niet uitgezaaide) borstkanker, zoals bij verzoekster het geval was.

U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

## 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 A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en 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) over medisch-specialistische zorg, de stand van de wetenschap en praktijk, en zittend ziekenvervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook is hierin het relevante artikel uit Vo. nr. 883/2004 opgenomen. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Daarom is sprake van planbare zorg. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere EU-lidstaat als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Uit de overgelegde factuur van de Universitätsklinik blijkt dat verzoekster daar in de periode van 22 juni 2021 tot en met 5 mei 2022 verschillende behandelingen heeft ondergaan. Voorafgaand aan deze behandelingen heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De commissie moet beoordelen of de toestemming toen al dan niet terecht is geweigerd. In dat verband is onder andere van belang of de onderhavige zorg is verzekerd op grond van de zorgverzekering. Met de verordening is namelijk geen uitbreiding van de verzekerde prestaties op basis van de sociale ziektekostenverzekering van de bevoegde lidstaat (Nederland) beoogd.

### Zorgverzekering

- 8.3. Verzoekster heeft aan de commissie duidelijk uitgelegd wat de reden is geweest dat zij voor de behandelingen met TACE in Duitsland heeft gekozen. Hoewel de commissie begrip heeft voor de beweegredenen van verzoekster, staat dit los van de beoordeling of de desbetreffende behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de zorgverzekering. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt dat geen sprake is van een verzekerde prestatie ligt de vraag ter beantwoording voor of de behandelingen met TACE bij een stadium CT2NOMO mammacarcinoom voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 8.4. Met de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.5. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is voor de commissie niet bindend. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten ‘evidence based medicine’ het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 8.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de behandelingen met TACE bij een stadium CT2NOMO mammacarcinoom, zoals bij verzoekster aan de orde. Het advies van 20 februari 2023 bevat de uitkomst hiervan.

Het Zorginstituut verklaart in het verleden meerdere standpunten over de stand van de wetenschap en praktijk bij een behandeling met TACE te hebben uitgebracht. Die standpunten hebben betrekking op andere indicaties dan een stadium CT2NOMO mammacarcinoom. Omdat deze indicatie nog niet eerder door het Zorginstituut was onderzocht, is allereerst gekeken naar de Nederlandse, Engelse en Amerikaanse richtlijnen. In deze richtlijnen wordt geen melding gemaakt van TACE als behandelingsoptie bij borstkanker. Daarna is op 9 februari 2023 een literatuuronderzoek verricht in Pubmed. Hierbij werden geen publicaties over TACE als monotherapie bij gelokaliseerd borstkanker gevonden. Op basis van het uitgevoerde onderzoek kon niet worden geconcludeerd dat behandelingen met TACE bij een stadium CT2NOMO mammacarcinoom voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut concludeert op basis hiervan dat deze behandelingen geen deel uitmaken van het basispakket en adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. In het definitief advies van 2 mei 2023 wordt dit bevestigd.

De commissie ziet in hetgeen door verzoekster is aangevoerd met betrekking tot de mogelijke voordelen van de behandelingen met TACE geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Omdat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering vallen ook de in dit kader uitgevoerde MRI's en CT-scans buiten de aanspraak, aangezien deze samenhangen met een niet onder de zorgverzekering vallende behandeling.

- 8.7. Verzoekster heeft ook vergoeding gevorderd van de gemaakte en de nog te maken vervoerskosten in verband met de behandelingen met TACE. Vervoerskosten komen, op grond van artikel B.18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.13 en 2.14 Bzv, alleen voor vergoeding op basis van de zorgverzekering in aanmerking als het vervoer verband houdt met zorg waarvan de kosten ten laste komen van de zorgverzekering dan wel de Wet langdurige zorg. Aan deze voorwaarde wordt in de situatie van verzoekster niet voldaan.

Uit het voorgaande volgt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding, ten laste van de zorgverzekering, van de kosten van de behandelingen met TACE en de hiermee samenhangende vervoerskosten, zodat de gevraagde toestemming op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 haar terecht werd onthouden.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 8.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoekster gemaakte kosten voor de ondergane behandelingen met TACE. Ook voor de door verzoekster gevorderde reiskosten biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking.

#### *Coulance*

- 8.9. Verzoekster heeft, gelet op het feit dat een behandeling met TACE vele voordelen heeft ten opzichte van de reguliere behandeling, een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. Met betrekking hiertoe geldt dat het toepassen van coulance een handelen uit welwillendheid is, dus zonder dat het juridisch verplicht is. Het coulancebeleid is aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan in deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden. De commissie kan slechts een vergoeding toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken.

#### *Slotsom*

- 8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juni 2023,

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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

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

---

# 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 2.14

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.30

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,32 per kilometer.
2. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt ten hoogste € 76,50 per nacht.

---

# 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, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.4

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

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

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
  - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, 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.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapd zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

### A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

## A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

### A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

### A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
- De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
- De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die

zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
  - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
  - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
  - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

### **A.3.3. Voorwaardelijke zorg**

In afwijking van artikel A.3.2. 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl) is de Regeling zorgverzekering te vinden.

### **A.3.4. Dekkingsgebied**

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

### **A.3.5. Voorwaarden op maat**

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden.

In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

## **A.4. Begin en duur van uw verzekering**

### **A.4.1. Ingangsdatum**

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuurt van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk;

**Voorbeeld 2:**

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

**Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

**Voorwaarden**

**Algemeen**

- Onder ziekenvervoer verstaan wij:
  - Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:  
Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
    - de plaats van het (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
    - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
    - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
    - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging mogelijk is.
  - Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

**Zorgverlener**

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

**Behandelvoorstel**

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

**Akkoordverklaring**

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wilt maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

**Tarieven**

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

**B.18.2. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi) of logeerkosten**

**Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

De zorg omvat:

- het zittend ziekenvervoer:
  - per auto,
  - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
  - taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als zittend ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan wij ook hulp- of blindengeleidehonden;

Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,32 per kilometer.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

- vergoeding voor logeerkosten van maximaal € 76,50 per nacht in plaats van (een vergoeding voor de kosten van) zittend ziekenvervoer.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat wettelijke eigen bijdragen en heeft uitsluitingen:
  - U hebt een wettelijke eigen bijdrage van € 108,- per jaar voor zittend ziekenvervoer;
  - U bent niet verzekerd voor zittend ziekenvervoer van en naar de plaats van zorg die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
  - De zorg valt niet onder de dekking als het gaat om vervoer naar dagbesteding en/of dagbehandeling in een Wlz instelling.
  - Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.
- Vanwege de doelmatigheid is het mogelijk dat u bij vervoer per taxi met meerdere verzekerden tegelijk wordt vervoerd.
- Voor de logeerkosten geldt geen wettelijke eigen bijdrage.
- U hebt geen recht op (de vergoeding van het) zittend ziekenvervoer als u vergoeding voor logeerkosten hebt aangevraagd en van ons daarvoor een akkoordverklaring hebt ontvangen.
- Het vervoer van en naar de plaats waar u logeert valt onder de vergoedingsregeling van zittend ziekenvervoer. Het eventuele vervoer van uw logeeradres naar het ziekenhuis en terug naar uw logeeradres valt niet onder deze vergoedingsregeling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of aanvullingen op deze zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

### Voorwaarden

#### Algemeen

#### Zittend ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland;
- een heenrit van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
  - een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
  - vervolgens een terugrit naar uw (tijdelijke en/of gebruikelijke) woonadres of een andere woning als u op uw woonadres niet de

noodzakelijke verzorging kunt krijgen;

- ziekenvervoer voor behandeling, verpleging of zorg bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

- a. u nierdialyse moet ondergaan;
- b. u behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker moet ondergaan;
- c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet vallen onder de dekking van deze zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz;
- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet vallen onder de dekking van deze zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz;
- e. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
- f. u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel B.4.6.2.
- g. u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend. Deze dagbehandeling is onderdeel van een zorgprogramma volgens artikel B.28 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen: bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.

Het vervoer bij nierdialyse of bij chemo-, radio-, of immuuntherapie tegen kanker omvat ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

Maakt u gebruik van zittend ziekenvervoer omdat u nierdialyse moet ondergaan of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker krijgt, dan bent u alleen verzekerd voor zittend ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.

### Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op zittend ziekenvervoer volgens de "hardheidsclausule". Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht hebt op zittend ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule:

aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan bent u ook verzekerd voor zittend ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

$5 \text{ (aantal maanden behandeling)} \times 2 \text{ (aantal behandelingen per week)} \times 52/12 \times 26 \text{ (afstand in kilometers)} \times 0,25 \text{ (wegingsfactor)} = 281,67$ . Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

### Logeerkosten

U hebt recht op een vergoeding van logeerkosten:

- als u op basis van uw medische indicatie of de hardheidsclausule in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer uit dit artikel; en
- als dit zittend ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- als u een aanvraag hebt ingediend voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) zittend ziekenvervoer en u daarvoor van ons een akkoordverklaring hebt ontvangen.

### Zorgverlener

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het gehele artikel B.19. beschrijft de geestelijke gezondheidszorg. Het Reglement GGZ is onderdeel van dit artikel. In het reglement wordt de geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

### B.19.1. GGZ basis

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat generalistische basis GGZ (gbGGZ) voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Onder gbGGZ verstaan wij:

- diagnostiek (het vaststellen van een vermoedelijke aandoening) met de bedoeling om over te gaan tot
- behandeling van een lichte tot matige, niet-complexe psychische aandoening of stabiele chronische problematiek. Eén behandeltraject gbGGZ zou dan voldoende moeten zijn om u de zorg te geven die u nodig hebt. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Als onderdeel van deze zorg kan ook evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorg (blended care) worden ingezet. Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoor-