Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
mr. L. Ritzema, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202501368

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Onderlinge waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoeker heeft in een telefoongesprek op 22 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is op 22 en 26 januari 2026 schriftelijk aan hem bevestigd. Op 27 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 26 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.

1.3. Bij brief van 22 april 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026006702) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft hierbij nader onderzoek geadviseerd. Een kopie van voornoemd advies is op 23 april 2026 aan partijen gezonden, waarbij verzoeker is gevraagd om het geadviseerde nadere onderzoek te verrichten. Op 3 juni 2026 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 4 juni 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld te reageren. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen. Op 26 juni 2026 is het nagekomen stuk in kopie aan het Zorginstituut toegezonden.

1.4. Op 13 juni 2026 heeft het Zorginstituut een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 14 juli 2026 aan partijen gezonden, waarbij verzoeker in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van verzoeker heeft de commissie vervolgens geen inhoudelijke reactie ontvangen. Op 28 juli 2026 is het Zorginstituut gevraagd om een nader voorlopig advies uit te brengen.

1.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 27, respectievelijk 28 juli 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.

1.6. Bij brief van 17 augustus 2026 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Partijen hebben van die mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De commissie beschouwt het nader voorlopig advies daarom als definitief advies van het Zorginstituut.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top+Delen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

2.2. Verzoeker heeft op 6 november 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een ooginjectie tijdens zijn verblijf in Australië. Bij brief van 18 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is goedgekeurd.

2.3. Verzoeker is in de periode van 7 november 2024 tot en met 8 januari 2025 in Australië verbleven. Tijdens dit verblijf heeft hij zorg genoten. Zo is op 27 november 2024 de aangevraagde injectie toegediend. Verder heeft een ziekenhuisopname plaatsgevonden en zijn onderzoeken uitgevoerd. De kosten hiervan heeft verzoeker op 17 februari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

2.4. Bij e-mailbericht van 1 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een bedrag van € 394,94 wordt vergoed voor de ooginjectie. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker om aanvullende informatie gevraagd aangaande de ziekenhuisopname en de onderzoeken. Op 7 mei 2025 heeft verzoeker aanvullende informatie aangeleverd.

2.5. Bij e-mailbericht van 27 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de ziekenhuisopname en de onderzoeken niet worden vergoed.

2.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 27 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.7. Bij brief van 22 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.8. Op 13 juli 2026 heeft het Zorginstituut een brief aan de commissie gestuurd.

2.9. Bij brief van 17 augustus 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Australië ondergane ziekenhuisopname en onderzoeken te vergoeden.

3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij klachtenformulier van 19 augustus 2025 toegelicht dat hij tijdens zijn verblijf in Australië een ooginjectie zou krijgen in verband met een oogaandoening. Deze injectie krijgt hij ook in Nederland. In Australië is verzoeker met spoed in een ziekenhuis opgenomen na een doorverwijzing van een oogarts. De kosten van de spoedopname in het ziekenhuis en de onderzoeken worden echter niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

3.3. Bij e-mailbericht van 3 juni 2026 heeft verzoeker opgemerkt dat het Zorginstituut benoemt dat hij door de huisarts zou zijn doorgestuurd naar het Friendy Hospital. Echter, een oogarts in het Dr. Jay Medical Centre heeft verzoeker na verontrustend onderzoek met spoed doorgestuurd. Dit is ook aan de ziektekostenverzekeraar gemeld. Verzoeker is hierbij op het advies van deze arts afgegaan. Verder heeft hij toegelicht hoe de zorg in Nederland in 2026 is verlopen.

Het Zorginstituut heeft gevraagd om aanvullende informatie. Verzoeker meent dat alle medische informatie al is overgelegd. Alles wat hij heeft ontvangen, is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
De gezondheid van verzoeker is achteruitgegaan. Het zicht in het ene oog is nu nog maar 10% en aan het andere oog is verzoeker in mei 2026 geopereerd, omdat het zicht daar nog maar 40% was vanwege staar.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de declaratie van verzoeker conform de voorwaarden van de zorgverzekering en de van toepassing zijnde wet- en regelgeving is beoordeeld en op de juiste gronden is vergoed.

4.2. Bij e-mailbericht van 27 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op de verwijzing van de Australische arts naar het ziekenhuis voor nadere onderzoeken. Hierin wordt het volgende aangegeven: *“My concern with [verzoeker] is that he is a severe vasculopath. The left eye has what appears to be a combined artery and vein occulusion. He is hand movement on the left side. His current vision on the right is 6/9 Right eye and HM left eye. There is significant ischemia on that side. He also has evidence of previous ischemia on the right hand side as well. I have gone ahead and treated him with anti-VEGF therapy on the right eye. I suspect he has previously had vascular occlusion on this side.”*.

4.3. In de verwijzing van de huisarts is vermeld dat verzoeker bekend is met centraal veneuze occlusie en maculaoedeem. Hij is doorverwezen naar de oogarts in Australië voor de toediening van de injecties in het oog ten behoeve van de behandeling van de occlusie. Omdat bij verzoeker op 29 mei 2024 voor het linkeroog al de diagnose ‘centraal veneuze occlusie’ is gesteld, en hij daarnaast sindsdien wordt behandeld met injecties Avastin, is een medisch verslag opgevraagd bij de Australische arts waarin medisch inhoudelijk is onderbouwd waarom hij heeft doorverwezen naar het ziekenhuis voor nader onderzoek. Voor het rechteroog is op dezelfde datum retinopathie geconstateerd, maar sinds 8 augustus 2024 is voor het rechteroog de diagnose “maculaoedeem, waarschijnlijk door occlusie” gesteld en sindsdien wordt verzoeker ook rechts met injecties Avastin behandeld.
Verzoeker heeft toestemming gekregen om de injecties met Avastin in Australië toegediend te krijgen. Er is niet aangetoond dat hij nieuwe klachten ervoer betreffende het zicht of andere somatische klachten. Ook heeft de Australische arts niet onderbouwd dat er een acuut probleem is opgetreden waarvoor direct medisch onderzoek in het Australische ziekenhuis nodig was.
Verzoeker is van 27 november 2024 tot en met 29 november 2024 voor nadere onderzoeken in het ziekenhuis opgenomen geweest. In het medisch verslag van 27 november 2024 van het Australische ziekenhuis wordt vermeld dat verzoeker zich presenteerde met een acute CRAO (Central Retinal Arterial Occlusion: Arteriestam occlusie) problemen van het rechteroog, risico op cerebrovasculaire ziekte en arteriitis temporalis. Bij een acute CRAO is er sprake van klachten van acute en forse vermindering van de gezichtsscherpte. Een uitzondering is als een klein bloedvat die de gele vlek van bloed voorziet, nog open is. De pupilreflex is dan ook afwijkend. Echter, in het medisch verslag wordt vermeld dat verzoeker bij presentatie in het ziekenhuis juist geen klachten had van hoofdpijn, nieuw verlies van gezichtsscherpte in het rechteroog, zwakte in de ledematen, een hangend gezicht en/of gevoelloosheid in het gezicht. Er is dus niet onderbouwd dat verzoeker een acute CRAO had. Ook worden er geen expliciete klachten van arteriitis temporalis vermeld; er wordt juist vermeld dat er geen hoofdpijn of nieuw zichtverlies in het rechteroog is. Verder is er een dopplerondersoek uitgevoerd en hieruit kwamen ook geen aanwijzingen voor arteriitis temporalis, waarmee dit uitgesloten is als oorzaak van de occlusie. Daarbij wordt er niet onderbouwd waarom er een acuut risico op een cerebrovasculair accident zou zijn, zoals in het geval van een transient ischemic attack.

Gelet op het voorgaande is er geen inhoudelijke onderbouwing voor de noodzaak tot opname voor nadere onderzoeken, en er is dan ook niet aangetoond dat verzoeker aangewezen was op doorverwijzing naar het ziekenhuis.

4.4. Verder geldt dat de zorg ook niet is aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar.
Dat verzoeker een verzekering heeft betekent niet dat automatisch recht bestaat op vergoeding. Volgens artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering dient een verzekerde aangewezen te zijn op de aangevraagde zorg. In de situatie van verzoeker is niet aangetoond dat hij was aangewezen op opname in het ziekenhuis en nadere onderzoeken van de al bekende centraal veneuze occlusie van de ogen.
Er is daarbij geen sprake geweest van spoedzorg, waarmee verzoeker dan ook geen aanspraak kan maken op een vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 22 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling
De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit de verwijzing, gedateerd op 27 november 2024, van de behandelend oogarts naar de spoedeisende hulp blijkt dat verzoeker initieel door de Nederlandse huisarts tijdens zijn verblijf in Australië naar een oogarts was verwezen voor behandeling van macula oedeem middels anti-VEGF injecties. Verzoeker ontving deze behandeling met vaste regelmaat in Nederland. Niet in geschil is dat verzoeker hier ook op was aangewezen gedurende zijn verblijf in Australië. Dit blijkt ook uit het feit dat verweerder voorafgaande toestemming heeft gegeven voor deze behandeling en deze heeft vergoed aan verzoeker.

Dezelfde verwijzing beschrijft een verdenking op ernstige vasculaire problemen met in het linkeroog een gecombineerde arteriële en veneuze occlusie. In de verwijzing wordt aangegeven dat er sprake is van significante ischemie (zuurstofgebrek) in het linkeroog en aanwijzingen voor eerdere ischemie van het rechteroog, mogelijk op basis van eerdere vasculaire occlusie in het rechteroog. De oogarts geeft aan anti-VEGF therapie te hebben toegediend in het rechteroog, conform de verwijzing van de Nederlandse huisarts.

Met betrekking tot het zicht wordt beschreven dat de visus 6/9 (~0,67)1 in het rechteroog bedraagt en dat het zicht in het linkeroog is beperkt tot handbewegingen. Bij een ongedateerde visusmeting in Nederland bij Eyescan staat vermeld dat de visus van het rechteroog 0.90 is en van het linkeroog handbewegingen (HM).

Als reden van verwijzing naar de spoedeisende hulp geeft de oogarts aan dat verzoeker nog tenminste acht weken in Australië is en dat hij verwacht dat verder onderzoek naar de vaatproblemen van verzoeker niet kan wachten tot verzoeker weer thuis is in Nederland. Daarbij verzoekt de oogarts het ziekenhuis om de cardiovasculaire status van verzoeker op het gebied van zijn hart, cholesterol en halsslagaders te beoordelen. De oogarts geeft daarbij aan dat het waarschijnlijk belangrijk is om een reuscelarteriitis als oorzaak van de gecombineerde arteriële en veneuze centrale retinale occlusie van het linkeroog uit te sluiten.

Uit de verwijzing blijkt niet wat de reden is dat verzoeker naar de spoedeisende hulp wordt verwezen en niet naar de polikliniek. Ook is uit de verwijzing niet op te maken of er sprake was van klachten die nog niet aanwezig waren in Nederland.

Daarnaast is niet omschreven wat de reden is dat het verder onderzoek niet kon wachten tot na terugkeer in Nederland en of de oogarts kennis heeft genomen van de laatste bevindingen en onderzoeken die in Nederland verricht zijn. Daarmee kan het Zorginstituut niet volgen waarom verder onderzoek nodig was, waarom dit niet kon wachten tot na terugkeer naar de eigen behandelaar en in hoeverre de voorgestelde onderzoeken niet reeds in Nederland waren uitgevoerd volgens de geldende richtlijnen.

In de verslaglegging van [de] behandelend arts op de spoedeisende hulp, gedateerd op 27 november 2024, wordt aangegeven dat verzoeker zich presenteerde met acute centrale retinale arteriële occlusie van het rechteroog. Uit de informatie in het verslag is niet op te maken hoe de behandelaar tot deze conclusie danwel verdenking is gekomen. Deze conclusie danwel verdenking komt niet overeen met de verwijzing, die toeziet op het linkeroog en het in kaart brengen van de cardiovasculaire status in meer algemene zin. Uit de verslaglegging van de spoedeisende hulp blijken geen (nieuwe) klachten en geen belangrijke afwijkingen bij lichamelijk of aanvullend onderzoek. Ook op basis hiervan is niet navolgbaar hoe de spoedeisende hulp-arts tot (een verdenking op) de diagnose acute centrale retinale arteriële occlusie van het rechter oog komt.

Uit het beschikbare dossier blijkt dat verzoeker naar aanleiding van het bezoek aan de spoedeisende hulp is opgenomen van 27 tot en met 29 november 2024. Er is geen verslaglegging van deze opname aanwezig. Uit het beschikbare dossier valt daardoor niet op te maken welke onderzoeken en/of behandelingen gedurende deze opname hebben plaatsgevonden, met welke reden en met welke uitkomst. Ook is niet duidelijk bij welk specialisme deze opname heeft plaatsgevonden. Daarmee kan ook niet beoordeeld worden of de zorg die gedurende de opname is geleverd voldoet aan de wettelijke criteria.

Uit het bericht van 1 mei 2025 van verweerder blijkt dat hij heeft verzocht om het medisch verslag van het bezoek aan de spoedeisende hulp en de ziekenhuisopname waarin onderzoeken, behandelingen en diagnose staan vermeld; en het medisch verslag van de oogarts met onderbouwing voor uitgevoerd aanvullend onderzoek en behandeling. Behalve een beperkt medisch verslag van het bezoek aan de spoedeisende hulp zijn deze verslagen niet terug te vinden in het dossier. Deze verslagen zouden aanvullende informatie kunnen geven ten aanzien van de redenering van de oogarts om verzoeker te verwijzen naar de spoedeisende hulp, de redenering om verzoeker op te nemen en de verleende zorg gedurende de opname.

Nader onderzoek
Het beschikbare dossier bevat onvoldoende informatie om te kunnen beoordelen of verzoeker redelijkerwijs op deze zorg was aangewezen. Het Zorginstituut verzoekt u dan ook om de volgende informatie aan het dossier toe te voegen:

- *Medisch verslag van de verwijzend oogarts met de uitgevoerde (aanvullende) onderzoeken en overwegingen om verzoeker te verwijzen naar de spoedeisende hulp.*
- *Medisch verslag van het bezoek aan de spoedeisende hulp en de ziekenhuisopname waarin onderzoeken, behandelingen en diagnose staan vermeld;*

Het advies
Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

5.2. In zijn brief van 13 juli 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit de reactie van verzoeker van 3 juni 2026 begrijpt het Zorginstituut dat het advies tot nader onderzoek van 22 april 2026 onvoldoende duidelijk is voor hem. Verzoeker geeft aan dat het advies

veel moeilijke woorden bevat. Verder geeft verzoeker aan dat hij alle informatie al eerder met verweerder heeft gedeeld.

In het advies van 22 april 2026 heeft het Zorginstituut aangegeven meer informatie nodig te hebben, voordat beoordeeld kan worden of verzoeker aanspraak heeft op de gevraagde vergoeding van de oogheelkundige zorg in Australië.

De stukken die het Zorginstituut in het voorlopig advies heeft opgevraagd, zitten nog niet in het dossier van het Zorginstituut. Hierdoor heeft het Zorginstituut onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de oogheelkundige zorg in Australië. Het Zorginstituut wil verzoeker daarom bij uitzondering nog één keer in de gelegenheid stellen om de gevraagde informatie via SKGZ aan te leveren. Het gaat om de volgende stukken:

- *het medisch verslag van de verwijzend oogarts met de uitgevoerde (aanvullende) onderzoeken en overwegingen om verzoeker te verwijzen naar de spoedeisende hulp;*
- *het medisch verslag van het bezoek aan de spoedeisende hulp en de ziekenhuisopname waarin onderzoeken, behandelingen en diagnose staan vermeld.*

Na ontvangst van de aanvullende informatie stelt het Zorginstituut het nader voorlopig advies op."

5.3. In het nader voorlopig advies van 17 augustus 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"**Het verdere verloop van dit geschil***
Het Zorginstituut baseert het advies op het dossier dat door SKGZ aan het Zorginstituut is voorgelegd.

Op 22 april 2026 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies uitgebracht in dit geschil. Hierin is geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren en is verzocht de volgende informatie aan het dossier toe te voegen:

- *Medisch verslag van de verwijzend oogarts met de uitgevoerde (aanvullende) onderzoeken en overwegingen om verzoeker te verwijzen naar de spoedeisende hulp;*
- *Medisch verslag van het bezoek aan de spoedeisende hulp en de ziekenhuisopname waarin onderzoeken, behandelingen en diagnose staan vermeld.*

Hierna heeft verzoeker op 3 juni 2026 bij SKGZ aangegeven dat het advies van het Zorginstituut onvoldoende duidelijk voor hem is. Hierop heeft het Zorginstituut op 13 juli 2026 verzoeker nog eenmaal in de gelegenheid gesteld nadere informatie aan te leveren. Uit de mail van 23 juli 2026 van SKGZ blijkt dat verzoeker niet over aanvullende informatie beschikt.

Nader voorlopig advies
Uit de beschikbare informatie in het dossier is voor het Zorginstituut niet op te maken op basis van welke bevindingen er een verdenking was op acute gezondheidsproblemen bij verzoeker. Er kan dan ook niet worden vastgesteld dat er een indicatie was voor beoordeling op de spoedeisende hulp. Daarnaast blijkt uit de beschikbare informatie niet op basis van welke bevindingen er vervolgens is besloten tot een opname. Daarbij blijft onbekend bij welk specialisme de opname heeft plaatsgevonden, welke zorg gedurende deze opname is geleverd en met welk doel.

Conclusie
Omdat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet kan worden vastgesteld dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de verleende zorg, kan verzoeker geen aanspraak maken op vergoeding daarvan ten laste van de basisverzekering."

6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6. van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 5.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', en die uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) 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.

7.2. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf in Australië zorgkosten gemaakt. Tussen Nederland en Australië bestaat een verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering. Op basis van artikel 3 van dit verdrag worden uitsluitend de kosten van passende medische zorg vergoed van een persoon wiens gesteldheid onmiddellijke medische zorg vereist gedurende zijn verblijf. Vervolgens is in artikel 5, eerste lid, van dit verdrag bepaald dat een betrokkene een schriftelijke verklaring betreffende zijn recht op medische zorg dient te overleggen, die op verzoek van de betrokkene door het orgaan van de tijdelijke verblijfplaats is afgegeven als bewijs waaruit van zijn recht blijkt. In het vierde lid van voornoemd artikel 5 is onder meer het volgende bepaald: '*ten einde aanspraak op een schriftelijke verklaring betreffende zijn recht op medische zorg te kunnen doen gelden, dient de betrokkene aan het orgaan van de tijdelijke verblijfplaats het volgende over te leggen: met betrekking tot Nederland, een door het bevoegde orgaan afgegeven Europese ziekteverzekeringskaart (EHIC), voorzien van de letters NL*'. In het onderhavige geval is de EHIC niet door verzoeker overgelegd, althans hiervan is niet gebleken, zodat het bepaalde in het verdrag niet van toepassing is. Dit betekent dat voor de aard en omvang van de aanspraken de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving bepalend zijn. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

Zorgverzekering

7.3. Op grond van artikel 22 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. De door verzoeker genoten zorg betreft medisch specialistische zorg. Hiervoor biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit artikel 6 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is beschreven is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv.

7.4. In zijn voorlopig advies aan de commissie van 22 april 2026 heeft het Zorginstituut toegelicht dat het beschikbare dossier onvoldoende informatie bevat om te kunnen beoordelen of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de in Australië genoten zorg. Het Zorginstituut heeft verzoeker daarom in zijn voorlopig advies van 22 april 2026 en brief van 13 juli 2026 gevraagd om aanvullende informatie aan te leveren, namelijk het medisch verslag van de verwijzend oogarts met de uitgevoerde (aanvullende) onderzoeken en de overwegingen om verzoeker te verwijzen naar de spoedeisende hulp, en het medisch verslag van het bezoek aan de spoedeisende hulp en de ziekenhuisopname waarin onderzoeken, behandelingen en diagnose staan vermeld.
In zijn nader voorlopig advies aan de commissie van 17 augustus 2026 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat hij, bij ontbreken van informatie hierover, niet kan opmaken op basis van welke bevindingen er een verdenking was op acute gezondheidsproblemen bij verzoeker. Er kan dan ook niet worden vastgesteld dat er een indicatie was voor beoordeling op de spoedeisende hulp.

Daarnaast blijkt uit de beschikbare informatie niet op basis van welke bevindingen er vervolgens is besloten tot een opname. Daarbij blijft onbekend bij welk specialisme de opname heeft plaatsgevonden, welke zorg gedurende deze opname is geleverd en met welk doel. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van de in Australië genoten zorg ten laste van de zorgverzekering, omdat niet kan worden vastgesteld dat verzoeker hierop redelijkerwijs was aangewezen.

7.5. De commissie overweegt dat op basis van artikel 150 Rv en de jurisprudentie ter zake, het uitgangspunt geldt dat degene die meent een vordering op de verzekeraar te hebben, op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van zijn op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Het lag dus op de weg van verzoeker om informatie aan te leveren waaruit blijkt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de in Australië genoten zorg, bestaande uit de ziekenhuisopname en de onderzoeken. Dit is echter niet gebeurd. De commissie ziet dan ook geen aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut en neemt dat over. De stelling van verzoeker dat hij het advies van de oogarts in Australië heeft gevolgd, hoe begrijpelijk vanuit zijn perspectief ook, maakt dit niet anders. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Australië genoten zorg, bestaande uit de ziekenhuisopname en de onderzoeken, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd over het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming kan daarmee onbesproken blijven.

Aanvullende ziektekostenverzekering

7.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor vergoeding van geneeskundige kosten buiten Europa voor spoedeisende medisch noodzakelijke zorg, namelijk maximaal 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basisverzekering). Dit blijkt uit artikel A.3. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en het vergoedingenoverzicht. Dat sprake is van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg, zoals bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, is niet vast komen te staan. Verzoeker heeft weliswaar gesteld dat hij in Australië met spoed in een ziekenhuis is opgenomen na een doorverwijzing van een oogarts, maar deze stelling heeft hij niet onderbouwd, terwijl dit wel op zijn weg had gelegen. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Australië genoten zorg ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, althans dat hij onvoldoende informatie heeft aangeleverd om die aanspraak te kunnen vaststellen.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 oktober 2026,

B.L.A. van Drunen

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.

2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.

5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, 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 griepprevention;
   2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
   3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
   4°. 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;
   5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
   1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
   2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
   3°. verlamde of 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 gehemeltespleten, 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.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Rubriek A Algemene voorwaarden

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Grondslag van de zorgverzekering

Deze zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
b. het Besluit zorgverzekering;
c. de Regeling zorgverzekering;
d. de bijbehorende toelichtingen van onderdelen a, b en c;
e. de gegevens die u bij het afsluiten van de verzekering aan ons heeft doorgegeven.

De zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd in uw zorgpolis en deze polisvoorwaarden. Op het polisblad worden de verzekerde(n) en de gesloten zorgverzekering(en) vermeld. Wanneer wij uw aanvraag hebben verwerkt ontvangt u zo snel mogelijk uw verzekeringsbewijs in de vorm van een polisblad en verzekeringspas (per post of digitaal). In het vervolg ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuw polisblad.

Op vertoon van uw verzekeringspas kunt u zorg, waarop u op basis van deze polis recht heeft, ontvangen van een door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener (zie artikel 1.5). In de zorg geldt daarnaast de identificatieplicht.

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. De Zvw, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen van deze zorgverzekeringsovereenkomst.

1.2 Voor wie

Deze zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen. De aanspraak op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg geldt voor alle verzekerden woonachtig in Nederland en voor de in het buitenland wonende verzekerden. In tegenstelling tot de 1ste zin in dit artikel staat deze zorgverzekering niet open voor diegene wiens eerdere zorgverzekering is opgezegd of ontbonden binnen vijf jaar direct voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de verzekering wegens fraude.

1.3 Vorm van de zorgverzekering

De Zorg Zeker Polis is een naturaverzekering van Zorg en Zekerheid. Dit betekent dat u op basis van deze zorgverzekering recht heeft op zorg in natura. Met zorg in natura bedoelen wij dat u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgverlener.

1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

U heeft recht op zorg, of de vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in deze polisvoorwaarden als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Wanneer dit ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Een zorgverlener moet voldoen aan de relevante richtlijnen, kwaliteitsstandaarden/-kaders én alle overige documenten welke het karakter van een kwaliteitsnorm hebben voor de betreffende beroepsgroep, wil sprake kunnen zijn van vergoeding.

1.5 Wie mag de zorg verlenen

1.5.1 Gecontracteerde zorgverlener

Zorg in natura wordt verleend door een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: dit heet een gecontracteerde zorgverlener.

Wanneer u zorg omschreven in rubriek B nodig heeft, kunt u zich richten tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht met gecontracteerde zorgverleners vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker**. Ook kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer (071) 5 825 825 of bezoek onze winkel.

De gecontracteerde zorgverlener ontvangt de vergoeding van de kosten van de geleverde zorg rechtstreeks van ons.

Artikel 6 Medisch-specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen

Voor in de artikelen 6 tot en met 16 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing vooraf noodzakelijk door uw huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts, medisch specialist (inclusief sportarts) of physician assistant, spoedeisendehulparts, verpleegkundig specialist, GGD-arts, arts infectieziekten, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, optometrist en orthoptist (kunnen alleen verwijzen naar de oogarts), klinisch fysicus-audioloog en triage-audicien (kunnen alleen verwijzen naar KNO-arts of audiologisch centrum) of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft of aangeboren afwijkingen bij de pasgeborene, door een verloskundige. In het geval dat het tandheelkunde of orthodontie betreft te verlenen door een kaakchirurg, is een verwijzing noodzakelijk van een tandarts of orthodontist. De geldigheidsduur van een verwijzing is één jaar, tenzij de verwijzer een andere geldigheidsduur aangeeft.

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18. Wat betreft de zorg geleverd door een sportarts bestaat alleen aanspraak als het medisch-specialistische zorg betreft die zich richt op herstel, genezing, dan wel voorkomen van (verergering van) een aandoening. De zorg kan bestaan uit:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding binnen een revalidatietraject en/of;
- diagnostiek en behandeling van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat ontstaan door bewegen en/of door overbelasting.

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

6.1.1 Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

Sommige behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten tot de basisverzekering conform artikel 2.1 lid 5 van het Besluit zorgverzekering (Bz) en artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering (Rz). De effectiviteit van deze behandelingen is nog onvoldoende aangetoond. Maar deze behandelingen worden wel tijdelijk vergoed vanuit de basisverzekering. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan in de loop van het kalenderjaar nieuwe behandelingen voorwaardelijk toelaten. U kunt de ‘Voorwaardelijk toegelaten behandelingen’ inzien op www.zorginstituutnederland.nl.

6.2 Verblijf (ziekenhuisopname)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch-specialistische zorg voor een onafgebroken periode tot een maximum van 1.095 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- medisch-specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen (met uitzondering van de geneesmiddelen die zijn uitgesloten in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering), hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- er dient sprake te zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met medisch-specialistische zorg;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een centrum voor medisch-specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit direct aan Zorg en Zekerheid te worden gemeld.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- medisch-specialistische behandeling in of door een centrum voor medisch-specialistische zorg;
- medisch-specialistische behandeling van de extramuraal werkende medisch specialist;
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?
Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist als het gaat om prestaties opgenomen op de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze is te vinden op de website via **www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**.

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

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, als die noodzakelijk zijn ter correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- elektrische epilatie bij transgenders zoals bedoeld onder artikel 17.5 van deze polisvoorwaarden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op **www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende medische voorwaarden gesteld worden.

Waar heb ik geen recht op?
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

Sommige medisch-specialistische behandelingen zijn niet verzekerd in de basisverzekering. Voor enkele behandelingen heeft Zorg en Zekerheid een vergoeding opgenomen in een aantal van haar aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie op **www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden** in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Medisch-specialistische hulp.

Tevens heeft Zorg en Zekerheid voor aanvullend verzekerden kortingsafspraken gemaakt bij een aantal medisch-specialistische centra. Voor meer informatie kunt u terecht op **www.zorgenzekerheid.nl**.

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

6.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (onder andere röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECG's). Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener, waarbij de uitslagen bij die betreffende zorgverleners terugkomen.

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op eerstelijnsdiagnostiek wanneer deze wordt uitgevoerd:
- door de huisartsenpraktijk;
- door een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC);
- door een ziekenhuis of ZBC;
- door een verloskundige (zie artikel 7 voor de voorwaarden).

Wat zijn de voorwaarden?
Er dient een aanvraag te zijn van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten voor alle eerstelijnsdiagnostiek.

In uitbreiding hierop mag de aanvraag ook gedaan worden door:
- de verloskundige voor een prenatale screening (zie verder artikel 7);
- de bedrijfsarts voor diagnostiek in verband met arbeidsrelevante aandoeningen;
- de GGD-arts voor individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

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

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

Waar heb ik recht op?
Vergoeding van verblijfskosten in week 3 en 4 van de CAR-T-celtherapie. De hoogte van de vergoeding voor uw verblijf is € 89,00 per nacht.

Waar heb ik geen recht op?
Vergoeding van de verblijfskosten van de mantelverzorger.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

7.1 Prenatale screening
De prenatale screening valt onder de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Voor de hierna genoemde specifieke onderdelen van prenatale screening geldt dat de uitvoerende zorgverlener een overeenkomst moet hebben met één van de Regionale Centra voor Prenatale screening. Deze centra hebben een WBO-vergunning en definiëren de kwaliteitseisen waaraan de uitvoerende zorgverlener moet voldoen.

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op een prenatale screening, de aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden. Deze screening omvat de volgende onderdelen:
- counseling door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap. Hiermee wordt bedoeld: het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening;
- counselinggesprek voor de 13 weken echo en voor de 20 weken echo, beiden worden besproken in één counselingsgesprek;
- NIPT uitsluitend als er sprake is van een medische indicatie;
- alle zwangere verzekerden die een NIPT in Nederland of elders hebben ondergaan waarvan de uitslag “positief” is, hebben een indicatie voor vervolgonderzoeken zoals invasieve diagnostiek;
- een CTG (cardiotocogram) door een verloskundige bij minder leven, naderende serotiniteit en bij het uitwendig draaien van een kindje in stuitligging naar hoofdligging.

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

Wat zijn de voorwaarden?
Zorgverleners moeten, voor de termijnenecho om vast te stellen hoe lang iemand zwanger is en voor de specifieke diagnose echo, ingeschreven staan in het relevante register van Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).

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

Artikel 22 Buitenland

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op (naar keuze):
- vergoeding van de kosten voor zorg in het buitenland verleend door een niet-gecontracteerde buitenlandse of Nederlandse zorgverlener. De hoogte van de vergoeding vindt u in Rubriek A onder artikel 1.5. Als u toestemming van ons heeft gekregen voor de behandeling, krijgt u maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief vergoed. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- spoedeisende zorg: dit is medisch noodzakelijke zorg in het buitenland binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht, die wordt geleverd door een buitenlandse of Nederlandse zorgverlener en redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar het woonland. U krijgt bij spoedeisende zorg in het buitenland een vergoeding van de kosten tot maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg- (maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- zorg in het buitenland door een buitenlandse of Nederlandse zorgverlener waar u recht op heeft op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of een verdrag. De vergoeding van de kosten wordt ook geregeld door de EU-sociale zekerheidsverordening of het verdrag.

Let op: Het is mogelijk dat bijbetalingen van het betreffende land van toepassing zijn, bijvoorbeeld Belgische remgelden. Deze tellen wel mee voor het toepasselijke eigen risico of eigen bijdrage.

Wat zijn de voorwaarden?
- de zorg voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in deze polisvoorwaarden;
- de zorgverlener is bevoegd de zorg te verlenen in het betreffende land;
- de verwijzing naar een zorgverlener buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- voor nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld moet de verzekerde een vertaling, door een beëdigd tolk, bijvoegen. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

Heb ik toestemming nodig?
Voor intramurale zorg (opname van tenminste één nacht) heeft u voorafgaande toestemming nodig.

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

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

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

Vergoedingenoverzicht 2024	Basisverzekering Zorg Zeker Polis Zorg Vrij Polis	Artikel-nummer	AV-Basis	AV-Sure	AV-Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin	AV-Top	AV-Plus	AV-Totaal	Artikel-nummer
Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg											
Geneeskundige kosten in Europa	100%* Nederlands tarief	B22.2.1	100% (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	100% (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	100% (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	100% (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	100% (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	100% (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	100% (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	100% (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	A3.2.1
Geneeskundige kosten buiten Europa	100%* Nederlands tarief	B22.2.2	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis-verzekering)	
Tandheelkundige noodkosten	-		-	-	-	-	100% max. € 345,00	100% max. € 345,00	100% max. € 345,00	100% max. € 345,00	A3.2.2
Medisch noodzakelijke repatriëring en toezending geneesmiddelen	-		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A3.2.3
Hulpverlening ANWB alarmcentrale bij medisch noodzakelijke hulp	-		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A3.2.3
Zuurstof op vakantie	-		100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	-	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	A3.4
Fysiotherapie in het buitenland bij chronische indicatie	-		kostprijs in Europa, buiten Europa max. 200% Nederlands tarief	kostprijs in Europa, buiten Europa max. 200% Nederlands tarief	kostprijs in Europa, buiten Europa max. 200% Nederlands tarief	kostprijs in Europa, buiten Europa max. 200% Nederlands tarief	kostprijs in Europa, buiten Europa max. 200% Nederlands tarief	kostprijs in Europa, buiten Europa max. 200% Nederlands tarief	kostprijs in Europa, buiten Europa max. 200% Nederlands tarief	kostprijs in Europa, buiten Europa max. 200% Nederlands tarief	A3.5
Farmaceutische zorg											
Geneesmiddelen	100%, exclusief eigen bijdrage € 250,00	B19.2	-	-	-	-	-	-	-	-	
Anticonceptie (pil, spiraal, pessarium)	vanaf 18 tot 21 jaar buiten het verplicht eigen risico bij gecontracteerde zorg	A3.7.2	-	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	-	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	-	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	A4.1
Maagzuurremmers	-		100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	-	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	A4.2
Vaccinaties diarree bij zuigelingen	-		-	-	-	-	100% max. € 200,00	-	-	100% max. 200,00	A4.3
Geboortezorg											
Kraampakket	-		100%	-	100%	-	100%	100%	-	100%	A5.1
Bevalling thuis	100%*	B7.2	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bevalling met medische noodzaak in het ziekenhuis	100%*	B7.2	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bevalling zonder medische noodzaak in het ziekenhuis	100%*, exclusief eigen bijdrage € 20,00 p.d./p.p. en het bedrag hoger dan € 286,00 p.d.	B7.2	-	-	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 75,00	-	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 300,00	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 100,00	-	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 300,00	A5.2
Kraamzorg	100%*, exclusief eigen bijdrage van € 5,10 per uur	B7.3	-	-		-	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 262,00		-	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 262,00	
Verlengde/uitgestelde kraamzorg	-		-	-	-	-	max. 16 uur	max. 16 uur	-	max. 16 uur	A5.3
Elektrische borstkolf (huur of koop)	-		-	-	max. € 40,00	-	max. € 75,00	max. € 40,00	-	max. € 75,00	A5.4
Prenatale screening en structureel echoscopisch onderzoek	100%*	B7.1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Zwangerschapscursus	-		100% max. € 100,00	-	100% max. € 100,00	-	100% max. € 100,00	100% max. € 100,00	-	100% max. € 100,00	A5.5
Borstvoedingscursus	-		100% max. € 20,00	-	100% max. € 20,00	-	100% max. € 20,00	100% max. € 20,00	-	100% max. € 20,00	A5.6
Niet-invasieve prenatale test (NIPT)	100%* onder voorwaarden	B7.1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lactatiekundige (begeleiding en advies bij borstvoeding)	-		-	-	-	-	100% max. € 150,00	-	-	100% max. € 150,00	A5.7

Artikel 3 Buitenland

3.1 Vaccinatie wegens voorgenomen verblijf in het buitenland

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje komen in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de kosten moeten zijn gemaakt wegens een voorgenomen verblijf of tijdens het daadwerkelijke verblijf in het buitenland;
- het betreft tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje conform de geldende GGD-lijst en de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR), zie www.lcr.nl;
- het Reglement Farmaceutische zorg is ook hier van kracht, zie **www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**.

Welke kosten worden niet vergoed?
- laboratoriumonderzoeken, muggencrème en -olie;
- niet-nagekomen afspraken.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
De maximale vergoeding geldt voor de kosten van tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje samen.

	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	**AV-Sure**	**AV-Top AV-GeZZin AV-Plus**	**AV-Totaal**
Gecontracteerde zorgverlener*	Geen vergoeding	100%	Maximaal € 80,00	100%
Niet-gecontracteerde zorgverlener	Geen vergoeding	Maximaal € 80,00	Maximaal € 80,00	Maximaal € 150,00

* een lijst vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.**

3.2 Algemene voorwaarden voor vergoeding van de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheelkundige hulp in het buitenland worden vergoed als:
- de kosten zijn gemaakt gedurende vakantie- of zakenreis, stage- of studieperiode;
- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheelkundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheelkundige hulp niet uitsluitend of mede het doel van het verblijf in het buitenland is;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;
- bij een ziekenhuisopname, in geval van een langdurige medische behandeling, bij meer dan twee poliklinische behandelingen en zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 5 825 444) of eventueel per e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (+31 70 3 147 040);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegestuurd.

De vergoeding is per kalenderjaar.

Reisverzekering
Voor landen buiten Europa (zoals de Verenigde Staten) wordt aangeraden een reisverzekering af te sluiten met dekking voor geneeskundige kosten.

3.2.1 Geneeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor onderstaande spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige kosten:
- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- (plaatselijk) medisch noodzakelijk ambulancevervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer terug naar de reguliere verblijfplaats in het buitenland;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi, eigen en openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,38 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Er wordt voldaan aan de algemene voorwaarden zoals vermeld in artikel 3.2

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
- kostprijs in Europa; - buiten Europa maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel Wmg-tarief in Nederland*.

* De vergoeding tot maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel het Wmg-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

3.2.2 Tandheelkundige kosten

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke tandheelkundige zorg.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het moet gaan om kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke tandheelkundige zorg.
- er wordt voldaan aan de algemene voorwaarden in artikel 3.2.

Welke kosten worden niet vergoed?
Uitgesloten zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal € 345,00

3.2.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor:
- medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland van de zieke of gewonde verzekerde (inclusief de benodigde medisch noodzakelijke begeleiding);
- de dringend medisch noodzakelijke toezending van geneesmiddelen;
- overbrenging van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de hierboven vermelde repatriëring (inclusief begeleiding), de overbrenging van het stoffelijk overschot en/of toezending van geneesmiddelen is na vooraf verleende goedkeuring uitgevoerd door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale;
- de toezending van geneesmiddelen is mogelijk voor zover de douanebepalingen dit toelaten;
- de geneesmiddelen moeten dringend medisch noodzakelijk zijn, niet verkrijgbaar zijn in het land van verblijf en op voorschrift van een arts worden verstrekt;
- er wordt voldaan aan de algemene voorwaarden in artikel 3.2.

Welke kosten worden niet vergoed?
Kosten van repatriëring op niet-medische gronden (zoals sociale gronden) worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
100%

3.3 Uitsluitingen

Welke kosten worden niet vergoed?
Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/of kosten uit uw aanvullende verzekering voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:

a. verblijf in een land waarvoor het reisadvies code oranje of code rood van het Ministerie van Buitenlandse Zaken geldt (zie www.nederlandwereldwijd.nl). Tenzij u bij code oranje kunt aantonen dat het verblijf noodzakelijk was (en dus in ieder geval geen vakantie betrof) óf het reisadvies is veranderd tijdens uw verblijf en u direct bij de eerste mogelijkheid daartoe, ongeacht de benodigde kosten, terug naar Nederland afreist;
b. kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielerwedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden en sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding), skispringen, skivliegen, ski-alpinisme, off-piste toerskiën, off-piste gletsjerskiën, off-piste gletsjertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen);
c. kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 35ste week;
d. kosten die verband houden met alternatieve zorg, zowel behandelingen als medicatie;
e. kosten van paramedische zorg met uitzondering van de behandelingen waarvoor u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid heeft ontvangen;
f. kosten vermeld op nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

3.4 Zuurstof op vakantie of zakenreis

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor zuurstof op vakantie of zakenreis per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 600,00

3.5 Fysiotherapie op vakantie

Wat wordt er vergoed?
Fysiotherapie op vakantie of zakenreis, stage- of studieperiode bij een chronische indicatie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De zorg voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 10.1 fysiotherapie.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
- kostprijs in Europa; - buiten Europa maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel Wmg-tarief in Nederland*.

* De vergoeding tot maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel het Wmg-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

Artikel 4 Farmaceutische hulp

Vanuit de aanvullende verzekering is alleen vergoeding mogelijk wanneer aan artikel 19 van de basisverzekering van Zorg en Zekerheid (inclusief het Reglement Farmaceutische Zorg) en de daaruit voortvloeiende voorwaarden, bijvoorbeeld de prescriptieregeling, de bepalingen rondom medische noodzaak, en generieke substitutie (het voorkeursbeleid en laagste prijs beleid) wordt voldaan.

4.1 Anticonceptiva

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de huisarts of verloskundige.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de anticonceptiva moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet;
- voor orale anticonceptie ('de pil') geldt een maximale afleverperiode van twaalf maanden. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn drie maanden;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het voorkeursbeleid en het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via **www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.**

Waar heb ik geen recht op?
U heeft geen recht op de eventuele GVS-eigen bijdrage.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% vanaf 21 jaar (exclusief de GVS-eigen bijdrage)

4.2 Maagzuurremmers

Wat wordt er vergoed?
Maagzuurremmers die niet in de basisverzekering zijn opgenomen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de maagzuurremmers moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet;
- maagzuurremmers worden vergoed uit de AV, als er sprake is van niet-chronisch gebruik;
- als er sprake is van chronisch gebruik, is er vergoeding voor de eerste vijftien dagen waarin de kosten voor eigen rekening komen;
- het gaat in dit geval alleen om maagzuurremmers die als zodanig geregistreerd staan;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het voorkeursbeleid en het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via **www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.**