

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202201937

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Vanaf juli 2022 ondervond verzoeker toenemende klachten aan zijn rug. Bij zijn behandelend neuroloog in Nederland kon hij pas medio september 2022 terecht. Verzoeker heeft op 5 augustus 2022 de zorgverzekeraar om wachtlijstbemiddeling verzocht. Deze verwees hem op 19 augustus 2022 door naar DC Klinieken of Annatommie. Op 11 augustus 2022 had verzoeker echter al een MRI-scan laten maken bij Privatescan te Bochum, Duitsland, en via de Herniapolis werd hij doorverwezen naar de Schön Klinik in Düsseldorf, Duitsland, waar hij al binnen één week terecht kon. Op 16 september 2022 werd verzoeker in de Duitse kliniek geopereerd. De kosten van deze ingreep bedroegen € 14.500,-. De zorgverzekeraar heeft aanvankelijk vergoeding afgewezen omdat verzoeker volgens hem niet redelijkerwijs was aangewezen op de operatie. Nadien heeft de zorgverzekeraar besloten alsnog vergoeding te verlenen. In eerste instantie is € 8.988,13 vergoed, later is dit bedrag verhoogd naar € 10.165,77. Verzoeker is van mening dat een onjuiste DBC-zorgproductcode is gehanteerd, en dat de zorgverzekeraar deze code niet eigenmachtig mag bepalen.
- 1.2. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) beslist tot afwijzing van het verzoek, en overweegt dat de zorgverzekeraar gemotiveerd heeft betoogd dat - gegeven de operatie op de niveaus L3/L4 en L4/L5 vanwege een hernia en een kanaalstenose - zorgproductcode 131999263 de meest passende is, en dat hierbij een tarief hoort van € 10.165,77. De door verzoeker genoemde DBC-zorgproductcodes kunnen niet worden gehanteerd als uitgangspunt voor de bepaling van de vergoeding. Ook uit het advies van het Zorginstituut van 13 september 2023 volgt dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode juist is. Omdat de zorgverzekeraar lopende de procedure deels is tegemoet gekomen aan het verzoek, dient deze het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 29 mei 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 juni 2023 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 1 augustus 2023 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie meegedeeld een bedrag aan verzoeker na te betalen van € 1.177,64. Een afschrift hiervan is op dezelfde dag aan verzoeker gestuurd, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoeker heeft bij brief van 13 augustus 2023 uiteengezet waarom het geschil niet is opgelost. Een afschrift van deze brief is op 14 augustus 2023 aan de zorgverzekeraar gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 15 augustus 2023 op de brief van verzoeker van 13 augustus 2023 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 17 augustus 2023 aan verzoeker gestuurd, met de mogelijkheid hierop tijdens de hoorzitting te reageren.
- 2.3. Bij brief van 13 september 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023034751) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 september 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. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 december 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. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 december 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 september 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 19 december 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de VvAA zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Vanaf juli 2022 ondervond verzoeker een verdere toename van de sinds circa 2000 bestaande, en vanaf 2020 verergerde klachten aan zijn rug. Bij zijn behandelend neuroloog in Nederland kon hij pas medio september 2022 terecht. Verzoeker heeft op 5 augustus 2022 de zorgverzekeraar om wachtlijstbemiddeling verzocht. Deze verwees hem op 19 augustus 2022 door naar DC Klinieken of Annatommie. Op 11 augustus 2022 had verzoeker echter al een MRI-scan laten maken bij Privatescan te Bochum, Duitsland, en via de Herniapolis werd hij doorverwezen naar de Schön Klinik in Düsseldorf, Duitsland, waar hij al binnen één week terecht kon. Op 30 augustus 2022 vulde verzoeker op de website van de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier ziekenhuiszorg in het buitenland' in. Op 16 september 2022 werd verzoeker in de Duitse kliniek geopereerd. De kosten van deze ingreep bedroegen € 14.500,-. Omdat hij twee weken later nog niets had vernomen, is verzoeker navraag gaan doen en bleek het formulier niet te zijn ontvangen. Op 22 september 2022 stuurde hij het aanvraagformulier nogmaals in. Bij e-mailbericht van 26 september 2022 vroeg de zorgverzekeraar om toezending van nadere informatie. Verzoeker leverde deze informatie bij e-mailbericht van 30 september 2022 aan. Nadat hij had gerappelleerd en door de zorgverzekeraar een ontvangstbevestiging was verzonden, volgde bij e-mailbericht van 19 oktober 2022 een afwijzende beslissing op de aanvraag.
- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar bij e-mailbericht van 25 oktober 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 november 2022 heeft de zorgverzekeraar aan

verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Hierna is over en weer gecorrespondeerd, waarna verzoeker zich heeft gewend tot de SKGZ en de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. Deze bemiddeling heeft ertoe geleid dat aan verzoeker alsnog een vergoeding van € 8.938,13 is verleend, op basis van zorgproductcode 131999263 (DBC-code 16D647).

3.4. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 1 augustus 2023 aan de commissie meegedeeld dat de vergoeding totaal € 10.165,77 moet bedragen, zodat aan verzoeker een nabetaling is gedaan van € 1.177,64. Verzoeker heeft bij brief van 13 augustus 2023 verklaard dat hiermee het geschil niet is opgelost, waarop de procedure is voortgezet.

3.5. Bij brief van 13 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

4.1. Verzoeker heeft aanvankelijk aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is een hogere vergoeding te verlenen dan € 8.938,13. Na de reactie van de zorgverzekeraar van 1 augustus 2023, gericht aan de commissie, heeft verzoeker de commissie gevraagd om een uitspraak over de volgende punten:

- 1) de juistheid van de gehanteerde DBC-zorgproductcode; en
- 2) het gegeven dat een verzekeraar de DBC-zorgproductcode mag bepalen.

4.2. Aanvankelijk werd door de zorgverzekeraar vergoeding geweigerd, omdat verzoeker niet redelijkerwijs op de operatie zou zijn aangewezen, en hij niet vooraf toestemming had gevraagd aan de zorgverzekeraar. Verzoeker is hier tegen opgekomen, waarbij hij de ernst van de situatie heeft benadrukt, en de onmogelijkheid om in Nederland op korte termijn te worden geopereerd. Hierbij heeft hij benadrukt dat aan de voorwaarde van *stepped care* werd voldaan, omdat vooraf uitgebreide pijnbestrijding (met paracetamol, tillidine, tramadol, metamizol en pregabaline) had plaatsgevonden en hij Cesartherapie had gevolgd. Dat de medisch adviseur oordeelde dat geen operatie-indicatie aanwezig was, kwam volgens verzoeker door *cherry picking* en/of onbekendheid met de Duitse taal. Daarbij is het niet aan de medisch adviseur op de stoel van de behandelend arts te gaan zitten. Verzoeker heeft hierbij nog opgemerkt dat hij een restitutiepolis heeft en daarmee het recht op vrije artskeuze.

4.3. Verzoeker heeft voorts erop gewezen dat hij reeds op 30 augustus 2022 het aanvraagformulier via de website van de zorgverzekeraar heeft ingediend. Dat dit niet is ontvangen, is volgens verzoeker een probleem van de zorgverzekeraar en niet van hem. Op zijn verzoek om zorgbemiddeling werd niet adequaat gereageerd. De toezegging dat hij zou worden teruggebeld werd niet nagekomen en e-mailberichten werden pas na geruime tijd beantwoord. Volgens verzoeker heeft de zorgverzekeraar zijn zaken niet op orde en is sprake van schending van de zorgplicht.

4.4. Bij brief van 13 augustus 2023 heeft verzoeker meegedeeld dat het geschil zich nog toespitst op twee onderdelen. In de eerste plaats heeft de zorgverzekeraar een onjuiste DBC-zorgproductcode bepaald. Deze moet volgens verzoeker niet 131999263, maar 131999259 zijn. Verder vindt verzoeker het principieel verkeerd dat een verzekeraar de DBC-zorgproductcode mag bepalen. Dit is zijns inziens voorbehouden aan de behandelend arts, in dit geval de neurochirurg. Als hij in Nederland was geopereerd, zou dit ook het geval zijn geweest.

4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij jarenlang rugpijn heeft gehad. In de zomer van 2022 kreeg hij zoveel pijn dat hij zich heeft gewend tot zijn behandelend arts. Daar kon hij niet terecht, en hij moest wachten op een MRI. Hij heeft zich hierop gewend tot de zorgverzekeraar voor wachtlijstbemiddeling. De bemiddelaar reageerde niet. Verzoeker is uiteindelijk terecht gekomen in Duitsland. De radioloog daar heeft een beoordeling uitgevoerd. De situatie was erg achteruit gegaan ten opzichte van de vorige MRI. Verzoeker werd verteld dat hij geopereerd moest worden. Gevraagd werd of hij de week daarop beschikbaar was om

deze operatie te ondergaan. Uiteindelijk werd hij twee weken later geopereerd. Hij had hiervoor toestemming gevraagd aan de zorgverzekeraar, terwijl dit achteraf niet nodig was geweest, gelet op het vrije verkeer van diensten. Op de vraag om toestemming was nog geen antwoord gekomen op het moment dat verzoeker zich liet opereren. Hij heeft nadien de nota ingediend, waarop de zorgverzekeraar stelde dat de operatie niet nodig zou zijn geweest. Verzoeker heeft het ziekenhuis ruim € 14.000,- betaald. De in het Duits opgestelde medische informatie, die voor hem lastig te lezen was, is door de zorgverzekeraar beoordeeld, en op basis daarvan is een DBC-zorgproductcode vastgesteld. Hij is het er niet mee eens dat een medisch adviseur die hem nooit heeft gezien op basis van een verslag van de behandelend arts die code bepaalt. Uiteindelijk is het gelukt om 60% van de nota vergoed te krijgen, maar verzoeker vindt het principieel onjuist dat in Nederland de behandelend arts de DBC-code bepaalt, en als de zorg in het buitenland plaatsvindt, een medisch adviseur. Een hem bekende neuroloog heeft verzoeker verteld dat de bij hem in Duitsland in één ingreep uitgevoerde operatie van zowel een stenose als een hernia, in Nederland in twee operaties plaatsvindt. Door de Duitse benadering is hij een goedkopere patiënt voor de zorgverzekeraar.

Er staat in de omschrijving van de gekozen DBC-zorgproductcode "hernia of stenose", maar dit zou dus eigenlijk "hernia en stenose" moeten zijn. Er was sprake van één complexe operatie. Verder betrof het vijf verpleegdagen, terwijl in de gekozen DBC wordt uitgegaan van slechts twee verpleegdagen.

Het is daarom logisch dat de kosten hoger zijn geweest. Het Zorginstituut heeft exact dezelfde bewoordingen gebruikt als de zorgverzekeraar. Het lijkt erop dat het Zorginstituut klakkeloos verwijst naar wat de zorgverzekeraar heeft geschreven. Verzoeker heeft een complexere operatie ondergaan dan bij deze DBC-zorgproductcode hoort. De code die hij eerder heeft genoemd is misschien niet juist, maar er moet een andere zijn die meer passend is. De reden dat de zorgverleners in Nederland hem niet konden zien, was de coronaperiode. Maar waarom hij dan wel terecht kon in Duitsland, is een raadsel. Daar was immers ook corona. Verzoeker heeft nooit eerder een operatie nodig gehad. Hij heeft een restitutiepolis en jarenlang premie betaald, en nu krijgt hij geen volledige vergoeding.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft aanvankelijk, in zijn e-mailbericht van 19 oktober 2022, verklaard de aanvraag van 30 augustus 2022 niet te hebben ontvangen. De tweede - incomplete - aanvraag bereikte hem op 22 september 2022. Op dat moment had de ingreep al plaatsgevonden. Daarnaast was verzoeker niet redelijkerwijs aangewezen op de operatie, omdat onvoldoende *stepped care* in de vorm van pijnbestrijding was toegepast en er geen absolute operatie-indicatie bestond. Volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar ging het om een relatieve kanaalstenose, was er geen caudacompressie of geen neurologische uitval en betrof het geen spoed. Omdat het geen spoed betrof, was voorafgaande toestemming vereist.
- 5.2. Dat de e-mailberichten van verzoeker soms later zijn beantwoord, hield verband met het gebruik van een voor de zorgverzekeraar onbekend e-mailadres. Dit was het geval met het e-mailbericht van 12 augustus 2022, dat op 19 augustus daaropvolgend is beantwoord. Verzoeker is toen verwezen voor het laten maken van een MRI. Omdat het achteraf lastig is te bepalen of conservatieve behandelingen soelaas zouden hebben geboden en er een weloverwogen besluit lijkt te zijn genomen met betrekking tot de behandeling, waarmee is voldaan aan de Nederlandse richtlijnen, heeft de zorgverzekeraar uiteindelijk besloten alsnog vergoeding te verlenen. Op basis van de zorgactiviteiten die hebben plaatsgevonden (voor zowel de stenose als de hernia (HNP, commissie)) komt de zorgverzekeraar tot de zorgproductcode 131999263:
 - 030329 - Laminectomie, 2 of meer niveau's, bij HNP of stenose (voor overige aandoeningen zie 030328);
 - 190218 - verpleegdag (x2);
 - 038444 Micro-endoscopische behandeling HNP (MED) (PTED, zie 038438 en discectomie lumbosacraal via open procedure, zie 038437 of 038467).

- 5.3. Tot de door verzoeker genoemde zorgproductcode 131999261 kan alleen gekomen worden wanneer men afleidt met een van de volgende zorgactiviteiten:
- 038433 - Plaatsen van discusprothese (aanspraak: 2601);
 - 038449 - Thoracale dissectomie posterolateraal;
 - 038462 - (Re)spondylodese 2 wervels, fixatie voorste- of achterste pijlers van C2-C3 of van lager gelegen wervels (voor circumferent via 1 benadering zie 038463) (aanspraak: 2601).
- Van deze zorgactiviteiten is in de situatie van verzoeker geen sprake.
- 5.4. Bij brief van 1 augustus 2023 heeft de zorgverzekeraar verklaard navraag te hebben gedaan bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar het hoogst gedeclareerde tarief bij DBC-zorgproductcode 131999263 in 2022. Hieruit is een bedrag van € 10.165,77 gekomen. Hierop is aan verzoeker een nabetaling gedaan van € 1.177,64. Dit is het verschil tussen dit hogere bedrag en het eerder uitgekeerde bedrag van € 8.988,13. Bij brief van 15 augustus 2023 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de door hem bepaalde DBC-zorgproductcode passend is. Onder andere vallen onder de door verzoeker voorgestelde DBC-zorgproductcode diverse verrichtingen die bij hem niet hebben plaatsgevonden. Verder merkt de zorgverzekeraar op dat de medisch adviseur een onafhankelijk adviseur is en BIG-geregistreerd arts. Deze leidt de DBC-zorgproducten af op basis van de uitgevoerde zorgactiviteiten en de afspraken die daarover met Nederlandse zorgaanbieders en de NZa zijn gemaakt. Zorgactiviteiten zijn als het ware de bouwstenen die tezamen het profiel van een DBC-zorgproduct vormen. Zorgactiviteiten bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welk DBC-zorgproduct mag worden gedeclareerd. Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten. Het is aan de behandelend arts toe te lichten welke zorg er is geleverd, en dus, welke zorgactiviteiten hebben plaatsgevonden.
- 5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat verzoeker een restitutiepolis heeft en daarmee in Nederland naar iedere zorgaanbieder kan gaan. Voor zorg in het buitenland zijn regels opgenomen in de polis. Eén daarvan is dat vooraf toestemming moet worden gevraagd, onder andere om situaties zoals deze te voorkomen. De bedoeling is dat er snel op een verzoek om toestemming wordt gereageerd, maar deze toestemming moet wel worden afgewacht. In sommige gevallen wordt besloten alsnog achteraf te beoordelen. Dan wordt gekeken naar de medische informatie die er ligt. Dit wordt gedaan door een onafhankelijk medisch adviseur, die een advies geeft aan de zorgverzekeraar. De DBC-zorgproductcode wordt bepaald aan de hand van de medische stukken. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling in zijn advies over wat de Duitse arts heeft opgeschreven aan zorgactiviteiten. De NZa heeft een zogenoemde grouper gemaakt waarin alle activiteiten kunnen worden ingevuld, en dan komt er een DBC uit. Het Zorginstituut komt uit op dezelfde DBC-zorgproductcode als de zorgverzekeraar. Er is geen andere, meer passende DBC. Bij een andere code horen andere verplichte zorgactiviteiten die bij verzoeker niet zijn uitgevoerd. De gekozen DBC kan voor behandeling van zowel een stenose als een hernia worden gebruikt, ook als dit tijdens één ingreep plaatsvindt. Het Zorginstituut heeft dezelfde afleiding als de zorgverzekeraar gedaan, waarbij de hernia als extra activiteit is toegevoegd. Dat zowel een stenose als een hernia in één operatie worden behandeld komt ook in Nederland wel vaker voor. Het aantal ligdagen wordt ook ingevoerd in de grouper. Bij sommige DBC's maakt het aantal ligdagen geen verschil voor de DBC die eruit komt. Het ziekenhuis krijgt dan niet meer als iemand langer moet blijven. Het idee erachter is dat complicaties zoveel mogelijk worden voorkomen. Meer ligdagen betekent dus niet altijd meer geld. Er is in dit geval alleen een aparte code voor de situatie dat iemand in het geheel geen ligdagen heeft gehad.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 13 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op over de aard van de vergoeding.

Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Het Zorginstituut heeft aan de hand van de beschikbare informatie in het dossier bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzoeker.

De Duitse operateur schrijft in zijn operatieverslag van 16 september 2022 dat is uitgevoerd: "Andere Operationen an der Wirbelsaule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente" De details bestaan volgens dit verslag uit: "Zugang zur Lendenwirbelsaule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente; Inzision des Spinalkanals: Dekompression; Zugang zur Lendenwirbelsaule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 2 Segmente; Zugang zur Lendenwirbelsaule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 2 Segmente."

Op grond van dit operatieverslag waarin de uitgevoerde handelingen zijn beschreven lijkt sprake van DBC-zorgproduct 131999263, met declaratiecode 15D647 en met omschrijving: Oper wervelkolom zwaar | Met VPLD | Botspierstelsel ziekte / laat gev trauma.³ Daartoe behoren de zorgactiviteiten: 030329 - Laminectomie, 2 of meer niveaus, bij HNP of stenose (voor overige aandoeningen zie 030328);

190218 - verpleegdag (x2);
038444 - Micro-endoscopische behandeling HNP (MED) (PTED, zie 038438 en discectomie lumbosacraal via open procedure, zie 038437 of 038467).

Verzoeker heeft aangevoerd dat DBC-zorgproduct 1319992594 het meest passend is. De NZa website laat zien dat voor DBC-zorgproduct 131999259 minimaal 1 zorgactiviteit binnen "wervelkolom complex" nodig is. Daartoe behoren:

030311 - Vertebrectomie cervicaal met spondylodese;
030312 - Vertebrectomie thoracaal met spondylodese;
030313 - Vertebrectomie lumbaal met spondylodese;
038400 - Costotransversectomie of anterolaterale decompressie bij spondylitis;
038461 - (Re)spondylodese 1 segment, fixatie van craniocervicale overgang (CO-C1) of van hoogste cervicale wervels (C1-C2);
038463 - Circumferente (re)spondylodese 2 wervels, fixatie van C2-C3 of van lager gelegen wervels via 1 benadering (bij meer benaderingen zie 038464);
038471 - (Re)spondylodese 2, 3 of 4 segmenten.

Uit het operatieverslag leidt het Zorginstituut af dat geen van deze zorgactiviteiten is verricht. Er is zodoende geen sprake van DBC-zorgproduct 131999259.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier lijkt DBC-zorgproduct 131999263 met declaratiecode 15D647 het meest passend te zijn bij de uitgevoerde behandeling.

Advies

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit. Het Zorginstituut merkt desgevraagd op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproduct 131999263 met declaratiecode 15D647 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling."

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 80 van de Algemene regels van de voorwaarden van de zorgverzekering (hierna: de Algemene regels).
- 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 de zorgplicht en het marktconforme tarief alsmede artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Verzoeker 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 verzekeraar. De verzekeraar 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. Door verzoeker is in dit verband gesteld dat hij op 30 augustus 2022 het 'Aanvraagformulier ziekenhuiszorg in het buitenland' op de website van de zorgverzekeraar heeft ingevuld en dit vervolgens heeft ingestuurd. De zorgverzekeraar heeft verklaard het formulier niet te hebben ontvangen. Een volgende aanvraag dateert van 22 september 2022; de ingreep had toen al plaatsgevonden. De commissie overweegt dat op grond van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) de stelplicht en eventueel de bewijslast ter zake rusten bij verzoeker. Uit het overgelegde screenshot blijkt weliswaar dat verzoeker het formulier heeft ingevuld, maar niet dat hij dit ook heeft verzonden. Bovendien zou voor de beoordeling door de zorgverzekeraar een complete aanvraag nodig zijn. Het staat vast dat de tweede - kennelijk identieke - aanvraag dit niet was, aangezien op 26 september 2022 per e-mail nog informatie is opgevraagd, die verzoeker vervolgens bij e-mailbericht van 30 september 2022 heeft ingestuurd. Hieruit volgt dat van vooraf gevraagde én verkregen toestemming in de zin van de verordening geen sprake is. Verzoeker heeft overigens ter zitting verklaard dat de verordening buiten beschouwing kan blijven, en dat hij graag een vergoeding wenst op grond van de zorgverzekering.
- 8.3. In artikel 26 van de Algemene regels is ten aanzien van de vergoeding bepaald:

"De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief.

Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér.

Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners

onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.”

Het bepaalde in artikel 26 van de Algemene regels is gebaseerd op artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv.

- 8.4. Wat partijen verdeeld houdt, is in de eerste plaats welke zorgproductcode voor het bepalen van de vergoeding moet worden aangehouden en of het aan de zorgverzekeraar is deze code vast te stellen, nu sprake is van in het buitenland genoten zorg. De zorgverzekeraar heeft gemotiveerd betoogd dat - gegeven de operatie op de niveaus L3/L4 en L4/L5 vanwege een hernia én een kanaalstenose - code 131999263 de meest passende is, en dat hierbij een tarief hoort van € 10.165,77. Tevens heeft hij onderbouwd dat de in eerste instantie door verzoeker genoemde zorgproductcode 131999261 in dit geval niet kan worden toegepast, omdat de zorgactiviteiten die tot deze code afleiden niet aan de orde zijn. Verzoeker heeft dit niet bestreden. De commissie concludeert daarom dat zorgproductcode 131999261 niet kan worden gehanteerd als uitgangspunt voor de bepaling van de vergoeding. Verzoeker heeft vervolgens zorgproductcode 131999259 als alternatief opgevoerd. Hierover heeft de zorgverzekeraar verklaard dat deze code alleen kan worden afgeleid op basis van andere zorgactiviteiten dan bij verzoeker zijn uitgevoerd. De commissie volgt de zorgverzekeraar hierin, mede gelet op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 13 september 2023, dat is bevestigd in het definitief advies van 19 december 2023. Dit betekent dat ook deze code niet kan worden gehanteerd als uitgangspunt voor de bepaling van de vergoeding en dat in dit geval, zoals het Zorginstituut bevestigt, zorgproductcode 131999263 (“Operatie aan de wervelkolom waaronder nekhernia of operatie aan meerdere wervels tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel”) voor juist moet worden gehouden.
- 8.5. Waar het gaat om de bij deze zorgproductcode behorende vergoeding, is geen sprake van een door de NZa vastgesteld tarief. Volgens artikel 26 van de Algemene regels bestaat in dat geval aanspraak op de marktconforme prijs en voor medisch specialistische zorg is dit maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Het Hof Arnhem-Leeuwarden (ECLI:NL:GHRL:2021:9573, bekrachtigd door de Hoge Raad in zijn arrest van 21 april 2023, ECLI:NL:HR:2023:664) heeft in een arrest over het marktconforme tarief bepaald dat een declaratie die behoort tot de 5% hoogste declaraties niet automatisch excessief is. In het arrest is in r.ov. 5.11 een tweestappentoets beschreven (die door de commissie tot de hare wordt gemaakt). Hierbij dient als eerste stap te worden vastgesteld welke tarieven de overige zorgaanbieders voor eenzelfde behandeling (zorgvorm) in rekening brengen. Die tarieven vormen, indien zij onderling geen onredelijke verschillen vertonen, een bandbreedte van tarieven die in de Nederlandse markt voor een specifieke behandeling (zorgvorm) als marktconform kunnen worden beschouwd. Als tweede stap moet - indien een nota afwijkt van de in de eerste stap bepaalde bandbreedte - worden beoordeeld of de hoogte van de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van de bandbreedte door middel van een individuele beoordeling. Eerder heeft de commissie, voor medisch specialistische zorg, geoordeeld dat de onder- en de bovenkant van de bandbreedte kunnen worden bepaald aan de hand van het laagste en het hoogste tarief dat door Open DIS Data in de berekening van het gemiddelde is betrokken. De zorgverzekeraar heeft het hoogste gedeclareerde bedrag van het jaar 2022 voor DBC-zorgproduct 131999263 bij de NZa opgevraagd, en dit bedrag, namelijk € 10.165,77 aan verzoeker uitgekeerd. Het notabedrag van € 14.500,- wijkt hiervan onredelijk af, zodat de zorgverzekeraar naar het oordeel van de commissie niet is gehouden tot een hogere vergoeding dan het door de zorgverzekeraar nader bepaalde bedrag van € 10.165,77. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat het niet aan de zorgverzekeraar is een DBC-zorgproductcode te bepalen. De buitenlandse nota vermeldt evenwel geen DBC-zorgproductcode, terwijl het aan de zorgverzekeraar is te beoordelen tot welk bedrag deze nota kan worden vergoed ten laste van het Nederlandse stelsel. Om die reden kan hij zelfstandig, via een medisch adviseur, op basis van de beschikbare informatie een DBC-zorgproductcode vaststellen. Zoals hiervoor onder 8.4 is overwogen, moet de in dit geval door de zorgverzekeraar bepaalde code voor juist worden gehouden.

Aangezien de zorgverzekeraar pas naar aanleiding van deze procedure de vergoeding van € 10.165,77 heeft vastgesteld, is hij gehouden verzoeker het entreegeld van € 37,- te vergoeden.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) door de zorgverzekeraar de juiste DBC-zorgproductcode is bepaald, en dat de in verband hiermee aan verzoeker verleende vergoeding van € 10.165,77 juist is; en
- (ii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 9 februari 2024,

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

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. (...)*”

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 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
 - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

● 3. Ik ben verzekerd bij VvAA

U heeft een verzekering bij VvAA. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

● Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van VvAA. En VvAA betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

Wij betalen altijd in euro's. Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontvangt.

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

Dit is het geval als de zorg voor u doelmatig is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

25. **Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft.** Dat is zo bij de vergoedingen Verpleging en verzorging thuis, Generalistische basis-ggz en Gespecialiseerde ggz. Voor die vergoedingen geldt dat de basisverzekering de zorg van gecontracteerde zorgverleners volledig vergoedt. Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden maximale vergoedingen. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de Zorgzoeker op onze site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2022? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling gewoon afmaken bij die zorgverlener.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het reglement Zvw-pgb.

Krijgt u een vergoeding voor ggz uit de aanvullende verzekering? Dan geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het maakt dan niet uit of uw zorgverlener een contract met ons heeft of niet.

26. **De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief.** Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér.

Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

Voor wijkverpleging en ggz geldt bij niet-gecontracteerde zorgverleners een maximale vergoeding. Dat staat in algemene regel 25.

● Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

27. **Soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de basisverzekering (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen of een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is het bedrag dat u zelf moet betalen voor de zorg. De overheid bepaalt deze eigen bijdrage.

28. **U betaalt ook het verplichte eigen risico.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2022 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten betaalt u zelf. **Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering.**

U betaalt geen eigen risico over de eigen bijdrage. Dit werkt zo. Als wij een rekening krijgen, halen we daar eerst de eigen bijdrage vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico.

Bij geneesmiddelen werkt dit anders. Als u de maximale eigen bijdrage van € 250 heeft betaald, vergoedt de basisverzekering de rest. Voor die kosten geldt dan wel het eigen risico.

29. **Het eigen risico gaat in op de 1e dag van de maand na die waarin u 18 jaar wordt.** Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt het eigen risico niet.
30. U kunt bovenop het verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. Ook dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. U krijgt dan wel korting op de premie. In de premietabel staat welke bedragen u kunt kiezen als vrijwillig eigen risico. Met de korting. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.

Algemene regels

31. Wordt u 18 jaar en wilt u een vrijwillig eigen risico? Dan moet u dat aan ons doorgeven binnen 30 dagen nadat u 18 jaar bent geworden. Doet u dat niet, dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Tot dan geldt alleen het verplichte eigen risico.
32. **Voor sommige zorg geldt geen (verplicht of vrijwillig) eigen risico.** In de tabel hieronder leggen wij dit uit.

Het eigen risico geldt niet voor...

Maar wel voor...

huisartsenzorg

onderzoek of behandeling buiten de huisartsenpraktijk, als de huisarts het voorschrijft, en de kosten apart in rekening worden gebracht

zorg van de huisarts, samen met andere zorgverleners, bij chronische aandoeningen

verpleging en verzorging

eerstelijns verblijf

voetzorg bij diabetes mellitus (suikerziekte)

programma's voor stoppen met roken

gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht

beoordeling medicatie bij chronisch gebruik van geneesmiddelen op recept door de apotheek

geneesmiddelen zelf

verloskundige zorg en kraamzorg

zorg die daarmee te maken heeft, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer

hulpmiddelen in bruikleen

verbruiksartikelen voor deze hulpmiddelen en kosten van gebruik

zorg voor u als orgaan- of weefseldonor, als de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar) voorbij is

vervoerskosten die u als orgaan- of weefseldonor maakt tijdens de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar)

zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden

33. Declareert u of uw zorgverlener zorg die onder het eigen risico valt? Dan telt die zorg mee voor het eigen risico van het jaar van behandeling. Soms moet de zorgverlener consulten, onderzoeken en behandelingen in 1 keer declareren. Bijvoorbeeld met een dbc. Dan telt de dbc mee voor het eigen risico in het jaar waarin deze is geopend.
34. **Maakt u in 2022 zorgkosten? En stuurt uw zorgverlener ons de rekening pas in 2024 of later? Dan brengen we het verplichte eigen risico niet in rekening.** Behalve als het aan u ligt dat wij de rekening niet eerder ontvingen. Dan kunnen wij het eigen risico wel in rekening brengen.

35. **Bent u een deel van het jaar bij ons verzekerd? Dan passen wij het verplichte en vrijwillig eigen risico en de maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen aan.** Wij berekenen dit dan op basis van het aantal dagen dat de verzekering heeft gelopen. Het bedrag ronden wij af op hele euro's.

Wordt u in de loop van het jaar 18? Ook dan passen wij het eigen risico aan. Maar niet de eigen bijdrage voor geneesmiddelen. Want die geldt ook onder de 18.

Uw verzekering gaat in op 3 februari. Er zijn dan 33 dagen van het jaar voorbij en nog 332 te gaan. Uw eigen risico is 332/365 van € 385: € 350,19. We ronden dat af op € 350.

● Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

36. **Soms moet u voor zorg of hulp naar het zorgkantoor of de gemeente. Dan vergoeden onze basisverzekering en aanvullende verzekeringen de zorg of hulp niet.** Ook niet als u de zorg of hulp van zorgkantoor of gemeente niet voldoende vindt. Ontzorgplus heeft een eigen regeling.

Het gaat onder meer om:

- intensieve zorg (Wet langdurige zorg, Wlz)
- ondersteuning om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Wmo)
- zorg en hulp voor jongeren (Jeugdwet)