



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer mr. drs.C te B, tegen Onderlinge
Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, bariatrische chirurgie, redelijkheid en billijkheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 201901432
Zittingsdatum : 8 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer mr. drs.C te B,
tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden,
hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 19 juni 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 22 oktober 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 28 oktober 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019052240) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 29 oktober 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen zijn op 8 januari 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 21 januari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift van het definitief advies is aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren.
- 2.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2020 telefonisch meegedeeld van de gelegenheid geen gebruik te willen maken. Verzoekster heeft bij brief van 3 februari 2020 gereageerd. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Gemeente-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij verzoekster is vastgesteld dat sprake is van mictieklachten, met name urge- en stressincontinentie. Daarnaast bestaan prolapsklachten op basis van een cystocele graad 2. De behandelend (uro)gynaecoloog heeft verklaard dat verzoekster in aanmerking komt voor een reconstructieve operatie, mits zij een normaal gewicht heeft. Bij verzoekster is echter sprake van overgewicht en een BMI van 35-36.

- 3.3. Gezien de urgentie van haar prolapsklachten wil verzoekster zo snel mogelijk gewicht verliezen. Hiertoe heeft zij zich eerst gewend tot de Nederlandse Obesitas Kliniek en geïnformeerd naar de mogelijkheid van bariatrische chirurgie. Bij brief van 19 juli 2018 heeft de kliniek aan verzoekster meegedeeld dat zij niet in aanmerking komt voor de ingreep. Hierover heeft de kliniek verklaard: *"(...) De reden van afwijzing is omdat u niet voldoet aan de door IFSO gestelde criteria voor een maagverkleinende operatie. (...) Om in aanmerking te komen voor een operatie inclusief een traject bij de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) moet u aan de volgende criteria voldoen:*
- *Leeftijd. Voor een behandeling bij de NOK moet u tussen de 18 en 65 jaar oud zijn;*
 - *BMI > 40: vanaf een BMI van 40 komt u in aanmerking voor het behandeltraject bij de NOK;*
 - *U heeft langer dan 5 jaar obesitas;*
 - *BMI 35-40. Bij een BMI tussen de 35 en 40 kunt u in aanmerking komen wanneer er ernstige gezondheidsklachten zijn gerelateerd aan het overgewicht. Het gaat om de volgende co-morbiditeiten:*
 - *Diabetes Mellitus type 2*
 - *hoge bloeddruk met medicatiegebruik*
 - *hoog cholesterol met medicatiegebruik*
 - *artrose inclusief aantoonbaar rapport van de orthopeed*
 - *slaapapneu (ademstops tijdens slapen) met aantoonbaar rapport slaapcentrum"*
- 3.4. Vervolgens heeft verzoekster zich gewend tot het ZNA Obesitascentrum Stuivenberg in België. Deze zorgverlener is bereid de bariatrische ingreep uit te voeren. Ten behoeve van verzoekster is bij brief van 20 november 2018 voor deze ingreep een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 januari 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd en verzocht de ingreep uit coulance te vergoeden. Bij brief van 12 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Bij brief van 3 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij niet bereid is de ingreep uit coulance te vergoeden.
- 3.7. Bij brief van 28 oktober 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: *"(...) Zorginstituut heeft in verschillende standpunten aangegeven onder welke voorwaarden (indicaties) en met welke technieken bariatrische chirurgie voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. Bariatrische ingrepen zijn over het algemeen complex en alleen effectief als er een zorgvuldige indicatiestelling plaatsvindt en als er een adequaat voor- en natraject is. In verschillende eerdere adviezen heeft het Zorginstituut het belang aangegeven van een adequaat voor- en natraject. Onder een multidisciplinair voortraject wordt verstaan: de betrokkenheid van een internist, diëtist en psycholoog/psychiater; als voorwaarde kan worden gesteld dat één van de begeleiders of de huisarts daarbij de regiefunctie heeft vervuld.*

Indicaties voor bariatrische chirurgie zijn: BMI > 40 kg/m en BMI 35-40 kg/m in combinatie met ernstige comorbiditeit, op voorwaarde dat de patiënt voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan en bereid is mee te werken aan levenslange follow-up. Bij comorbiditeit moet gedacht worden aan ernstige, met obesitas geassocieerde comorbiditeit, zoals: slaap apnoe syndroom, botdichtheid, metabole en endocriene stoornissen (bijv. diabetes mellitus type 2, schildklierafwijkingen en hypertensie), gastro-oesofagale reflux, hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker, steatose, 'non alcoholic hepatic steatosis' (NASH), galsteenlijden, artrose, ademhalingsproblemen, jicht, infertiliteit, menstruatiestoornissen en longfunctie stoornissen. Tenslotte mogen er geen contra-indicaties voor de ingreep zijn. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan psychiatrische/psychologische stoornissen, zeker daar waar sprake is van eetstoornissen.

Uit de beschikbare gegevens in het dossier blijkt niet dat verzoekster voldoet aan de criteria voor bariatrische chirurgie. Zo is geen sprake van een adequaat multidisciplinair voortraject en verder is er geen noodzaak vanwege ernstige medische comorbiditeit. Een verzakking is niet gevaarlijk of zodanig spoedeisend dat een operatie niet uit te stellen is. (...)"

- 3.8. Bij brief van 21 januari 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
(...) *In het voorlopig advies van het Zorginstituut wordt ingegaan op de indicaties voor bariatrische chirurgie. Dit zijn een BMI > 40 kg/m en BMI 35-40 kg/m in combinatie met ernstige comorbiditeit, op voorwaarde dat de patiënt voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan en bereid is mee te werken aan levenslange follow-up. Bij comorbiditeit moet gedacht worden aan ernstige, met obesitas geassocieerde comorbiditeit, zoals: slaap apnoe syndroom, botdichtheid, metabole en endocriene stoornissen (bijv. diabetes mellitus type 2, schildklierafwijkingen en hypertensie), gastro-oesofagale reflux, hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker, steatose, 'non alcoholic hepatic steatosis' (NASH), galsteenlijden, artrose, ademhalingsproblemen, jicht, infertiliteit, menstruatiestoornissen en longfunctie stoornissen. Tenslotte mogen er geen contra-indicaties voor de ingreep zijn. Geconcludeerd werd dat verzoekster geen indicatie heeft voor bariatrische chirurgie, omdat er o.a. geen noodzaak vanwege ernstige medische comorbiditeit bestaat. (...)"*

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de gevraagde bariatrische ingreep te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, dan wel uit coulance.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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 zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit de Europese Verordening nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster wil naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gaan om daar een bariatrische ingreep te ondergaan. In deze situatie is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg conform het sociale verzekeringsstelsel van de betreffende EU-lidstaat, mits de zorg behoort tot het verzekerde pakket in én als deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in beschikbaar is. De eerste vraag die moet worden beantwoord is of de ziektekostenverzekeraar de gevraagde toestemming op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 mocht weigeren.
- 6.3. De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar de toestemming op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 terecht heeft geweigerd. De gevraagde bariatrische ingreep is een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering en was op het moment van de aanvraag tijdig in beschikbaar. Verzoekster heeft zich in eerste instantie gewend tot de Nederlandse Obesitas Kliniek. Uit de verklaring van de kliniek volgt niet dat de behandeling aldaar niet (tijdig) kon worden uitgevoerd, maar dat verzoekster niet aan de voorwaarden voldeed om hiervoor in aanmerking te komen.
- 6.4. Vervolgens is de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de gevraagde ingreep op grond van de zorgverzekering te vergoeden.
- 6.5. Verzoekster voert aan dat in haar situatie sprake is van een uitzonderlijke omstandigheden. De behandelend (uro)gynaecoloog heeft verklaard dat de reconstructieve ingreep met spoed moet worden uitgevoerd, echter dat zij hiervoor eerst gewicht moet verliezen. Dit laatste is niet mogelijk, anders dan door een bariatrische ingreep. Verzoekster is namelijk bekend met een eetstoornis die therapieresistent is. Van verzoekster mag naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid dan ook niet worden verwacht dat zij eerst een multidisciplinair voortraject doorloopt van tenminste één jaar, voordat zij de gevraagde bariatrische ingreep mag laten uitvoeren. In dit verband wijst verzoekster op een arrest van de Hoge Raad, waaruit zij afleidt dat het weigeren van een vergoeding door de ziektekostenverzekeraar onaanvaardbaar is als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
- (i) De kosten van de behandeling zijn zo hoog dat de verzekerde dit niet zelf kan betalen;
 - (ii) er zijn geen alternatieve behandelingen;
 - (iii) de behandeling is noodzakelijk vanwege de ernstige medische situatie, dan wel leidt tot ernstig lijden;
 - (iv) indien in aanmerking kan worden genomen dat de behandeling, mede vanwege de werkzaamheid, noodzakelijkheid en doelmatigheid, in de toekomst alsnog in het basispakket zal worden opgenomen.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat een verzekerde op grond van artikel 1.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering recht heeft op zorg, of vergoeding van de kosten van de zorg, zoals omschreven in de polisvoorwaarden als hij/zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg. De inhoud en omvang van zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Wanneer deze ontbreekt wordt de inhoud en de omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In de artikelen 6 en 22 van de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde aanspraak heeft op geneeskundige zorg in het buitenland. Eén van de voorwaarden is dat de verzekerde is verwezen door een huisarts of medisch specialist in . Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat pas een (verzekerings)indicatie voor een bariatrische ingreep bestaat als wordt voldaan aan de criteria die zijn opgenomen in de richtlijn Partnerschap Overgewicht en de richtlijn Morbide Obesitas. Uit deze richtlijnen volgt dat voorafgaand aan de ingreep gedurende minimaal één jaar een multidisciplinair voortraject moet zijn gevolgd met Intensieve Gecombineerde Leefstijlinterventie met cognitieve gedragstherapie als voorbereiding op de operatieve ingreep.

Uit het gegeven dat de Nederlandse Obesitas Kliniek niet bereid is de gevraagde ingreep uit te voeren, leidt de ziektekostenverzekeraar af dat in de situatie van verzoekster niet aan de voornoemde voorwaarden wordt voldaan.

- 6.7. De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de gevraagde ingreep ten laste van de zorgverzekering te vergoeden. Op grond van artikel 1.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoekster slechts recht op een bepaalde vorm van zorg voor zover zij hierop redelijkerwijs is aangewezen. In de onderhavige situatie betekent dit dat zij moet voldoen aan bepaalde voorwaarden die zijn opgenomen in de richtlijnen die de beroepsgroep heeft opgesteld, welke zijn verwoord in de brief van 19 juli 2018 van de Nederlandse Obesitas Kliniek. Het staat vast dat verzoekster niet aan deze voorwaarden voldoet. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut.
- 6.8. Verzoekster voert aan dat in (zeer) bijzondere omstandigheden kan worden afgeweken van de verzekeringsvoorwaarden en wijst daarbij naar een arrest van de Hoge Raad. De commissie veronderstelt dat hiermee het zogenoemde Bosentan-arrest (ECLI::HR:2014:3679) wordt bedoeld. De Hoge Raad oordeelde in die zaak dat *"de zorgverzekering een sociale verzekering voor de gehele bevolking is en (daarom) in vergaande mate dwingend publiekrechtelijk is geregeld. Anders dan [de zorgverzekeraar] aanvoert, kan ook het weigeren van een vergoeding die buiten de verzekeringsdekking valt, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn, en wel indien zich (zeer) bijzondere omstandigheden voordoen die dat oordeel rechtvaardigen."* De commissie overweegt dat het arrest ziet op de situatie dat een bepaalde vorm van zorg (nog) geen verzekerde prestatie is en om die reden buiten de verzekeringsdekking valt. Dit is in het onderhavige geval niet aan de orde. Bariatische chirurgie is namelijk wel een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, maar verzoekster komt hiervoor niet in aanmerking omdat zij niet aan de voorwaarden voldoet. Toepassing van deze voorwaarden leidt in de situatie van verzoekster niet tot een omstandigheid die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 6.9. Voor zover het verzoek ziet op het toekennen van een vergoeding uit coulance merkt de commissie op dat dit tot de beleidsvrijheid van de ziektekostenverzekeraar behoort. De commissie is niet bevoegd hierin te treden. Dit zou anders zijn als blijkt dat de ziektekostenverzekeraar verzekerden in gelijke gevallen ongelijk behandelt of dat hij in strijd handelt met zijn eigen coulancebeleid. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar namelijk toegelicht dat hij slechts in zeer uitzonderlijke gevallen een vergoeding toekent uit coulance. De klachten die verzoekster ervaart, zijn volgens de ziektekostenverzekeraar niet uitzonderlijk. In die zin dat deze klachten ook bij andere verzekerden met overgewicht regelmatig voorkomen. Ook in die situaties wordt geen vergoeding toegekend uit coulance. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin volgen, zodat geen aanleiding bestaat de gevraagde ingreep uit coulance te vergoeden.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 februari 2020,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

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

- embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, 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.

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. 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 door 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 zorgverzekeringen 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.

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.

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 zorgzekerheid.nl/zorgzoeker. Ook kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer 071 – 5 825 825 of bezoek één van onze winkels.

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

Voor de zorg genoemd in Rubriek B sluit Zorg en Zekerheid met zorgverleners contracten. In deze overeenkomsten maken wij afspraken over prijs, kwaliteit, doelmatigheid, de wijze van declareren en de voorwaarden waaronder zij de zorg kunnen verlenen.

Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is gedeponeerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen via terrorismeverzekerd.nl en zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

4.4 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens

Voor het aangaan, aanpassen of beëindigen van uw zorgverzekering verstrekt u persoonsgegevens aan ons. Wij verzamelen en verwerken uw persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van uw zorgverzekering en eventueel aanvullende verzekering. Deze persoonsgegevens nemen wij op in onze persoonsregistratie. Op deze registratie zijn de vigerende privacyregelgeving en de voor ons geldende gedragscodes van toepassing.

Wat doen wij nog meer met uw persoonsgegevens? Wij:

- a. stellen uw gegevens beschikbaar aan de zorgverlener voor het controleren van uw verzekeringsstatus;
- b. gebruiken uw gegevens voor statistische analyse;
- c. gebruiken uw gegevens voor controles en/of onderzoek onder verzekerden en zorgverleners of deze zorg daadwerkelijk is geleverd en/of doelmatig is;
- d. kunnen voor de uitvoering van de zorgverzekering uw gegevens verstrekken aan derden, met in achtneming van de vigerende privacy regelgeving. Wanneer u dat wenst, vermelden wij daarbij niet uw adres. U kunt dit schriftelijk aan ons doorgeven;
- e. voeren in het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid, conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

4.5 Hoe gaan wij om met fraude

Wanneer u of iemand namens u fraude pleegt, dan vervalt uw recht, en de vergoeding hiervan, op zorg. Wij vorderen alle eerder uitgekeerde kosten terug per de datum dat sprake is van fraude. Ook brengen wij kosten voor onderzoek naar fraude bij u in rekening.

Daarnaast hebben wij het recht uw lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende zorgverzekeringen) te beëindigen per de datum dat sprake is van fraude.

Bij fraude registreren wij u en/of de verzekerde in het Extern verwijzingsregister. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Bij fraude of een sterk vermoeden hiervan kunnen wij ook aangifte doen bij de politie.

4.6 Klachten en geschillen

4.6.1 Heeft u een klacht

Als u ontevreden bent met een beslissing van ons of met onze dienstverlening dan kunt u binnen 8 weken een klacht indienen. U kunt uw klacht eenvoudig bij ons indienen door het invullen van het online klachtenformulier op onze website zorgenzekerheid.nl/klacht. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan onze Klachtencommissie.

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Klachtencommissie
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

Bent u niet tevreden met ons antwoord op uw klacht of heeft u binnen 10 weken (wij streven ernaar u binnen deze termijn te antwoorden) geen antwoord van ons ontvangen dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. U kunt het geschil ook voorleggen aan de burgerlijke rechter.

4.6.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u dat onze formulieren ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u uw klacht daarover voorleggen aan de NZa. De NZa zal dan een uitspraak doen, die wordt aangemerkt als bindend advies. U kunt uw klacht schriftelijk voorleggen, gebruikt u het volgende adres: NZa Postbus 3017 3502 GA Utrecht.

4.7 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze polisvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Vastgesteld door de Ledenraad op 9 november 2017 met ingang van 1 januari 2018.

Rubriek B Omvang dekking

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- Geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is (bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige);
- Geneeskundige zorg door de dienstenstructuur (de huisartsenpost) waarbij de huisarts is aangesloten;
- Samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts, in rekening gebracht door de huisarts, een ziekenhuis of laboratorium.

Wat zijn de voorwaarden?

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- een griepvaccinatie;
- medische keuringen.

De complete lijst met uitsluitingen is opgenomen in Rubriek A artikel 4.2 van deze polisvoorwaarden.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp voor huisartsenzorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vergoedt

Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het door de NZa vastgestelde maximumtarief voor niet-gecontracteerde huisartsenzorg.

Als de NZa voor een prestatie geen maximumtarief speciaal voor niet-gecontracteerde huisartsenzorg heeft vastgesteld, en de zorg niet contract plichtig is, vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijk tarief.

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 jeugdgezondheidszorgarts, medisch specialist of physician assistant, GGD-arts, arts infectieziekten, arts ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige of in het geval dat het tandheelkunde of orthodontie betreft te verlenen door een kaakchirurg, tandarts of orthodontist. De geldigheidsduur van een verwijzing is 1 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. Voor wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18. Voor 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.

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. In het document 'Voorwaardelijk toegelaten behandelingen' staan alle behandelingen bedoeld in dit artikel beschreven, de actuele versie kunt u inzien op zorgenzekerheid.nl/brochures.

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.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor behandeling van astma met verblijf (bijvoorbeeld in het Nederlands Astmacentrum Davos of in Heideheuvel) is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

- bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.
- in geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 100% van het in de markt gebruikelijke of WMG-tarief.

6.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- medisch specialistische behandeling in of door een daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg;
- medisch specialistische behandeling van de daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerde 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 parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

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 verslakte 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 gehemelte spleten, 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 transseksuelen zoals bedoeld onder artikel 17.8 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 zorgenzekerheid.nl. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende medische voorwaarden gesteld worden.

Waar heb ik geen recht op?

- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie dan wel agenesie/aplasie van de borst als u een vrouw bent en de daarmee vergelijkbare situatie bij een transvrouw;
- het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een vermindering die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooiën 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 zorgenzekerheid.nl/brochures 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 zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

6.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (onder andere röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECGs). 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 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.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, met een verklaring van de behandelend arts. Van de hardheidsclausule is in ieder geval sprake als u aangewezen bent op ambulante geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en voor zover het vervoer betreft van en naar de GRZ-instelling en de eigen woning, of naar een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij vervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

21.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik zittend ziekenvervoer aanvragen?

- als sprake is van genoemde indicaties dient de verzekerde contact op te nemen met de Vervoerslijn, telefoonnummer: (071) 5 825 700 om de desbetreffende indicatie te melden;
- door de Vervoerslijn wordt bepaald op welk soort vervoer de verzekerde recht heeft;
- als de Vervoerslijn aangeeft dat taxivervoer noodzakelijk is, dient de verzekerde contact op te nemen met de Zorgvervoercentrale Nederland, telefoonnummer 010 - 280 81 88, om het (rolstoel)taxivervoer te bestellen.

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van maximaal € 101,00 per verzekerde per kalenderjaar.

- de eigen bijdrage is niet verschuldigd voor vervoer van een instelling; waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg is opgenomen naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
- waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij overige.

21.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik de kosten declareren?

Voor het declareren van de kosten als sprake is van eigen vervoer, dient u het declaratieformulier zittend ziekenvervoer in te vullen en dit samen met uw nota's en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid te sturen. Voor inzendtermijnen zie voorwaarden 4.1.1 onder e.

Artikel 22 Buitenland

22.1 Algemene bepalingen

Voor (vergoeding van) het recht op behandeling in het buitenland is er verschil tussen:

- verzekerden die wonen in Nederland (artikel 22.2.);
- verzekerden die wonen in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland (artikel 22.2 en 22.3.);
- verzekerden die wonen in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is (artikel 22.2 en 22.4).

Als een verzekerde in het buitenland de zorg inroept van een niet door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt vergoeding voor de kosten van de zorg plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven als de zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zou zijn verleend.

Als bij de betreffende zorgvorm niet afzonderlijk is aangegeven wat de vergoeding voor de kosten van de zorg is, als verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, dan vindt vergoeding voor die kosten plaats tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief.

De kosten die het Nederlandse in de markt gebruikelijke tarief of WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening.

Meer informatie over zorgverzekeringen en het buitenland kunt u vinden op de website van het Zorginstituut Nederland zorginstituutnederland.nl.

Wat zijn de voorwaarden?

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 buiten Nederland (dat is opname of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Als Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijke toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan Nederland, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 100% van het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief. Als het zorg betreft in een ander EU/EER-land dan heeft u recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

22.2 Woonachtig in Nederland

22.2.1 Tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER-land of verdragsland

Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Waar heb ik recht op?

U heeft naar keuze recht op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- als Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, niet zijnde het woonland, is alleen van toepassing als het in verdragslanden betrekking heeft op medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) en in een EU/EER-land op prestaties, die tijdens verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land moet ingeroepen worden volgens de voorgeschreven verdragsystematiek (Europese verzekeringspas). Ter plaatse geldende eigen betalingen tellen mee in het eigen risico.

22.2.2 Tijdelijk verblijvend in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is

Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont en die tijdelijk verblijft in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is.

Waar heb ik recht op?

U heeft naar keuze recht op:

- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- als Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijke toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- medisch noodzakelijke zorg (binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland tot 100% van het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

Verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

22.3 Woonachtig in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland

Waar heb ik recht op?

De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft in zijn woonland naar keuze recht op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding voor de kosten van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

22.4 Woonachtig in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is

Waar heb ik recht op?

- De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft in zijn woonland naar keuze recht op:
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse in de markt gebruikelijke of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

Verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen plaatsvinden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

22.5 Bevoegdheid zorgverlener of instelling

Zorg in het buitenland moet worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

23.1 Generalistische Basis GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op Generalistische Basis GGZ zoals klinisch psychologen en psychiaters als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar en bestaat uit vijf prestaties, namelijk: kort, middel, intensief, chronisch en onvolledig behandeltraject.

U heeft recht op Generalistische Basis GGZ in een vrije vestiging geleverd door de volgende regiebehandelaren:

- a. een gezondheidszorgpsycholoog;
- b. een psychotherapeut;

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. (...)*”