



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, cardiologie, second opinion, hoogte vergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, artt. 19 en 20 van de Europese Verordening 883/2004 en art. 26 van de Europese Verordening 987/2009

Zaaknummer : 202001438

Zittingsdatum : 3 maart 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( L. Ritzema, drs. J.W. Heringa, en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 18 juni 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 oktober 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. De commissie heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief van 5 oktober 2020 een aantal vragen voorgelegd en hem verzocht hierop te reageren. Het Zorginstituut heeft dit gedaan per brief van 22 oktober 2020, in de vorm van een voorlopig advies (zaaknummer: 2020042766). Een kopie hiervan is op 27 oktober 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft op 5 januari 2021 en 6 januari 2021 respectievelijk per brief en per e-mail gereageerd.
- 2.4. De commissie heeft op 8 januari 2021 afschriften van de voornoemde reacties aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd en hem gevraagd hierop te reageren. Dit heeft hij gedaan per brief op 8 februari 2021. Een afschrift van deze brief is aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. De commissie heeft verzoekster op 8 januari 2021 per brief gevraagd haar standpunt nader toe te lichten en eventuele ontbrekende informatie toe te zenden. Dit heeft verzoekster gedaan per brief op 16 februari 2021. Een afschrift van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 maart 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend\*\*\* en Aanvullend Tand\*\* (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Op 24 april 2020 heeft de huisarts verzoekster voor een second opinion verwezen naar de cardioloog van het Jessa ziekenhuis te Hasselt, België. In zijn verwijfsbrief heeft hij over verzoekster verklaard:

*"(...) Patiënte is gediagnosticeerd met een eindstadium hartfalen (slechte kamerfunctie i.c.m. coronair- en kleplijden waarvoor bypass en mitraalplastiek en later AICD implantatie) Tevens is er sprake van een acute chronische nierfunctiestoornis waarvoor dialyse niet mogelijk is vanwege de co-morbiditeiten (hartfalen, metabool syndroom). Op dit moment is het behandelplan gericht op comfort, dat wil zeggen, behandeling van dyspnoe middels morfine s.c. en lorazepam voor het gevoel van dyspnoe te verminderen. Bumetanide wordt gegeven om de overvulling tegen te gaan. Helaas heeft de bumetanide een direct negatief effect op de nierfunctie. Voor de nacht gebruikt mw. zuurstof om zich minder benauwd te voelen. Naast bovenstaande medicatie wordt de al eerder gestarte medicatie ten behoeve van de cardiale functie gecontinueerd om zodoende die functie zo goed mogelijk op peil te houden. (...)"*

- 3.3. Op 4 mei 2020 heeft verzoekster een cardioloog bezocht in het ziekenhuis te Hasselt. Op 5 mei 2020 heeft de behandelend cardioloog aldaar over verzoekster verklaard:

*"(...) Patiënte kwam op consultatie voor een second opinion.*

*In de voorgeschiedenis vermelden we status na CABG en mitralisklepplastie in 2004 gevolgd door een AICD implantatie. Verder gekend met metabool syndroom (hypertensie diabetes), COPD en hypothyreoidie. Patiënte wordt gevolgd wegens hartfalen waarvoor verscheidene opnames ten gevolge van decompensatie. Ondertussen is de behandeling met diuretica onvoldoende en ontwikkelt zij ook nog verdere verslechtering in haar chronische nierfunctiestoornis. Er werd afgesproken niet te starten met dialyse. In de verdere anamnese vernemen we een blijvende kortademigheid ondanks hartfalen therapie. Er werd aan de patiënte een eventuele opname in het ziekenhuis ook nog ontzegd. Echter, de patiënte en de kinderen zijn hier niet mee akkoord en willen dat ze nog verdere behandeling kan krijgen.*

*Na een eerste evaluatie van haar dossier die in ons bezit kwam, hebben we te maken met een patiënte met extreme kortademigheid. Uit de echoverslagen halen we dat ze een geslechte gedilateerde linkerkamer heeft met matig ernstig mitralisklepstenose en insufficiëntie. Tevens matig ernstig tricuspidklepinsufficiëntie. In de recente jaren is er nooit een evaluatie geweest van ischemisch coronair lijden ondanks het feit dat de patiënte reeds een CABG heeft ondergaan. Daarnaast heeft de patiënte een CRT-D bij een onderliggende atrium fibrilleren waarbij er maar voor 65% linkerventrikelstimulatie bestaat. Derhalve, werd er na onderling overleg met de collega elektrofysioloog, besloten om de patiënte alleszins een His-ablatie te verrichten naast het uitsluiten van ischemisch coronair lijden (echocor-, coronarografie). Wegens het urgente probleem bij een patiënte die klinisch met de dag achteruit gaat, werd er besloten haar in een spoedzetting op te nemen op 06/05/2020. De patiënte en de familie zouden graag de verdere behandeling laten verrichten in het Jessa Ziekenhuis te Hasselt. (...)"*

- 3.4. Ten behoeve van verzoekster is op 5 mei 2020 een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor een "operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten die de plastiek of het plaatsen van een kunstklep omvat, met ECC". Daarbij is ook een begroting overgelegd die door het ziekenhuis te Hasselt is opgesteld.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 mei 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.6. Verzoekster is opgenomen geweest in het ziekenhuis te Hasselt van 6 mei 2020 tot en met 15 mei 2020. In de ontslagbrief van het ziekenhuis van 15 mei 2020 is over verzoekster vermeld:  
*(...) TRANSTHORACALE ECHOCARDIOGRAFIE - 06.05.2020  
Gedilateerd LV met ernstig verminderde LV systolische functie (LVEF 25%). Onderliggend in VKF met snelle doorgeleiding en blijvende mechanische dyssynchronie obv LBBB (geen*

resynchronizatie) Status na mitralisklepheelkunde? Nog altijd functioneel MI 2-3/4. Uitgesproken bi-atriale dilatatie. Gestegen vullingsdrukken links en rechtszijdig. Ernstig TI 4/4, met verminderde RV longitudinale functie. Kandidaat voor doorgedreven HF therapie (AF of AVJ-ablatie voor biv-pacing te verbeteren). Kandidaat voor entresto? Off label dapagliflozin? Geen medicatielijst ter beschikking.

**CRT-D-ANALYSE - 06.05.2020**

CRT-D met onvoldoende BIVpacing (86 %) o.b.v. snelle doorgeleiding VKF.

**HISBUNDELABLATIE (Dr. [naam]) - 06/05/2020**

De procedure werd uitgevoerd onder sedatie met intraveneus Dormicum. De patiënt werd voorbereid en steriel afgedekt. Introducers werden ingebracht volgens de Seldinger techniek. Catheters werden ingebracht en gepositioneerd onder fluoroscopie. Er werd geen heparine toegediend. Na de procedure werden de catheters en de introducers verwijderd. Hemostase werd bekomen door unilaterale Z-steek en lokale druk (hematoom nadat patiënte op de tafel bewogen had na unilaterale Z-steek). De patiënt werd overgebracht naar de recovery en nadien opgenomen op de afdeling cardiologie voor verdere monitoring. (...) Mapping en ablatie

Er werden 2 applicaties van radiofrequente energie afgeleverd met een Biosense 4mm Celcius stuurbare catheter thv de proximale Hisbundel (50 watt, 57°). De 2de applicatie resulteerde in blijvend volledig geleidingsblok na 60 seconden. Geen escape ritme. Na een wachttijd van 15 min trad geen recidief geleiding op, waarna de procedure werd beëindigd. Catheters werden verwijderd onder fluoroscopie. Herprogrammatie van de ICD in WIR 90-120 bpm (90bpm aan te houden gedurende 1 maand na Hisablatie ter preventie van polymorfe VT/VF). (...)

**BESPREKING EN BESLUIT**

Uw 77-jarige patiënt werd heden opgenomen op de dienst Cardiologie. We weerhouden:

- 1) Succesvolle His bundel ablatie ikv therapierefractaire VKF met snel ventriculair antwoord.
- 2) Oppuntstellen hartfalen met verminderde ejectiefractie (HFrEF LVEF 25%) ikv gedilateerde cardiomyopathie op ischemische basis. Onderhoudstherapie met Burinex, Diamox, Aldactone en Entresto wordt verdergezet. Diuretica volgens schema obv. gewicht (cfr. medicatieschema bij ontslag)
- 3) Status na CABG, laatste coronarografie dateert van 2004.
- 4) Status na mitralisklepplastie.
- 5) CRT-D in situ, uitlezing van het toestel leert onvoldoende biventriculaire pacing, poging tot optimalisatie middels Hisablatie.
- 6) Voorkamerfibrillatie, rate controle wordt nagestreefd middels betablokkade. Gezien CHA2-DS2-VASc 9/9 is anticoagulantia absoluut aangewezen ow. Sintrom. Bij ontslag INR 2.06 waarvoor onderhoudsdosis 3mg/dag. Graag verdere opvolging door u.
- 7) Chronische nierinsufficiëntie KDIGO G3b. Nefrotoxische medicatie te mijden.
- 8) Diabetes mellitus type 2 waarvoor Metformine. Matige controle getuige HbA1c van 7,7 %, rekening houdend met nierfunctie switch naar Glurenorm.
- 9) Chronisch obstructief longlijden
- 10) Morbide obesitas

(...)

**PLANNING**

- Controle Raadpleging Dr. [naam] over 4 weken. Telefonisch contact volgt.
- Graag controle bloedname over 1 week (nierfunctie, ionogram en INR). (...)"

- 3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 20 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij alsnog bereid is de gevraagde behandeling te vergoeden. In dit verband heeft hij een zogenoemd S2-formulier afgegeven. Daarnaast heeft hij vermeld dat de vergoeding op grond van de zorgverzekering maximaal € 5.925,67 bedraagt.

- 3.8. Op 5 oktober 2020 heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd een advies uit te brengen over het onderhavige geschil. In dit verband zijn de volgende vragen gesteld:
- "(i) Is de behandeling zoals vermeld in de aanvraag en de kostenbegroting van 5 mei 2020 - 'operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten die de plastiek of het plaatsen van een kunstklep omvat, met ECC' -hetzelfde als een HIS-ablatie waarvoor de ziektekostenverzekeraar een machtiging heeft afgegeven op 20 mei 2020?*
  - (ii) Betreft de op 5 mei 2020 aangevraagde zorg in uw optiek uitsluitend een HIS-ablatie en de daarbij behorende zorg of lijkt er meer of andere zorg te zijn gevraagd?*
  - (iii) Is de DOT-code die Zilveren Kruis in zijn brief van 20 mei 2020 vermeldt om het Nederlandse tarief te bepalen volgens u het meest passend?*
  - (iv) Was er gelet op de medische informatie in het dossier volgens u een indicatie voor een spoedopname op 6 mei 2020?"*

- 3.9. Op 22 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
- "(...) Alhoewel de adviestaak van het Zorginstituut zich beperkt tot de vraag of verzoekster aanspraak maakt op vergoeding ten laste van de basisverzekering beantwoordt het Zorginstituut de vragen hieronder voor zover dat mogelijk is.*

*Antwoord vraag 1*

*De gedeclareerde Belgische prestatie is het Zorginstituut onbekend en de beschrijving biedt onvoldoende detail om vast te kunnen stellen of dit een prestatie is voor een HIS-ablatie. Het is echter niet aannemelijk dat het een prestatie is voor een HIS-ablatie, omdat een HIS-ablatie een elektrofysiologische ingreep is en in de omschrijving van de Belgische prestatie staat dat het een plastiek of een kunstklep omvat.*

*Antwoord vraag 2*

*Er is slechts een HIS-ablatie uitgevoerd, geen andere ingreep aan het hart. Van tevoren is wel diagnostiek gedaan (hartecho en katheterisatie) om een vernauwde kransslagader uit te sluiten, omdat er anders mogelijk een andere behandeling ingezet zou moeten worden.*

*Antwoord vraag 3*

*Het Zorginstituut acht de door verweerder gehanteerde DBC-zorgproductcode voor het vaststellen van de hoogte van de vergoeding passend bij de uitgevoerde behandeling.*

*Antwoord vraag 4*

*U vraagt naar een mening over een individuele situatie. Of sprake is van spoed is aan verweerder om te beoordelen. Het Zorginstituut kan deze vraag niet beantwoorden. (...)"*

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing van 7 mei 2020 moet intrekken;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ziekenhuisopname te Hasselt en de hierop volgende nacontroles volledig moet vergoeden;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ingeschakelde rechtsbijstand moet voldoen.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

4.3. Verzoekster heeft op 16 februari 2021 per brief kenbaar gemaakt dat zij tevens aanspraak wenst te maken op vergoeding van de reiskosten die zij en haar dochter hebben gemaakt en de verblijfskosten die haar dochter als begeleider heeft moeten maken. Dit deel van het verzoek maakt geen deel uit van het oorspronkelijke verzoek van verzoekster. Op grond van artikel 6.4 van het reglement van de commissie kon verzoekster de grondslag van haar verzoek wijzigen tot het moment waarop aan haar werd gevraagd kenbaar te maken of zij wenst deel te nemen aan een hoorzitting. Dit laatste is gebeurd op 1 oktober 2020. Dit betekent dat verzoekster haar verzoek niet meer kon aanvullen op 16 februari 2021 en dat de commissie geen oordeel geeft over de aanspraak op reis- en verblijfskosten die zij en haar dochter hebben gemaakt.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit de Europese Verordeningen 883/2004 en 987/2009 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Europese Verordeningen 883/2004 en 987/2009**

6.2. De commissie stelt vast dat verzoekster op 4 mei 2020 naar het ziekenhuis in Hasselt is gegaan voor een second opinion. Vervolgens is zij naar huis gegaan, is op 5 mei 2020 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor verdere behandeling in Hasselt en is verzoekster van 6 mei 2020 tot en met 15 mei 2020 opgenomen geweest in het ziekenhuis aldaar. Hieruit blijkt dat sprake is van planbare zorg, als bedoeld in artikel 20 van de Europese Verordening 883/2004 (hierna: verordening 883/2004). Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name dat zij direct zou zijn opgenomen ware het niet dat de drukte en de maatregelen rondom COVID-19 dit niet mogelijk maakte, betekent niet dat daarom sprake is van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in een andere lidstaat, als bedoeld in artikel 19 van verordening 883/2004. De feitelijke gang van zaken was immers dat verzoekster op 4 mei 2020 volgens afspraak naar het ziekenhuis te Hasselt is gegaan voor een second opinion. Daarna is zij naar huis teruggekeerd. Vervolgens heeft op 6 mei 2020 een geplande ziekenhuisopname plaatsgevonden.

6.3. Op grond van artikel 20 van verordening 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.

De ziektekostenverzekeraar heeft, in vervolg op de aanvraag van verzoekster, op 20 mei 2020 per brief toestemming gegeven voor de behandeling in België op grond van de verordening en daarbij een zogenoemd S2-formulier heeft verstrekt. Op grond van dit formulier bestaat aanspraak op vergoeding volgens de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Blijven er vervolgens zorgkosten voor rekening van de verzekerde, dan bepaalt artikel 26, zevende lid van de Europese Verordening 987/2009 (hierna: verordening 987/2009) dat recht kan bestaan op een aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering. In dat geval moet eerst worden vastgesteld of de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en, zo ja, moet vervolgens worden vastgesteld wat hiervoor de vergoeding in Nederland zou zijn geweest. Als de vergoeding op grond van de zorgverzekering hoger is dan de vergoeding die op grond van de Belgische sociale ziektekostenverzekering is toegekend, bestaat recht op een aanvullende vergoeding tot dat bedrag. Het te vergoeden bedrag kan echter nooit hoger zijn dan de werkelijk gemaakte kosten. Daarnaast moet bij de vaststelling van een eventuele aanvullende vergoeding rekening worden gehouden met kosten die voor eigen rekening blijven, waarbij valt te denken aan eigen bijdrage en het eigen risico.

De commissie constateert dat verzoekster de kosten die het ziekenhuis te Hasselt in rekening heeft gebracht aanvankelijk zelf heeft voldaan, maar dat zij achteraf alsnog gebruik heeft gemaakt van het S2-formulier. Op basis hiervan is een bedrag van € 9.188,28 aan haar vergoed op grond van de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Een deel van de in rekening gebrachte zorgkosten, te weten een bedrag van € 372,24 in verband met second opinion op 4 mei 2020 en een bedrag van € 323,71 in verband met de ziekenhuisopname van 6 mei 2020 tot en met 15 mei 2020, is voor haar rekening gebleven. Hierop wenst verzoekster nu aanspraak te maken op grond van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

### Zorgverzekering

- 6.4. De zorgverzekering biedt dekking voor een second opinion als is voldaan aan de voorwaarden als beschreven in artikel B.28. In dit artikel staat, voor zover hier van belang:
- "1. De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.*
  - 2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.*
  - 3. De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.*
  - 4. Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.*
  - 5. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling."*

Verzoekster heeft niet aan de gestelde voorwaarden voldaan. Zo is niet gebleken dat zij zich na de second opinion tot haar behandelend arts in Nederland heeft gewend. Dit betekent dat verzoekster geen recht heeft op vergoeding van de kosten van de second opinion op grond van de zorgverzekering.

- 6.5. De zorgverzekering biedt dekking voor medisch-specialistische zorg en verblijf, waaronder de zorg die samenhangt met de ziekenhuisopname van 6 mei 2020 tot en met 15 mei 2020, op grond van artikel B.31 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Tussen partijen is niet in geschil dat is voldaan aan de genoemde voorwaarden, maar zij verschillen wel van mening over de hoogte van de vergoeding.
- In dit verband merkt de commissie op dat verzoekster een restitutiepolis heeft afgesloten. Op grond van deze verzekering heeft verzoekster recht op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten volgens van het 'marktconforme tarief'. Dit is opgenomen in artikel A.15.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

Op grond van artikel 2.2, tweede lid, sub b, Bzv is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden een vergoeding tot te kennen die in de Nederlandse marktomstandigheden niet passend is te achten. Het ligt dan evenwel op de weg van de ziektekostenverzekeraar te stellen en te onderbouwen dat dit aan de orde is en dat het gedeclareerde tarief niet marktconform is. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat in Nederland de DOT-code 14D696 zou zijn gebruikt om de ziekenhuisopname en de daarmee samenhangende kosten te declareren en dat het marktconforme tarief hiervoor € 5.925,67 bedraagt.

De commissie overweegt dat het Zorginstituut in het advies van 22 oktober 2020 heeft bevestigd dat de ziektekostenverzekeraar de juiste DOT-code heeft vermeld. Dit laatste is overigens ook niet gemotiveerd door verzoekster bestreden, zodat de commissie uitgaat van de juistheid hiervan. Binnen deze DOT vallen alle kosten die samenhangen met de zorg die door het ziekenhuis is geleverd, zoals onderzoek, verblijfskosten, honoraria, geneesmiddelen en hulpmiddelen die zijn gebruikt etc. Zo ook de zorgkosten die voor rekening van verzoekster zijn gebleven. De vraag is dan ook of het tarief dat hoort bij de genoemde DOT van € 5.925,67 correct door de ziektekostenverzekeraar is vastgesteld. De commissie overweegt in dit verband dat de ziektekostenverzekeraar zijn stelling dat hier sprake is van het marktconforme tarief niet nader heeft onderbouwd. Zo heeft hij niet inzichtelijk gemaakt hoe hij tot het genoemde bedrag is gekomen, laat staan dat dit door hem is vastgesteld met inachtneming van het kader dat de commissie eerder heeft gesteld te bepaling van het marktconforme tarief (zie: GcZ, 201901150, 4 december 2019).

- 6.6. Overeenkomstig het voornoemde kader wordt het marktconforme tarief vastgesteld in twee stappen.

In de eerste stap wordt aansluiting gezocht bij de gegevens die in 'Open-Dis data' zijn opgenomen. In deze database wordt het gemiddelde tarief van een zorgproduct vermeld. Dit gemiddelde tarief wordt vastgesteld op basis van de gegevens die door zorgaanbieders in Nederland moeten worden aangeleverd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Bij de berekening van het gemiddelde tarief worden de goedkoopste en duurste 10% van de zorgproducten niet betrokken. Het hoogste tarief dat wél wordt betrokken bij de berekening voor het vaststellen van het gemiddelde tarief geldt als uitgangspunt voor de berekening van het marktconforme tarief.

In de tweede stap wordt het hiervoor genoemde tarief verhoogd met een bepaalde marge. De marge wordt berekend door de premie van de resitutiepolis en de naturapolis (niet zijnde een budgetpolis) van de zorgverzekeraar in kwestie met elkaar te vergelijken. De gedachte hierachter is dat het premieverschil ook het verschil in schadelast weerspiegelt.

- 6.7. De commissie heeft zelf bij de NZa het hoogste tarief, dat is betrokken bij de berekening van het gemiddelde tarief dat in 'Open-Dis data' is vermeld, opgevraagd voor de DBC-zorgproductcode 979001239 (14D696). De NZa heeft de commissie bericht dat dit tarief € 5.925,67 bedraagt. Zoals hiervoor is vermeld, moet dit bedrag nog worden verhoogd met een bepaalde marge. Deze is door de commissie voor 2020 vastgesteld op 7,57%. Dit betekent dat het marktconforme tarief voor de genoemde zorgproductcode € 6.374,24 bedraagt. Aangezien het marktconforme tarief niet hoger is dan het bedrag dat reeds aan verzoekster is vergoed op grond van de Belgische sociale ziektekostenverzekering heeft zij geen recht op een aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering.

- 6.8. Voor de goede orde merkt de commissie nog op dat niet is gebleken dat verzoekster in vervolg op de ziekenhuisopname van 6 mei 2020 tot en met 15 mei 2020 zorg heeft ontvangen in België. Verzoekster heeft hiervan althans geen bewijsstukken overgelegd. Ook is niet gebleken dat zij kosten die hiermee samenhangen heeft gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat de commissie dit onderdeel van het verzoek niet kan toewijzen.



### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.9. Op grond van artikel D.9.1. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster recht op vergoeding van kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie-, of zakenverblijf in een ander land dan het woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was voorzien en ook om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Daarnaast geldt de vergoeding alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de zorgverzekering. De commissie overweegt dat niet aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan. Zo was de zorg bij vertrek naar België voorzien, omdat zowel de second opinion als de ziekenhuisopname waren gepland. Ook heeft geen vergoeding plaatsgevonden ten laste van de zorgverzekering. Om deze redenen bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

### **Intrekking beslissing 7 mei 2020**

- 6.10. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden zijn beslissing van 7 mei 2020 in te trekken, kan de commissie niet volgen. Uit de verklaringen van verzoekster blijkt immers dat zij de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om heroverweging van deze beslissing en dat dit heeft geleid tot een nieuwe beslissing op 20 mei 2020. Deze laatste is in de plaats gekomen van de afwijzende beslissing van 7 mei 2020. Het onderdeel van het verzoek dat hierop betrekking heeft wordt om deze reden afgewezen.

### **Schadevergoeding**

- 6.11. Aangezien het verzoek wordt afgewezen, bestaat reeds daarom geen aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van rechtsbijstand aan verzoekster moet voldoen.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

### **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2021,

L. Ritzema

# 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>)

## A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

### 14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering:

- a met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- b op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- c als u militair in werkelijke dienst wordt;
- d bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel A.20 van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
- e bij overlijden;
- f als wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.
- g als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

### 14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

### 14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

**14.3.1** Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

**14.3.2** Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

**14.3.3** U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

## A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

### 15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
  - b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
  - c vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland die een samenwerkingsverband heeft met een zorginstelling in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
  - d vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
    - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
    - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
    - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.
- De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

**Let op!** Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

### 15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- a de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
  - b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
  - c het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.
- De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

**Let op!** Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

### 15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

### 15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

## A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.



### Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
- 2 Wanneer uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, moet u voor de 60e dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatief terminale zorg.
- 3 Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
- 4 De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4.

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- b wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
- c wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

### Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

### Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

## B.31 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a een ziekenhuis;
- b een zelfstandig behandelcentrum of
- c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl).

### De zorg bestaat uit:

- a medisch-specialistische zorg;
- b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

### Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts, arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), de optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg of een andere medisch specialist.
- 2 Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- 3 Naar een longarts mag u ook zijn doorverwezen door een GGD-arts als het gaat om een verdenking van TBC.
- 4 De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 5 Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- 6 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

**Let op!** In de volgende artikelen van 'B: Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

#### Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel B.9 Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
- Artikel B.14 Audiologisch centrum
- Artikel B.18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
- Artikel B.21 Astmacentrum in Davos
- Artikel B.22 Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
- Artikel B.23 Mechanische beademing
- Artikel B.24 Thuisdialyse
- Artikel B.25 Transplantaties van organen en weefsels
- Artikel B.26 Plastische chirurgie
- Artikel B.27 Revalidatie
- Artikel B.32 Bevalling en verloskundige zorg
- Artikel B.33 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
- Artikel B.35 Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel B.42 Trombosedienst



### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d behandelingen met sterilisatie als doel;
- e behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel B.17 en B.18 over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

### Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandigbehandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

### Selectieve contractering Basis Budget

**Let op!** Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

## Zwanger (worden)/baby/kind

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### B.32 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische indicatie (32.1) en geen medische indicatie (32.2).

#### 32.1 Met medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- a verloskundige zorg door een medisch specialist. Daaronder valt ook zorg door een verloskundige in een ziekenhuis die onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist werkt;
- b het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

#### 32.2 Zonder medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- a het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 36,- per verblijfsdag (€ 18,- voor de moeder en € 18,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 255,- per dag (€ 127,50 voor de moeder en € 127,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 36,- ook het bedrag dat boven de € 255,- per dag uitkomt;
- b verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

**Voorbeeld:** Wij vergoeden maximaal € 219,- per dag voor het gebruik van de verloskamer. De berekening hiervoor is als volgt: € 255,- (of een hoger bedrag) -/- € 36,- (eigen bijdrage) = maximaal € 219,- per dag voor moeder én kind. NB Geboortecentra brengen vaak maar één dag in rekening.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden.



## D.9 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (9.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (9.2) en overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland (9.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

### 9.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

#### Wij vergoeden de kosten voor:

- a behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- b ziekenhuisverblijf en operatie;
- c behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- d medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- e tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

**Let op!** Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder de aanvullende tandartsverzekering.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De beoordeling of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en dat het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is, wordt gemaakt door de medisch adviseurs van Zilveren Kruis of van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.
- 2 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- 3 U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

#### Aanvullend

Basis Plus Module	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
1 ster	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
2 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
3 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
4 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

### 9.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
- 2 Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
- 3 Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.

#### Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- b dieetpreparaten en drinkvoeding;
- c verbandmiddelen;
- d vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;
- e anticonceptiva;
- f homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

#### Aanvullend

Basis Plus Module	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
1 ster	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

### 9.3 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet-spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:

- a de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
- b vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
- c overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
- d overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk maar momenteel in Nederland niet beschikbaar is en/of niet kan worden uitgevoerd en waar u redelijkerwijs op inhoud en omvang bent aangewezen. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- 2 U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- 3 U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- 4 De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.



## Aanvullend

Basis Plus Module	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
1 ster	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
2 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
3 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
4 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.

## Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

### D.10 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck (10.1). Ook vergoeden wij, bij een geselecteerd aantal aandoeningen, de kosten van fysiotherapeutische nazorg (10.2). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

#### 10.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook, als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel B.3).

Bent u 18 jaar of ouder? En heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet altijd vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel B.3). De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

#### Voorwaarden voor vergoeding

1 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:

- kinderfysio- en oefentherapie
- bekkenfysio- en oefentherapie
- manuele therapie
- oedeemtherapie
- geriatrie fysio- en oefentherapie
- psychosomatische fysio- en oefentherapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u de extra kosten van verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op.

2 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelingen daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

**Let op!** Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke huidtherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

#### Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten.

d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;

e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel D.3.



---

## Besluit zorgverzekering

---

### 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.

### 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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 verslaptte 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 gehemelsespleten, 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.

2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.

3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.

B) *Procedure en regelingen voor de rechtstreekse betaling en/of vergoeding van verstrekkingen*

4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.

5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.

Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.

6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.

8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.

9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.

C) *Gezinsleden*

10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 26

**Geplande geneeskundige verzorging**

A) *Toestemmingsprocedure*

1. Voor de toepassing van artikel 20, lid 1, van de basisverordening wordt door de verzekerde een door het bevoegde orgaan verstrekt document aan het orgaan van de verblijfplaats overgelegd. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bevoegd orgaan verstaan het orgaan dat de kosten van de geplande behandeling voor zijn rekening neemt; in de in artikel 20, lid 4, en artikel 27, lid 5, van de basisverordening bedoelde gevallen, waarin de in de lidstaat van de woonplaats toegekende verstrekkingen op basis van vaste bedragen worden vergoed, is het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats.

2. De verzekerde die niet in de bevoegde lidstaat woont verzoekt om de toestemming aan het orgaan van de woonplaats, dat het verzoek onverwijld aan het bevoegde orgaan doorzendt.

In dat geval geeft het orgaan van de woonplaats in een verklaring aan dat in de lidstaat van de woonplaats is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening.

De gevraagde toestemming kan door het bevoegde orgaan alleen geweigerd worden indien, in overeenstemming met het oordeel van het orgaan van de woonplaats, in de lidstaat van de woonplaats van de verzekerde niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening, of indien dezelfde behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop van de betrokkene, in de bevoegde lidstaat zelf kan worden gegeven.

Het bevoegde orgaan stelt het orgaan van de woonplaats in kennis van zijn besluit.

Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.

3. Indien een niet in de bevoegde lidstaat woonachtige verzekerde een dringende levensreddende behandeling nodig heeft en de toestemming niet kan worden geweigerd op grond van de tweede zin van artikel 20, lid 2, van de basisverordening, wordt de toestemming door het orgaan van de woonplaats verleend namens het bevoegde orgaan, dat onverwijld door het orgaan van de woonplaats wordt ingelicht.

Het bevoegde orgaan aanvaardt de bevindingen en behandelingskeuzen van artsen die zijn erkend door het orgaan van de woonplaats dat toestemming verleent met betrekking tot de noodzaak van een dringende levensreddende behandeling.

4. Tijdens de procedure voor het verlenen van de toestemming behoudt het bevoegde orgaan steeds de mogelijkheid de verzekerde door een door het orgaan gekozen arts in de lidstaat van de woon- of verblijfplaats te laten onderzoeken.

5. Het orgaan van de verblijfplaats stelt, onverminderd enige beslissing inzake de toestemming, het bevoegde orgaan in voorkomend geval ervan in kennis dat een aanvulling op de door de toestemming gedekte behandeling uit medisch oogpunt nodig blijkt.

B) *Rechtstreekse betaling van de door de verzekerde gemaakte kosten in verband met verstrekkingen*

6. Onverminderd lid 7, is artikel 25, leden 4 en 5, van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing.

7. Indien de verzekerde de kosten voor een medische behandeling waarvoor toestemming is verleend geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald en de kosten die het bevoegde orgaan op grond van lid 6 verplicht is aan het orgaan van de verblijfplaats of aan de verzekerde zelf te vergoeden (werkelijke kostprijs) lager zijn dan de kosten die het voor dezelfde behandeling in de bevoegde lidstaat zou hebben moeten dragen (fictieve kostprijs), dan vergoedt het bevoegde orgaan op verzoek de door de verzekerde gemaakte kosten van de behandeling tot het bedrag waarmee de fictieve kostprijs de werkelijke kostprijs overstijgt. Het vergoede bedrag mag evenwel niet hoger zijn dan de werkelijke kosten van de verzekerde, waarbij ook rekening kan worden gehouden met het bedrag dat de verzekerde zou hebben moeten betalen indien de behandeling in de bevoegde lidstaat had plaatsgevonden.

C) *Reis- en verblijfkosten in het kader van een geplande behandeling*

8. Indien toestemming is verleend voor een behandeling in een andere lidstaat, en de nationale wetgeving van het bevoegde orgaan voorziet in de vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde, worden deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider door dat orgaan betaald.

D) *Gezinsleden*

9. De leden 1 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerden.

#### Artikel 27

#### **Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in het geval dat de woon- of verblijfplaats zich in een andere dan de bevoegde lidstaat bevindt**

A) *Door de verzekerde te volgen procedure*

1. Indien de wetgeving van de bevoegde lidstaat voorschrijft dat de verzekerde een bewijs overlegt om in aanmerking te komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering in de zin van artikel 21, lid 1, van de basisverordening, vraagt de verzekerde de arts van de lidstaat van de woonplaats die zijn gezondheidstoestand heeft vastgesteld, om een bewijs van arbeidsongeschiktheid met vermelding van de vermoedelijke duur ervan.

2. De verzekerde zendt het bewijs binnen de door de wetgeving van de bevoegde lidstaat bepaalde termijn aan het bevoegde orgaan toe.

3. Indien door de behandelende artsen van de lidstaat van de woonplaats geen bewijzen van arbeidsongeschiktheid worden afgegeven en deze volgens de wetgeving van de bevoegde lidstaat vereist zijn, Wendt de betrokkene zich rechtstreeks tot het orgaan van de woonplaats. Dit orgaan zorgt er onmiddellijk voor dat de arbeidsongeschiktheid van de betrokkene medisch wordt beoordeeld en het in lid 1 bedoelde bewijs wordt uitgeschreven. Het bewijs wordt onverwijld naar het bevoegde orgaan doorgezonden.

4. De doorzending van het in de leden 1, 2 en 3 bedoelde document ontslaat de verzekerde niet van de in de toepasselijke wetgeving vervatte verplichtingen, met name ten aanzien van zijn werkgever. In voorkomend geval kan de werkgever en/of het bevoegde orgaan de werknemer oproepen deel te nemen aan activiteiten om de terugkeer naar het arbeidsproces te bevorderen en te ondersteunen.

B) *Door het orgaan van de lidstaat van de woonplaats te volgen procedure*

5. Als het bevoegde orgaan daarom verzoekt, worden door het orgaan van de woonplaats, in overeenstemming met de door dat orgaan toegepaste wetgeving, ten aanzien van de betrokkene de nodige administratieve controles of medische onderzoeken verricht. Het verslag van de controlerend arts, waarin met name de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid wordt vermeld, wordt door het orgaan van de woonplaats onverwijld aan het bevoegde orgaan gezonden.

C) *Door het bevoegde orgaan te volgen procedure*

6. Het bevoegde orgaan behoudt het recht de verzekerde te laten onderzoeken door een arts die het orgaan zelf heeft gekozen.

7. Onverminderd artikel 21, lid 1, tweede zin, van de basisverordening, betaalt het bevoegde orgaan de uitkeringen rechtstreeks aan de betrokkene en stelt het, indien nodig, het orgaan van de woonplaats hiervan in kennis.

8. Voor de toepassing van artikel 21, lid 1, van de basisverordening hebben de vermeldingen op het bewijs van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, dat in een andere lidstaat op grond van de medische bevindingen van de controlerend arts of het controlerend orgaan is opgesteld, dezelfde juridische waarde als het in de bevoegde lidstaat opgestelde bewijs.

9. Indien het bevoegde orgaan besluit de uitkeringen te weigeren, stelt het de verzekerde en tegelijkertijd het orgaan van de woonplaats van zijn besluit in kennis.

D) *Procedure bij verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat*

10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing in het geval dat de verzekerde in een andere dan de bevoegde lidstaat verblijft.

#### Artikel 28

#### **Uitkeringen bij langdurige zorg in het geval dat de woon- of verblijfplaats zich in een andere dan de bevoegde lidstaat bevindt**

A) *Door de verzekerde te volgen procedure*

1. Om in aanmerking te komen voor uitkeringen bij langdurige zorg op grond van artikel 21, lid 1, van de basisverordening, Wendt de verzekerde zich tot het bevoegde orgaan. Het bevoegde orgaan stelt zo nodig het orgaan van de woonplaats daarvan in kennis.

2. De gezinsleden van een grensarbeider hebben tijdens hun verblijf in de bevoegde lidstaat recht op de verstrekkingen, tenzij de bevoegde lidstaat wordt vermeld in bijlage III. In dat geval hebben de gezinsleden van een grensarbeider onder de in artikel 19, lid 1, bepaalde voorwaarden recht op verstrekkingen in de bevoegde lidstaat.

#### Artikel 19

##### Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

---

## Artikel 20

### Reizen met het oogmerk verstrekkingen te ontvangen buiten de woonstaat (of lidstaat van de woonplaats)

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 de 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.
3. De leden 1 en 2 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van een verzekerde.
4. Indien de gezinsleden van een verzekerde wonen in een andere lidstaat dan de lidstaat waar de verzekerde woont, en die andere lidstaat heeft gekozen voor vergoeding op basis van vaste bedragen, worden de kosten van de in lid 2 bedoelde verstrekkingen gedragen door het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden. In dat geval wordt voor de toepassing van lid 1 het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden als het bevoegde orgaan beschouwd.