

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(drs. J.W. Heringa, J.J.M. Linders en B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400975

Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 25 juni 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 juli 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 26 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 oktober 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Werkt Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker is in Duitsland behandeld door verschillende zorgaanbieders. Hij heeft ter zake een drietal facturen ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, voor behandelingen op 12 juni 2023 en 2 augustus 2023. De totale kosten bedragen € 4.565,56.
- 2.3. Bij brieven van 24 juli 2023, 30 november 2023 en 14 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de gedeclareerde behandelingen in Duitsland niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brief van 1 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de declaraties terecht zijn afgewezen. Bij brieven van 9 februari 2024 en 3 april 2024 heeft verzoeker hierop gereageerd. Bij brief van 21 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door hem in Duitsland gemaakte kosten voor behandelingen op 12 juni 2023 en 2 augustus 2023, te weten een bedrag van totaal € 4.565,56, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft in zijn brief van 8 mei 2024 toegelicht dat hij werkzaam is in het Hospital zum Heiligen Geist Kempen. In mei 2023 moest hij tijdens de uitvoering van zijn werkzaamheden plassen en constateerde hij een acute bloeding. Naar aanleiding hiervan heeft verzoeker contact opgenomen met een uroloog die ook werkzaam is bij het betreffende ziekenhuis. Verzoeker is door deze uroloog onderzocht en op basis daarvan hebben aanvullende onderzoeken plaatsgevonden. Tevens is een biopsie afgenomen. De kosten hiervan heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Verzoeker bestrijdt de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat sprake was van electieve zorg en dat hiervoor een verwijzing van de huisarts noodzakelijk was. Volgens verzoeker betrof het niet planbare zorg. Het ging immers om een acute bloeding en dit is ook door de behandelend uroloog vastgelegd. Deze uroloog vond de behandeling in Duitsland noodzakelijk. Het is in de gegeven omstandigheden in strijd met de redelijkheid en billijkheid om van verzoeker te verlangen dat hij zich eerst door de huisarts zou laten onderzoeken.
- 3.3. In zijn brief van 9 februari 2024 heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte stelt dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering contact had moeten worden opgenomen met de Alarmcentrale. In artikel 9.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen: *"U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale."* Hieruit volgt dat verzoeker, op het moment dat de bloeding ontstond, geen contact hoefde op te nemen. Toestemming is alleen nodig indien één of meer nachten in het ziekenhuis dient te worden verbleven dan wel indien er zorg wordt verleend waarvoor dit in de zorgartikelen 11 tot en met 40 van de voorwaarden van de zorgverzekering is vermeld. De in Duitsland genoten zorg betreft medisch specialistische zorg zoals bedoeld in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Er is geen sprake van een behandeling zoals opgenomen in de limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de behandelend uroloog het noodzakelijk vond om nadere onderzoeken uit te voeren. In die zin is dus sprake van een verwijzing door een medisch specialist. Weliswaar heeft de behandelend uroloog in zijn behandelverslag opgenomen dat sprake was van bloed in het sperma, maar dit is waarschijnlijk een fout in het verslag. Het betrof namelijk bloed in de urine. Volgens verzoeker bestaat op grond van artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven als sprake is van acute zorg die wordt verleend door een niet gecontracteerde zorgaanbieder.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij zich tot de uroloog heeft gewend, omdat hij een acute bloeding constateerde. Voor deze behandeling was geen verwijzing nodig. Ten aanzien van de vervolgbehandelingen beschikte hij over een verwijzing. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat een verwijzing van zijn huisarts nodig was. Een verwijzing hoeft niet alleen van een huisarts te zijn. Het kan ook gaan om een verwijzing van een specialist, zoals een uroloog. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hij zich voorafgaand aan het eerste consult bij de uroloog tot zijn huisarts had moeten wenden, heeft verzoeker betreden. Dat het eerste consult niet voor vergoeding in aanmerking zou komen, omdat de ziektekostenverzekeraar het niet bewezen vindt dat sprake was van acute zorg, is nog te begrijpen. Dit geldt niet voor de vervolgbehandelingen. Die moeten worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft het document 'Verwijsafspraken Medisch-specialistische zorg' (hierna: Verwijsafspraken) overgelegd. Uit punt 9 van de Verwijsafspraken blijkt dat een medisch specialist mag verwijzen naar een andere medisch specialist. Dit wordt ook bevestigd door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Hiervan is in onderhavig geval sprake.

Volgens verzoeker is het evident dat de genoten zorg noodzakelijk was. Dit blijkt ook uit de verklaring van de behandelend uroloog van 26 februari 2024. Met een andere verklaring van de uroloog is verzoeker niet bekend. Ondanks dat de zorg evident noodzakelijk was, werpt de ziektekostenverzekeraar verzoeker tegen dat hij zich niet tot zijn huisarts heeft gewend. Dit is in het kader van de redelijkheid en billijkheid niet terecht.

Verzoeker heeft toegelicht dat hij de acute bloeding bemerkte bij een toiletbezoek rond zijn werkzaamheden op de operatiekamer. Die situatie kan worden aangemerkt als spoedeisend. Het onderzoek was acuut noodzakelijk. Verzoeker was niet in de mogelijkheid om een huisarts te raadplegen. Ten aanzien van de vervolgonderzoeken die hebben plaatsgevonden, beschikte verzoeker over een verwijzing van de uroloog. Blijkbaar had de ziektekostenverzekeraar deze verwijzing acceptabel gevonden als verzoeker beschikte over een verwijzing van de huisarts naar de uroloog.

Verzoeker heeft gewezen op punt 9 van de Verwijsafspraken. Hier wordt de volgende vraag gesteld: *“Is het mogelijk dat een medisch specialist verwijst naar een ander specialisme zonder een verwijsbrief van de eerste lijn?”*. Het antwoord hierop luidt: *“Ja, dat mag. Als een medisch specialist een nieuwe zorgvraag constateert, dan kan hij/zij zelf verwijzen naar het andere specialisme. Dit geldt ongeacht of de nieuwe zorgvraag gerelateerd is aan de initiële zorgvraag”*. Ook als partijen het niet eens worden over de noodzaak van het consult op 16 mei 2023 blijft staan dat de uroloog heeft verwezen naar de andere specialismen. Hiertoe is hij bevoegd. De stelling dat een medisch specialist alleen mag verwijzen als van tevoren door een huisarts naar hem is verwezen, is onjuist. Als een verzekerde al door een specialist wordt behandeld, hoeft hij zich niet tot de huisarts te wenden om een verwijzing te krijgen voor die specialist die hem al behandeld en hem vervolgens doorverwijst. De ene specialist mag een verzekerde verwijzen naar een andere specialist. Het is dus niet van belang hoe een verzekerde bij de eerste specialist bent gekomen.

De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van dezelfde zorgvraag wordt betwist. Een uroloog moet eerst vaststellen wat er aan de hand is voordat hij kan doorverwijzen. De uroloog heeft de bloeding vastgesteld en vond nader onderzoek nodig. Om die reden heeft hij doorverwezen naar een andere specialist. Vervolgens zijn de onderzoeken uitgevoerd. Dit betreft niet dezelfde zorgvraag. Op het moment van de bloeding was niet duidelijk wat er aan de hand was en daarom was bij het onderzoek sprake van een nieuwe zorgvraag. Uiteindelijk bleek er meer aan de hand dan van tevoren verwacht.

Daarnaar gevraagd heeft verzoeker verklaard dat het eerste consult spoedeisende zorg betrof. Het vervolgtraject was niet spoedeisend in die zin dat medisch handelen niet direct noodzakelijk was.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. In zijn brief van 26 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor sommige vormen van zorg een verwijzing nodig is, waaruit blijkt dat de verzekerde is aangewezen op de zorg. In het geval van acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld, is een verwijzing niet vereist. Dit is bepaald in artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Uit artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat voor medisch specialistische zorg een verwijzing nodig is van de in dat artikel genoemde zorgverleners. Verder geldt dat in artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet is bepaald dat een verzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat medisch-specialistische geneeskundige zorg slechts toegankelijk is na verwijzing door bijvoorbeeld de huisarts.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het hier geen acute zorg betreft. Hiervan is sprake indien de zorg zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele uren, moet worden verleend om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een ongeval of aandoening te voorkomen. Bovendien moet uit de verslaglegging van de behandelend arts blijken dat sprake is geweest van acute zorg. Dit laatste blijkt uit het document ‘Verwijsafspraken Medisch- specialistische zorg’. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de overgelegde artsenverklaringen beoordeeld. In de meest recente artsenverklaring van 26 februari 2024 is de indicatie hematospermie door de behandelend uroloog aangepast naar hematurie. Volgens de medisch adviseur is het opmerkelijk dat de verklaring op dit punt is aangepast,

omdat de symptomen bij hematospermie en hematurie wezenlijk verschillend zijn. De reden van aanpassing is niet door de arts toegelicht. Overigens geldt voor beide indicaties dat een consult bij de huisarts voorliggend is. De mate en ernst van hematurie wordt in de artsenverklaringen niet beschreven. Het gegeven dat het eerste vervolgonderzoek pas een maand later plaatsvond bevestigt dat het geen acute zorg betrof waarbij onmiddellijk handelen noodzakelijk was. Nu geen sprake was van acute zorg, was voorafgaand aan de behandeling een verwijzing van de huisarts nodig. Dat een voorafgaande verwijzing noodzakelijk is, volgt uit artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 1.9 en 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De voorwaarde van een voorafgaande gerichte verwijzing is niet slechts een formaliteit. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op eerdere bindende adviezen van de commissie (SKGZ 202100703 en SKGZ 202300160). In deze adviezen heeft de commissie overwogen dat artikel 14, tweede lid, Zorgverzekeringswet uitdrukkelijk bepaalt dat medisch specialistische zorg slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. Wanneer een zodanige, gerichte, verwijzing ontbreekt is het terecht als de ziektekostenverzekeraar weigert de kosten te vergoeden.

- 4.3. Uit de artsenverklaring van 26 februari 2024 blijkt dat verzoeker op 16 mei 2023 een consult heeft gehad. Aanleiding hiervoor was een pijnloze macrohematurie begin mei 2023. Uit deze verklaring blijkt dat verzoeker de gelegenheid had om voorafgaand aan het consult bij de uroloog, de huisarts te raadplegen. Dit heeft hij echter nagelaten. Verzoeker is zonder verwijzing direct naar de medisch specialist in het Duitse ziekenhuis gegaan. Volgens verzoeker beschikte hij wel degelijk over een verwijzing voor de onderzoeken die na het consult hebben plaatsgevonden, namelijk van de behandelend uroloog. Hoewel een medisch specialist bevoegd is om een verwijzing op te stellen, gaat het in dit geval om dezelfde zorgvraag waarbij de initiële verwijzing van de huisarts ontbreekt. De onderzoeken die hebben plaatsgevonden na het consult maken deel uit van het behandeltraject van de uroloog en vallen binnen dezelfde DBC-behandelcode. Dit betekent dat ook deze onderzoeken niet voor vergoeding in aanmerking komen vanwege het ontbreken van een initiële verwijzing van de huisarts.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding om zijn standpunt aan te passen op grond van de redelijkheid en billijkheid. Bij niet acute zorg is een verwijzing nodig voordat een verzekerde zich tot een medisch specialist wendt. Bovendien is verzoeker zelf werkzaam als anesthesioloog en heeft hij derhalve bovengemiddelde kennis van de zorgsector. Van hem kan bij uitstek worden verwacht dat hij op de hoogte is van de geldende wet- en regelgeving.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar daarnaar door de commissie expliciet gevraagd verklaard dat de kosten van het consult op 16 mei 2023 niet bij hem zijn gedeclareerd. Verder heeft hij aangevoerd dat op grond van de artikelen 1.9 en 16 van de polisvoorwaarden is een voorafgaande verwijzing van de huisarts nodig bij niet-acute zorg. In artikel 14, tweede lid, Zorgverzekeringswet is uitdrukkelijk bepaald dat medisch specialistische zorg slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is gekregen. Dit volgt ook uit eerdere bindende adviezen van de commissie (SKGZ202100703, SKGZ202300160 en SKGZ202300307). In deze bindende adviezen is tevens bepaald dat de voorwaarde van een verwijzing niet slechts een formaliteit is. Als een gerichte verwijzing ontbreekt, mag de ziektekostenverzekeraar vergoeding weigeren. Een eerste verwijzing is nodig voordat een verzekerde zich tot een medisch specialist kan wenden. Verzoeker is op eigen initiatief naar een uroloog gegaan en die heeft hem doorverwezen. Dit betreft geen geldige verwijzing. Nu in het geval van verzoeker een gerichte verwijzing ontbreekt, is niet voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering en de wetgeving. Volgens verzoeker beschikt hij over een verwijzing voor de vervolgonderzoeken. Echter, dit betreft geen geldige verwijzing. Een medisch specialist mag verwijzen als er een nieuwe zorgvraag is. De uitgevoerde onderzoeken behoren tot dezelfde zorgvraag als het eerste consult. Vanuit een verwijzing van de huisarts, kan een medisch specialist verwijzen naar een andere medisch specialist in het kader van dezelfde zorgvraag. Van de voorwaarde van een gerichte verwijzing kan worden afgeweken bij spoed of acute zorg. Dit betreft zorg die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele uren, verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een

ongeval of aandoening te voorkomen. Voor zorg in het buitenland geldt dat het ook kan gaan om zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland. Op basis van de overgelegde artsverklaring kan de ziektekostenverzekeraar niet anders concluderen dan dat dit niet aan de orde is. Voor verzoeker was een consult bij de huisarts voorliggend. Uit de medische informatie blijkt niet dat de hematurie van dien aard was dat directe actie nodig was. In de verklaring van 26 februari 2024 noemt de uroloog een pijnloze hematurie als aanleiding voor het onderzoek. Dit, in combinatie met het feit dat de vervolgbehandelingen een maand later hebben plaatsgevonden, bevestigt het standpunt dat geen sprake is van acute zorg. Bij niet-acute zorg is een voorafgaande verwijzing van de huisarts nodig. De huisarts stelt de indicatie voor een specialisme.

De ziektekostenverzekeraar bestrijdt de stelling van verzoeker dat sprake is van een situatie die naar redelijkheid en billijkheid niet terecht is. Bij de indicatie hematurie had verzoeker zich tot zijn huisarts moeten wenden in plaats van tot een collega uit het ziekenhuis. Juist van verzoeker, zelf werkzaam als arts, mag worden verwacht dat hij op de hoogte is van de geldende regels. Dat verzoeker tijdens werkzaamheden in het ziekenhuis een bloeding bemerkt, betekent niet dat hij zich direct tot een collega mag wenden voor een behandeling.

De stelling van verzoeker dat een medisch specialist bij een nieuwe zorgvraag kan verwijzen zonder verwijzing vanuit de eerste lijn heeft de ziektekostenverzekeraar betreden. Uit de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat een dergelijke verwijzing nodig is. Na verwijzing van de huisarts kan er een nieuwe zorgvraag bestaan.

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de eis van voorafgaande verwijzing zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepalingen uit Verordening (EG) nr. 883/2004 en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker heeft zorg genoten in een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland. In deze situatie is de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004 van toepassing. Voor zover zorg noodzakelijk was tijdens het verblijf, had verzoeker, gelet op artikel 19 van deze verordening, gebruik kunnen maken van zijn European Health Insurance Card (EHIC). Dit heeft hij echter niet gedaan. Uit de stukken blijkt dat het hier ook geen zorg tijdens verblijf betrof, maar planbare zorg. Door de ziektekostenverzekeraar is verwezen naar de artsverklaring van 26 februari 2024, waaruit naar voren komt dat verzoeker op 16 mei 2023 een consult heeft gehad in verband met een pijnloze macrohematurie begin mei 2023. Ook voor de hierop volgende behandelingen is verzoeker telkens naar Duitsland gereisd. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming 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. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). In dit geval heeft verzoeker geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Er is verder niet gebleken van bijzondere omstandigheden die hieraan in de weg stonden (Elchinov,

zaak C-173/09). Dit betekent dat voor de aanspraak op vergoeding moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.3. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat recht op zorg in het buitenland. In artikel 1.9. van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat een verzekerde voor sommige vormen van zorg een verwijzing, voorschift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig heeft. Of dit nodig is, blijkt uit het betreffende zorgartikel. Voorts is in artikel 1.9. van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat een verwijzing, voorschift en/of toestemming vooraf niet nodig is voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. In de begripsomschrijving die deel uitmaakt van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt acute zorg als volgt omschreven: *"Zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Acute zorg wordt ook wel spoedzorg genoemd. Als het zorg betreft die in het buitenland wordt verleend dan betreft acute zorg ook zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd"*.
- 6.4. De bij verzoeker in Duitsland uitgevoerde behandelingen betreffen medisch specialistische zorg. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor medisch specialistische zorg. Dit blijkt uit artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van dit artikel is voor medisch specialistische zorg een verwijzing vereist van een in dat artikel genoemde zorgverlener, waaronder een huisarts of medisch specialist. Hiervoor werd geconcludeerd dat sprake is van planbare - dat wil zeggen: niet acute - zorg zodat een voorafgaande gerichte verwijzing vereist was.
- 6.5. Verzoeker heeft zich op het standpunt gesteld dat hij door de behandelend uroloog werd verwezen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. De commissie overweegt dat voor het consult op 16 mei 2023 een verwijzing ontbreekt, waar deze op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 14, tweede lid, Zvw benodigd was. Ten aanzien van de hierop volgende behandelingen heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat deze 'meelopen' in de initiële behandeling door de uroloog, die aanving op 16 mei 2023, en waarvoor geen verwijzing voorhanden is. Verzoeker heeft dit bestreden en hij heeft gesteld dat de behandelend uroloog hem - na het consult - hiervoor heeft verwezen. De commissie overweegt dat op grond artikel 150 Rv geldt dat de partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door haar gestelde feiten of omstandigheden hiervan in beginsel de bewijslast draagt. Dit betekent dat het aan verzoeker is om aannemelijk te maken dat hij beschikte over de vereiste verwijzing voor de behandelingen in vervolg op het consult van 16 mei 2023. Hierin is hij naar het oordeel van de commissie niet geslaagd. Een voorafgaande schriftelijke verwijzing als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering is door verzoeker niet overgelegd. De door verzoeker nadien aangeleverde verklaring van de behandelend uroloog van 26 februari 2024 maakt het bovenstaande niet anders, mede omdat deze sterk afwijkt van de eerdere verklaring en geen sprake is van een nieuwe zorgvraag als bedoeld in (nummer 9 van) de 'Verwijsafspraken Medisch-specialistische zorg'.
- 6.6. Nu geen sprake was van acute zorg en niet is voldaan aan de voorwaarde van een gerichte voorafgaande verwijzing, heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de behandelingen in Duitsland terecht geweigerd.

Slotsom

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 november 2024,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- Medisch inhoudelijke factoren
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

1.10. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
- De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
- De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg App, op uw zorgpas en op onze website.

Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in uw zorgverzekering?

Bevalling en kraamzorg thuis

Bevalling thuis	Ja.
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,80 per uur.

Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum

Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Ja.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,80 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum

Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 236 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend:
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Maximale vergoeding is 2 x € 137: € 274 per dag
	Af: eigen bijdrage is 2 x € 19: € 38 per dag
	<hr/> € 236 per dag
	Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 236 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	Ja. De eigen bijdrage is € 497,69 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,80 per uur.

Medische noodzaak

Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 januari 2023 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot 1 januari 2023 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvoeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2024 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 april 2019 tot 1 maart 2024 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2019 tot 1 januari 2024 de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover u deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Tot 1 januari 2025 larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Tot 1 januari 2025 entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd:

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm

- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysisch audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysisch audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

Oogheelkunde:	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
KNO:	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
Chirurgie:	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
Dermatologie	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
Gynaecologie:	Vulvaire en vaginale afwijkingen
Plastische chirurgie:	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders 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 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

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