



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. en DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, rugoperatie, spondylodese, stand wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20 Vo.nr. 883/2004

Zaaknummer : 202000781

Zittingsdatum : 23 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A., en
- 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 19 mei 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 9 juli 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 10 juli 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 8 september 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020031224) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 9 september 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft op 16 september 2020, in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut, de verwijfsbrief van de huisarts van 27 november 2019 aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 17 september 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2020 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 2 oktober 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 6 oktober 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is in mei 2019 voor behandeling naar de Maartenskliniek in Nijmegen gegaan. De arts aldaar vertelde hem dat opereren niet opportuun was. Verzoeker heeft daarna contact opgenomen met een Belgische neurochirurg die verzoeker wél wilde opereren. Omdat de operatie in België zou plaatsvinden, heeft verzoeker hiervoor vooraf een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De behandelend neurochirurg in België heeft bij brief van 18 december 2019 over verzoeker verklaard:

“Zoals U weet uit voorgaande verslagen van de Maartenskliniek in Nijmegen wordt deze patiënt [door] (...) mij [vanwege] een second opinion gezien voor een ernstig degeneratief rugprobleem. Hij heeft chronisch ernstige rugklachten die hem invalideren op alle gebieden van zijn leven en dit impliceert een zeer kleine actieradius en zeer veel pijnklachten. Hij wordt in de nacht steeds wakker van pijnklachten. Aangezien hij geen neurogene component heeft [is hij] in Nederland niet in aanmerking gekomen voor een operatieve correctie van een ernstig degeneratieve lumbale scoliose.

Klinisch-neurologisch onderzoek :

Ernstige rugprobleem

Technische onderzoeken :

MRI en standaardradiografieën tonen een 4 niveaus discopathie probleem van L1 tot L5 met degeneratieve scoliose en balans problematiek van de wervelkolom.

Bespreking :

De enige mogelijkheid voor deze patiënt[e] nog tot een acceptabele rest van zijn leven te komen qua pijnklachten is niet verder uitbreiden van pijnkliniek behandelingen en pijnstillers maar een operatieve correctie van de scoliose te overwegen. De mogelijkheid bestaat om via laterale weg een viertal XLIF cages te plaatsen gevolgd door een posterieur percutaanschroefstelsel over de genoemde niveaus. In principe zouden we deze operatie in 2 tijden uitvoeren met een beetje tussen waarin de patiënt opgenomen blijft in het ziekenhuis. Indien nodig voor zijn verzekering zijn we natuurlijk bereid verder uit te beiden over een offerte prijs duiding. De ingreep is gepland voor eind maart 2020.”

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 januari 2020 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.5. Op 17 februari 2020 heeft de orthopedisch chirurg uit de Sint Maartenskliniek het volgende verklaard:
“Het probleem bij bovengenoemde patiënt is dat er sprake is van hoofdzakelijk rugpijnklachten. Op de aanvullend verrichte beeldvorming is te zien dat er sprake is van discopathie van het niveau L1-L2, discopathie van het niveau L2-L3, discopathie van het L3-L4 en discopathie van het niveau L4-L5 met daarbij een lichte links convexe scoliotische stand. Uitzonderingen daargelaten, zijn wij over het algemeen bereid operatieve correcties te verrichten als het gaat om een tot twee niveaus spondylodese bij rugpijn bij een verder fraaie lumbale wervelkolom. U begrijpt dat bij deze patiënt uit bovenstaande dat er sprake is van forse discopathie op vrijwel alle lumbale niveaus. De kans dat iemand opknapt qua rugpijnklachten wanneer er een zeer forse spondylodese wordt verricht in de zin van een vier niveaus spondylodese operatie achten wij derhalve klein dat een operatie niet opportuun is, omdat dat zich te slecht laat voorspellen ten aanzien van de afname van de rugklachten.”
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 4 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. Bij brief van 8 september 2020 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:
“Beoordeling
De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.
Plegen te bieden
In beginsel is de aangevraagde behandeling (spondylodese) zorg zoals medisch specialisten (orthopedisch chirurgen, neurochirurgen) plegen te bieden. Dit blijkt uit de richtlijn Geïstrumenteerde spinaalchirurgie (NOV 2017), waarin een spondylodese als behandeloptie genoemd wordt bij verschillende degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbale wervelkolom. Verzoeker heeft echter chronische rugklachten op basis van degeneratie met discopathieën van L1-L5 en een degeneratieve scoliose. Er wordt een spondylodese over de niveaus L1-L5 voorgesteld. Volgens de richtlijn kan bij de indicatie lage rugpijn bij patiënten met chronische lage rugpijn met

degeneratieve kenmerken op één of twee lumbaleniveaus, een lumbale spondylodese overwogen kan worden. Bij verzoeker is echter sprake van degeneratieve kenmerken op meer niveaus (L1-L5). De richtlijn beschrijft bij de indicatie degeneratieve scoliose ook dat lumbale spondylodese overwogen kan worden, maar daarbij worden geen uitspraken gedaan over de aanwezigheid van degeneratieve afwijkingen op meer dan twee niveaus noch over het aantal niveaus van de ingreep.

Stand van de wetenschap en praktijk

In eerdere adviezen in geschillen en in het standpunt dynamische spondylodese heeft het Zorginstituut aangegeven, dat er een indicatie is voor spondylodese als instabiliteit van de wervelkolom bestaat of instabiliteit dreigt als gevolg van decompressie (laminectomie).

(...)

In het dossier, inclusief de brieven van de orthopeed en de neurochirurg, is nergens vermelding van of onderbouwing voor spinale instabiliteit. Derhalve ontbreekt een geldige indicatie voor spondylodese.

(...)

Geconcludeerd kan worden dat onvoldoende onderbouwing bestaat voor de effectiviteit van een spondylodese op meer dan 2 niveaus bij chronische lage rugklachten op basis van degeneratieve discopathieën met daarmee samenhangende scoliose. De gevraagde behandeling voldoet derhalve niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Indicatie

Omdat de gevraagde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk kan verzoeker geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. Ten overvloede merkt het Zorginstituut nog op dat verzoeker niet voldoet aan de specifieke indicatievoorwaarden.

(...)

Conclusie

Spondylodese bij degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbale wervelkolom kan onder strikte voorwaarden in beginsel onderdeel uitmaken van de Zvw. Er bestaat echter onvoldoende onderbouwing voor de effectiviteit van een spondylodese op meer dan 2 niveaus bij chronische lage rugklachten op basis van degeneratieve discopathieën met daarmee samenhangende scoliose [voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk]. De gevraagde behandeling voldoet derhalve niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Aanvullend voldoet verzoeker voor zowel de indicatie lage rugklachten als de indicatie degeneratieve scoliose niet aan de voor spondylodese geldende specifieke indicatievoorwaarden."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de aangevraagde ingreep, die intussen is uitgevoerd, dient te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de zorgverzekeringsvoorwaarden en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de stand van de wetenschap en praktijk zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 20 van Vo.nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker heeft al jaren rugklachten. In de loop der jaren is de pijn toegenomen. Hij heeft discopathieën en scoliose ter plaatse van de onderrug. Dit is in de loop der tijd verergerd. In mei 2018 is verzoeker voor onderzoek/behandeling naar de Maartenskliniek in Nijmegen gegaan, omdat deze zeer goed bekend staat op orthopedisch gebied. Hij is hier tweemaal op consult geweest en er zijn röntgenfoto's en een MRI-scan gemaakt. Daarna is geconcludeerd dat hij verder niet kon worden geholpen omdat een operatie niet opportuun was.

Verzoeker heeft zich daarna gewend tot een Belgische arts die hij in een televisieprogramma had gezien. Deze arts verrichtte een rugoperatie bij iemand die dezelfde indicie had als verzoeker, namelijk degeneratieve scoliose. Na onderzoek heeft de betreffende arts geconcludeerd dat verzoeker wèl kan worden geopereerd en dat de operatie een grote kans van slagen heeft. Ook de degeneratieve scoliose zou hierna niet meer verergeren. De uit de scoliose voortvloeiende klachten aan heupen, knieën en enkels zouden hierdoor worden voorkomen. Verzoeker merkt op dat dit voor hem het laatste redmiddel is.

Verzoeker begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar meer waarde hecht aan de mening van de arts uit Nijmegen dan aan die van de Belgische arts. Daarbij heeft eerstgenoemde hem niet onderzocht of gesproken en de Belgische arts wel.

Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde ingreep moet vergoeden. Ten eerste omdat de ingreep in België wordt erkend en vergoed. Ten tweede omdat de ziektekostenverzekeraar het betreffende ziekenhuis heeft gecontracteerd.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de aangevraagde operatie bij een degeneratieve lumbale scoliose niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is voor deze operatie volgens de Richtlijn Geïndstrumenteerde Spinaalchirurgie van de Federatie Medisch Specialisten slechts bewijs van zeer lage wetenschappelijke waarde. Hiermee is onvoldoende wetenschappelijk aangetoond dat opereren tot minder rugpijn en een betere functionele uitkomst leidt. Daarom wordt voor patiënten met een degeneratieve scoliose een operatie alleen overwogen na een falend conservatief beleid met voor de patiënt onacceptabele aanhoudende klachten. Dit is bevestigd door de arts in Nijmegen, een orthopedisch expert die werkzaam is bij een expertisecentrum voor scoliose. Hij heeft de gemaakte röntgenfoto's en de MRI-scan beoordeeld. De Belgische arts is een neurochirurg. De behandeling van scoliose behoort niet tot het expertisegedebied van een neurochirurg, maar tot dat van een orthopedisch chirurg. Voor deze specifieke behandeling beschouwt de ziektekostenverzekeraar de arts in Nijmegen dan ook als deskundiger dan de Belgische arts.

Dat de betreffende ingreep in België wordt erkend en vergoed, betekent niet dat deze ingreep ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. Op de zorgverzekering zijn immers de voorwaarden van de Zvw en de polisvoorwaarden van toepassing.

De ziektekostenverzekeraar heeft een contract gesloten met het betreffende ziekenhuis. Dit betekent echter niet dat alle zorg die door dit ziekenhuis wordt aangeboden onder de aanspraken ten laste van de zorgverzekering vallen.

- 6.4. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, gegaan om daar een behandeling te ondergaan, bestaande uit een rugoperatie waarbij vier XLIF cages worden geplaatst, gevolgd door een posterior percutanschroefstelsel in het gebied van de lumbale ruggenwervels L1 tot L5 (een zogenoemde spondylodese niveau L1-L5). Het betreft planbare zorg. Hierop is artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Verzoeker heeft tijdig toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, die dit verzoek heeft afgewezen. Met betrekking tot deze afwijzende beslissing overweegt de commissie als volgt.

- 6.5. De verordening beoogt niet het verzekerde pakket van de bevoegde lidstaat uit te breiden. Het zelfde geldt voor de zogenoemde Patiëntenrichtlijn, die weliswaar geen rechtstreekse werking heeft, maar is geïmplementeerd in de nationale wetgeving van de lidstaten. Een verzoek om toestemming voor een behandeling in een andere EU-lidstaat hoeft in de Nederlandse situatie dus alleen te worden gehonoreerd als sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, en volgens de ziektekostenverzekeraar is dit laatste niet het geval.
- 6.6. Op grond van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit komt erop neer dat alleen zorg die als effectief wordt beschouwd deel uitmaakt van het verzekerde pakket. Het Zorginstituut heeft in zijn rol als pakketbeheerder een beoordelingskader opgesteld. Met dit beoordelingskader wordt nagegaan of het behandelbeleid (diagnostiek, behandeling), gelet op de gunstige en de ongunstige gevolgen ervan (bijwerkingen, veiligheid), leidt tot relevante (meer)waarde voor de patiënt in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Het Zorginstituut volgt hierbij de principes van evidence-based medicine (EBM). Hierbij wordt gekeken of de zorg bij een bepaald indicatiegebied effectief is. De kern van EBM is dat de beschikbare evidence - die uiteen kan lopen van gerandomiseerd vergelijkend onderzoek tot praktijkervaring - systematisch wordt gezocht en geselecteerd en op gestructureerde wijze wordt gewogen en gebruikt. EBM heeft als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit in de afweging het zwaarste weegt. Het werken volgens de EBM-principes kent een aantal vaste stappen: het zoeken en selecteren van informatie, het beoordelen van de gevonden informatie en het trekken van een conclusie.
- 6.7. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 8 september 2020 geconcludeerd dat een rugoperatie, waarbij op meer dan twee niveaus, in dit geval vier XLIF cages worden geplaatst, bij chronische lage rugklachten op basis van degeneratieve discopathieën met daarmee samenhangende scoliose niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt dit advies over. Dit betekent dat niet is voldaan aan het gestelde in artikel 2, vijfde lid van de verzekeringsvoorwaarden en dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de betreffende behandeling op grond van de zorgverzekering. Het houdt tevens in dat de gevraagde toestemming op basis van Vo. nr. 883/2004 destijds terecht werd geweigerd.
- 6.8. Gezien het voorgaande komt de commissie niet toe aan de vraag of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Daarom kan de aanvraag op grond van deze verzekering niet worden toegewezen.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 oktober 2020,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, (...)

LID 5 INHOUD EN OMVANG VAN ZORG

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 3 - WERKGEBIED

De zorgverzekering wordt overeengekomen met of voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen. In de Zorgverzekeringswet is nader omschreven wie verzekeringsplichtig is.

ARTIKEL 4 - BEGIN VAN DE ZORGVERZEKERING**LID 1 DATUM VAN INGANG VAN DE VERZEKERING**

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2020.

LID 2 ALTERNATIEVE INGANGSDATUM

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek heeft aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

LID 3 VERZEKERD MET TERUGWERKENDE KRACHT

Er zijn twee situaties waarin wij u met terugwerkende kracht kunnen inschrijven:

- a. als u de zorgverzekering binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht voor het eerst ontstaat bij ons aanvraagt. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstaat.
- b. als u de zorgverzekering bij ons aanvraagt binnen een maand nadat uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar is beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

LID 4 AANMELDING INTREKKEN (HERROEPEN)

U kunt een zorgverzekering herroepen die u via internet heeft aangevraagd en gesloten. Vul daartoe binnen 14 dagen na bevestiging van de aanmelding, het contactformulier in op www.dsw.nl. Vermeld hierin het BSN van degene die de overeenkomst heeft aangevraagd en geef daarbij aan dat u de via internet gesloten verzekeringsovereenkomst wilt beëindigen.

ARTIKEL 10 - BEHANDELING IN HET BUITENLAND

LID 1 ALGEMEEN

Voor vergoedingen van behandeling in het buitenland onderscheiden we:

- verzekerden die wonen in Nederland (zie lid 2 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in een ander EU-/EER-land of verdragsland en al dan niet tijdelijk in Nederland of een ander verdragsland verblijven (zie lid 3 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een EU-/EER-land of verdragsland (zie lid 4 van dit artikel).

LID 2 WONEN IN NEDERLAND EN ZORG IN BUITENLAND

Als u in Nederland woont heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg die is geleverd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland. Op www.dsw.nl kunt u zien met welke ziekenhuizen in België, Duitsland en Spanje wij een contract hebben gesloten. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland, krijgt u maximaal dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 WONEN/VERBLIJVEN IN EEN ANDER EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND EN ZORG IN DAT LAND, NEDERLAND OF ANDER VERDRAGSLAND

In deze situatie heeft u naar keuze recht op:

- a. vergoeding van zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU- sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden;
- c. vergoeding van verzekerde zorg door een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 WONEN/VERBLIJVEN IN BUITENLAND, MAAR NIET IN EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND EN ZORG IN HET BUITENLAND

Als u buiten Nederland woont /verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op een vergoeding van de kosten van verzekerde zorg door een zorgaanbieder buiten Nederland. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 VERGOEDING EN MACHTIGING

Als u zorg inroept waarbij u moet worden opgenomen of moet verblijven in een instelling, de zogenoemde intramurale zorg, moet u daarvoor vooraf van ons toestemming hebben gekregen. U heeft geen toestemming van ons nodig wanneer u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat en het om een behandeling gaat waarvoor geen machtiging vereist is. De door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland kan u vertellen voor welke behandeling wel of geen machtiging vereist is.

Extra kosten zoals kamersupplementen en honorariumkosten

Indien u kiest voor verblijf op een eenpersoonskamer kan het ziekenhuis hiervoor extra kosten (kamersupplementen en honorariumkosten) bij u in rekening brengen. Deze extra kosten worden door ons niet vergoed.

Uitzonderingen

Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt deze toestemmingseis niet. U moet een spoedopname dan wel binnen 48 uur aan SOS International melden.

Het toestemmingsvereiste geldt tevens niet als u in het buitenland zorg inroept die niet gepaard gaat met opname of verblijf, de zogenoemde extramurale zorg.

Informatie over zorg in het buitenland

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan is het wellicht vooraf onduidelijk of en, zo ja, in hoeverre u die zorg vergoed krijgt. Daarom raden wij u in alle gevallen aan, zoals aangegeven in artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden, bij voorziene zorg in het buitenland vooraf contact met ons op te nemen. Wij kunnen u dan mededelen:

- a. of u verzekerd bent voor die zorg;
- b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;
- c. hoe hoog de vergoeding zal zijn;
- d. of u voor deze zorg bij zorgaanbieders terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

LID 6 BEVOEGDE ZORGAANBIEDER

Zorg in het buitenland komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die op grond van de wet- en regelgeving van het desbetreffende land bevoegd is de zorg te leveren.

LID 7 VERGOEDING VAN MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG

Wij zullen medisch noodzakelijk zorg die is geleverd in het buitenland volledig vergoeden als de zorg naar het oordeel van onze medisch adviseur redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar uw woonland. In de praktijk betreft dit over het algemeen spoedeisende zorg.

ARTIKEL 18 - MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 1 ALGEMEEN

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2 van dit artikel);
- behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3 van dit artikel).

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikelen 37 en 38 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 42 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

LID 2.1.1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG MET OPNAME (KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.

LID 2.1.2 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ZONDER OPNAME (NIET-KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

Voor andere medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in dit artikel is geen machtiging vereist. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

- a. U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, GGD-arts infectieziektenbestrijding KNMG, GGD-arts tuberculosebestrijding KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog, arts voor verstandelijk gehandicapten of medisch specialist (hieronder valt ook de sportarts). In het geval van spoedeisende hulp is geen verwijzing noodzakelijk.
- b. Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.
- c. Voor een kaakchirurgische behandeling mag u ook een verwijzing van een tandarts of orthodontist hebben.
- d. Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijk maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

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. (...)*”

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.