

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te B, en De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: Verenigd Koninkrijk, medisch specialistische zorg, knieoperatie, hoogte vergoeding
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, Protocol on Social Security Coordination, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, TH/NR-017
Zaaknummer	: 202201030
Zittingsdatum	: 15 maart 2023

1. Partijen

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

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht en brief van 20 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 augustus 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 17 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 oktober 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 14 november 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022042514) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 november 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 februari 2023 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze reactie is op 16 februari 2023 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft bij brief van 17 februari 2023 gereageerd op voornoemde brief van de ziektekostenverzekeraar. Een kopie hiervan is op 20 februari 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 maart 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 20 maart 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 november 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 28 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 maart 2023 aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop binnen tien dagen te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal Plus en AV Tand Standaard (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. Bij verzoeker was een kruisband van de linkerknie volledig afgescheurd. In verband hiermee verwees de huisarts hem naar een medisch specialist, verbonden aan de Fortius Clinic te Londen, Verenigd Koninkrijk. Op 7 maart 2022 werd hierover namens verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In vervolg hierop werd op 8 maart een aanvraag gedaan. Bij brief van 15 maart 2022 verzocht de ziektekostenverzekeraar om toezending van aanvullende informatie. Op 16 maart 2022 is verzoeker in Londen aan zijn knie geopereerd. De aanvullende informatie werd bij brieven van 16 en 23 maart 2022 aangeleverd.
- 3.3. Bij brief van 29 april 2022 heeft verzoeker geïnformeerd naar de afhandeling van zijn declaratie. De ziektekostenverzekeraar reageerde hierop bij brief van 10 mei 2022. Eerder, namelijk bij brief van 2 mei 2022, had hij verzoeker al meegedeeld dat de vergoeding was bepaald op € 3.212,57. Op 4 mei 2022 stuurde de ziektekostenverzekeraar verzoeker een declaratieoverzicht, waarin onder andere de verrekening van genoemd bedrag met het verplicht eigen risico van € 385,- werd toegelicht.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 mei 2022 om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 15 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Nadat de kwestie werd voorgelegd aan de commissie is nog enige correspondentie tussen partijen gevolgd.
- 3.5. Bij brief van 14 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 28 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de kosten van de door hem in Londen ondergane knieoperatie volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 2.827,57, moeten worden vergoed.
- 4.2. In dat verband heeft verzoeker in de eerste plaats gesteld dat het niet mogelijk is de ziektekostenverzekeraar per e-mail te benaderen. Om die reden is namens hem op 7 maart 2022 telefonisch contact gezocht. Bij die gelegenheid werd verteld welke stukken moesten worden aangeleverd. Dit is vervolgens ook gebeurd. Er was dus wel degelijk sprake van vooraf gevraagde en verleende toestemming voor de behandeling in Londen. Aldus is het gerechtvaardigd vertrouwen gewekt dat verzoeker de behandeling aldaar kon ondergaan en dat de kosten hiervan zouden worden vergoed. Verzoeker tekent hierbij aan dat er niet alleen op 7 maart 2022 telefonisch contact was, maar ook op 10 en 25 maart alsmede op 4, 14 en 29 april 2022. In de tweede plaats heeft verzoeker aangevoerd dat sprake is van schending van de op hem rustende informatieplicht door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker verwijst hierbij naar een arrest van het Hof Amsterdam (ECLI:NL:HAMS:2007:BB3701), onder andere r.o. 4.5 en 4.6. Volgens verzoeker had de ziektekostenverzekeraar hem afdoende moeten informeren over de risico's en de meerkosten van een behandeling in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar is in dit verband de professionele partij, die ervaring heeft met dit soort zaken. Door verzoeker niet te waarschuwen voor de financiële gevolgen heeft de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende informatieplicht geschonden.
Op basis van de verzekeringsvoorwaarden heeft verzoeker naar zijn zeggen aanspraak op vergoeding van 75% van de kosten. Vergoed is maar 10%. Daarbij zou een zelfde ingreep in Nederland zeker € 15.000,- hebben gekost. Dit bedrag zou door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed.
Volgens verzoeker was het noodzakelijk dat hij snel werd geopereerd, omdat anders het risico dreigde dat zijn carrière als professioneel voetballer zou eindigen. Hij heeft zich gewend tot de topspecialist, iemand die meer voetballers en rugbyspelers heeft behandeld. De operatie is goed

verlopen. Bijkomend effect hiervan is dat het risico op toekomstige medische kosten kleiner is geworden, hetgeen ook in het voordeel is van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.3. Verzoeker heeft bij brief van 17 februari 2023 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 15 februari 2023. Verzoeker merkt op dat hij zich kan vinden in het voorlopig advies van het Zorginstituut, ondanks dat zijn geschil niet ziet op welke declaratiecodes van toepassing zijn. Verzoeker benadrukt dat de kosten van de onderhavige ingreep zijns inziens volledig, of in ieder geval voor het overgrote deel, moeten worden vergoed, omdat de ziektekostenverzekeraar het vertrouwen heeft gewekt dat *"het met de vergoeding van de zorgkosten wel goed zou komen."* Verzoeker herhaalt dat het op de weg van de ziektekostenverzekeraar had gelegen hem te waarschuwen voor de mogelijk hoge kosten die voor zijn rekening zouden blijven. Doordat de ziektekostenverzekeraar dit niet heeft gedaan, heeft hij zijn informatieplicht geschonden.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij naar Engeland is gegaan voor behandeling, omdat de Nederlandse artsen hem dit hebben geadviseerd in verband met het grootste kans op herstel. Op grond van de door de ziektekostenverzekeraar telefonisch verstrekte informatie vertrouwde hij erop dat een groot deel van de kosten zou worden vergoed. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen verzoeker te waarschuwen voor het risico dat een groot deel van de kosten voor zijn rekening zouden blijven. Als verzoeker dit vooraf had geweten, had hij een andere keuze gemaakt. Verzoeker kan deze kosten niet zelf betalen en heeft hiervoor geld moeten lenen. Verzoeker benadrukt dat van hem niet kon worden verwacht dat hij de ingreep zou uitstellen in afwachting van de toestemming van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker de vergoeding heeft ontvangen waarop hij op basis van de wet en de verzekeringsovereenkomst aanspraak heeft. Hierbij verwijst de ziektekostenverzekeraar met name naar de artikelen 2.7.10 en 3.11 van de verzekeringsvoorwaarden.
Bij behandelcode 15B060 'Operatie aan de knieband(en) bij een ziekte van het botspierstelsel' bedraagt de vergoeding op grond van 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief € 3.212,57. Het verplicht eigen risico van € 385,- is hiermee nog verrekend.
Volgens de ziektekostenverzekeraar is door hem geen voorafgaande toestemming verleend. Op 7 maart 2022 werd gesproken met een vertegenwoordiger van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft hem verteld welke informatie nodig is voor een toestemming. Hierbij is verwezen naar de website waar de formulieren voor de aanvraag kunnen worden geraadpleegd. Naar aanleiding van de daaropvolgende aanvraag is op 15 maart 2022 om toezending van aanvullende informatie verzocht. Deze werd ontvangen nadat de operatie was uitgevoerd.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 februari 2023 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 14 november 2022. De ziektekostenverzekeraar kan zich op medisch inhoudelijke gronden niet vinden in dit advies. Hij vindt het advies niet navolgbaar en niet in lijn met de declaratieregels binnen de medisch specialistische zorg.

Er is sprake van een zorgvraag, namelijk traumatische knieklachten. Voor de registratie conform de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2306a) geldt volgens de ziektekostenverzekeraar het volgende:

Specialisme: orthopedie (O305)

Diagnose: 1820 - Voorste kruisbandlaesie (op basis van het meest vooraanstaande letsel)

Zorgactiviteiten:

- 038642 - Voorste en/of achterste kruisbandplastiek van de knie met transplantaat.

- 038643 - Totale of partiële meniscectomie.
- 038654 - Operatieve behandeling letsels collaterale banden van de knie met behulp van plastic.
- 190204 - Verpleegdag.

Bij het afleiden van deze registratie binnen een zorgtraject komt de ziektekostenverzekeraar uit op DBC-zorgproduct 131999102: 'Operatie aan de knieband(en) bij een ziekte van botspiersstelsel' (15B060). Het door het Zorginstituut afgeleide DBC-zorgproduct voor de operatie is niet juist. De ziektekostenverzekeraar denkt dat mogelijk het verkeerde specialisme en/of de verkeerde diagnosecode is gebruikt. Daarnaast is het voor de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar waarom het Zorginstituut een apart zorgproduct heeft bepaald voor de klinische opname (verpleegdag). Dit is namelijk in strijd met de declaratieregels van de Nederlandse Zorgautoriteit.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat tijdens het telefoongesprek van 7 maart 2022 niet is toegezegd dat 70 tot 80% van de kosten van de ingreep wordt vergoed. Evenmin is de indruk gewekt dat een groot deel van de kosten zou worden vergoed. Er is wel verteld dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar om toestemming moest vragen. Op 8 maart 2022 is de aanvraag ingediend met de verwijzing van de huisarts. Hierin is vermeld dat de kosten van de ingreep ongeveer £ 10.000,- bedragen. Omdat dit voor de ziektekostenverzekeraar onvoldoende was om een beslissing te nemen, is op 15 maart 2022 aanvullende informatie opgevraagd. Vervolgens is door verzoeker onder meer de factuur en het behandelverslag overgelegd. Op 23 maart 2022 was het dossier compleet. Verzoeker is echter al op 16 maart 2022 geopereerd. De ziektekostenverzekeraar had dus geen redelijke termijn voor zijn beoordeling van de aanvraag. Dat verzoeker de toestemming niet heeft afgewacht, ligt in zijn risicosfeer.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 14 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Adviesbevoegdheid

De adviestaak van het Zorginstituut beperkt zich tot de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit geschil heeft hier geen betrekking op. Door de behandeling (deels) te vergoeden erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoeker redelijkerwijs aangewezen was op deze zorg. Het Zorginstituut heeft derhalve geen adviesbevoegdheid.

Beoordeling

Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding.

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

De verrichte ingreep is gebruikelijk bij een voorste kruisbandletsel. In dezelfde sessie wordt dan zo nodig herstel van de meniscus/mediale knieband meegenomen. In dat geval is het DBC-zorgproduct 199299080 met declaratiecode 15D092 het meest passend. De omschrijving van dit zorgproduct is: Kruis-/collateraalbandplastiek | Letsel overig en de consumentenomschrijving is: Operatie aan de knieband(en) bij letsel.

Daarnaast is verzoeker één nacht opgenomen geweest in het ziekenhuis (één verpleegdag). Hiervoor geldt het DBC-zorgproduct 199299013 met declaratiecode 15D047. De omschrijving van dit zorgproduct is: Letsel (excl heupfractuur) | Klin kort | Letsel overig.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproduct 199299080 met declaratiecode 15D092 het meest passend is bij de uitgevoerde behandeling. Daarnaast dient DBC-zorgproduct 199299013 met declaratiecode 15D047 toegepast te worden vanwege het verblijf in het ziekenhuis."

- 6.2. In het definitief advies van 28 maart 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Beoordeling

(...)

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproduct 199299080 met declaratiecode 15D092 het meest passend lijkt bij de operatie en DBC-zorgproduct 199299013 met declaratiecode 15D047 bij de ziekenhuisopname. Verweerder heeft in de brief d.d. 15 februari 2023 aangegeven dat het DBC-zorgproduct niet juist is en dat een apart DBC-zorgproduct een klinische opname van een dag in strijd is met de declaratieregels van de NZa.

Naar aanleiding van hetgeen verweerder aanvoert heeft het Zorginstituut opnieuw bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzoeker. De gegevens zijn als volgt:

- Geldigheidsperiode 2022
- Specialisme 0305 Orthopedie
- Diagnose 0305.1820 Voorste kruisbandletsel
- Zorgtype II Reguliere zorg.

De verrichte zorgactiviteiten betreffen:

- 038642 Voorste en/of achterste kruisbandplastiek van de knie met transplantaat;
- 038643 Totale of partiële meniscectomie;
- 038654 Operatieve behandeling letsels collaterale banden van de knie met behulp van plastiek;
- 190218 Verpleegdag

Op basis van bovenstaande gegevens wordt DBC-zorgproduct 131999102 gevonden met omschrijving Kruis-/collateraalbandplastiek | Botspiersstelsel ziekte/laat gev trauma. De bijbehorende declaratiecode is 15B060. Dit DBC-zorgproduct bevat ook een klinische opname. Gelet op het bovenstaande zijn in het voorlopig advies van het Zorginstituut onjuiste DBC-zorgproducten genoemd. Het Zorginstituut betreurt dit ten zeerste en doet er alles aan om herhaling hiervan te voorkomen.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproduct 131999102 met declaratiecode 15B060 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Engeland.

Advies

Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid in dit geschil, en kan dan ook geen advies uitbrengen over dit geschil. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproduct 131999102 met declaratiecode 15B060 het meest passend lijkt bij de operatie aan de knie en opname in Engeland."

7. **Bevoegdheid van de commissie**

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12, onder a, van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg, de hoogte van de vergoeding en het vereiste van toestemming zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies.
Verder zijn hierin de van belang zijnde bepalingen uit het Protocol on Social Security Coordination weergegeven alsmede de bepalingen uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-017 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Tot slot zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Verzoeker is naar het Verenigd Koninkrijk gegaan om aldaar een behandeling te ondergaan. Het Verenigd Koninkrijk is geen lidstaat van de Europese Unie meer, maar met ingang van 1 januari 2021 is sprake van de Trade and Cooperation agreement tussen het Verenigd Koninkrijk van Groot Brittannië en Noord-Ierland en de Europese Unie. Onderdeel hiervan vormt het Protocol on Social Security Coordination ("SCC"). Blijkens artikel SSC.3 ziet het protocol ook op prestaties bij ziekte. Als er sprake is van planbare zorg, dan geldt artikel SSC.18. Deze bepaling is min of meer gelijklopend aan artikel 20 van Vo. nr. 883/2004, de verordening die van toepassing is binnen de Europese Unie.
Volgens artikel SSC.18 heeft een verzekerde, na vooraf verkregen toestemming van het bevoegde orgaan (de ziektekostenverzekeraar), 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 staat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op diens gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde staat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
De ziektekostenverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat in de situatie van verzoeker geen sprake is van vooraf verkregen toestemming. Op 7 maart 2022 vond een telefoongesprek plaats met de vertegenwoordiger van verzoeker en op 8 maart daaropvolgend werd een aanvraag gedaan, die echter niet compleet was. Om die reden werd op 15 maart 2022 door de ziektekostenverzekeraar gevraagd om toezending van aanvullende informatie. Deze werd pas ontvangen nadat de ingreep was uitgevoerd. Volgens verzoeker werd wél toestemming verleend, en is in ieder geval het vertrouwen gewekt dat dit was gebeurd.
- 8.3. De commissie kan verzoeker niet volgen in zijn stellingen. Uit de overgelegde telefoonnotitie van de gesprekken op 7 maart 2022 valt de verleende toestemming niet op te maken. Door verzoeker is gerefereerd aan andere gesprekken, op 10 en 25 maart alsmede op 4, 14 en 29 april 2022, maar ten aanzien van de inhoud hiervan heeft hij zich niet uitgelaten, zodat als vaststaand moet worden aangenomen dat ook tijdens deze telefoongesprekken geen toestemming - eventueel achteraf - werd verleend door de ziektekostenverzekeraar.
De stelling dat door de ziektekostenverzekeraar het vertrouwen is gewekt dat toestemming werd verleend voor de behandeling kan niet overtuigen. Na het telefoongesprek op 7 maart 2022 was verzoeker duidelijk dat een aanvraag moest worden gedaan, en dat op die aanvraag ook een beslissing zou volgen. Verzoeker heeft op 8 maart 2022 de aanvraag ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 maart 2022 aanvullende informatie opgevraagd. Deze is op 23 maart 2022 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Verzoeker is echter reeds op 16 maart

2022 geopereerd. Niet valt in te zien waarop verzoeker baseert dat het enkel insturen van de gevraagde informatie automatisch zou leiden tot een voor hem positieve beslissing. Uit de notitie blijkt dit niet en verzoeker heeft evenmin aannemelijk gemaakt dat die indruk is gewekt tijdens de latere contacten, hoewel de stelplicht en bewijslast ter zake op hem rusten. Ook anderszins is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft verleend.

Dit alles leidt tot de conclusie dat de op grond van het Protocol on Social Security Coordination vereiste voorafgaande toestemming ontbreekt en dat de in dat kader bestaande regeling voor zorg in een andere staat in de situatie van verzoeker buiten toepassing blijft.

- 8.4. Waar het de dekking van de zorgverzekering betreft, bepaalt artikel 2.7.10 van de desbetreffende verzekeringsvoorwaarden dat aanspraak bestaat op *volledige* vergoeding van de in het buitenland gemaakte zorgkosten in twee situaties, te weten:

- a. als toestemming van de ziektekostenverzekeraar werd ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;
- b. als de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming werd verleend door de ziektekostenverzekeraar.

De commissie merkt in de eerste plaats op dat het hanteren van een eis van voorafgaande toestemming door een zorgverzekeraar is toegestaan, gelet op artikel 14, vijfde lid, Zvw.

Gesteld noch gebleken is dat sprake was van een wachtlijst voor de onderhavige behandeling of dat - indien dit wel het geval zou zijn - de ziektekostenverzekeraar om wachtlijstbemiddeling is verzocht. Hieruit volgt dat de onder a. genoemde situatie zich hier niet voordoet.

Voorts is niet voldaan aan de voorwaarde dat voorafgaande toestemming werd verleend, zoals blijkt uit hetgeen onder 8.3. is overwogen. Of de zorg in Nederland voorhanden is, behoeft daarom geen beschouwing meer. Verzoeker heeft derhalve op basis van de verzekeringsvoorwaarden geen aanspraak op volledige vergoeding van kosten.

- 8.5. Eerder genoemd artikel 2.7.10 van de verzekeringsvoorwaarden bepaalt verder: *"Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder."* Voor medisch specialistische zorg is dit uitgewerkt in artikel 3.11 van de verzekeringsvoorwaarden. Hier staat: *"Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat [de ziektekostenverzekeraar] heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders."*

De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat zorgproductcode 15B060 in deze situatie het meest passend is. Verzoeker heeft een Alles Verzorgd Polis. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat 80% van het gemiddeld door hem gecontracteerde tarief € 3.212,57 bedraagt.

De commissie heeft het Zorginstituut advies gevraagd over de meest passende DBC in de situatie van verzoeker. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 14 november 2022 geconcludeerd dat in deze situatie een andere DBC het meest passend is, te weten die met declaratiecode 15D092. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 februari 2023 toegelicht waarom hij van mening is dat voornoemd voorlopig advies niet correct is. Het Zorginstituut heeft in zijn definitieve advies van 28 maart 2023 geconcludeerd dat de eerder door hem genoemde DBC niet correct was. Het juiste DBC-zorgproduct is 15B060 en deze bevat ook een klinische opname.

De commissie stelt vast dat het in het definitieve advies genoemde DBC-zorgproduct 15B060 dezelfde is dan die eerder door de ziektekostenverzekeraar is genoemd. Verzoeker heeft daarom op grond van de zorgverzekering aanspraak op € 3.212,57.

- 8.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij aanspraak heeft op vergoeding van 75% van de kosten, en dat de ingreep in Nederland € 15.000,- kost. Zijn stelling dat aanspraak bestaat op 75% van de daadwerkelijke kosten strookt echter niet met de tekst van artikel 3.11 van de verzekeringsvoorwaarden, waarin immers staat dat de vergoeding 75% bedraagt van het

gemiddelde tarief dat de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken met de gecontracteerde zorgaanbieders. Voorts heeft hij niet onderbouwd dat bedoeld tarief € 15.000,- bedraagt.

- 8.7. Voor zover de stellingen van verzoeker moeten worden beschouwd als een beroep op het zogenoemde 'hinderpaalcriterium', een criterium dat blijkens een arrest van de Hoge Raad onderdeel vormt van het Nederlandse rechtssysteem, overweegt de commissie als volgt. Uitgangspunt is, gelet op artikel 13 Zvw, dat een zorgverzekeraar - indien het een naturapolis betreft - de hoogte van de vergoeding mag bepalen als gebruik wordt gemaakt van niet door hem gecontracteerde zorg. Die bevoegdheid vindt zijn begrenzing in eerder genoemd 'hinderpaalcriterium'. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar het gemiddeld door hem gecontracteerde tarief als 'uitgangstarief' genomen. Het bij verzoeker in rekening gebrachte bedrag ligt vele malen hoger, maar hieraan kan niet de conclusie worden verbonden dat het 'uitgangstarief' daarmee onjuist is. Kennelijk kan deze behandeling door een gecontracteerde zorgaanbieder binnen of buiten Nederland tegen veel lagere kosten worden uitgevoerd. De vervolgvraag is dan of de toegepaste korting van 25% een 'feitelijke hinderpaal' oplevert. De commissie oordeelt dat dit, gegeven het nominale bedrag van de korting, niet het geval is. Dat dit in de beleving van verzoeker anders kan zijn, omdat de daadwerkelijke kosten veel meer bedragen dan de uiteindelijke vergoeding, maakt dit niet anders.
- 8.8. De conclusie is dan ook dat verzoeker op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak heeft op een vergoeding van € 3.212,57. Deze vergoeding is reeds aan hem verleend. Verzoeker heeft geen aanspraak op een aanvullende vergoeding.
- 8.9. Verzoeker heeft betoogd dat de ziektekostenverzekeraar tot een andere of hogere vergoeding is gehouden, omdat hij de op hem rustende informatieplicht heeft geschonden. Hierbij is door verzoeker verwezen naar een arrest van het Hof Amsterdam (ECLI:NL:HAMS:2007:BB3701). De commissie meent dat de vergelijking met de desbetreffende zaak niet opgaat. Zo ging het volgens het Hof in die zaak om "een actieve verzekerde die zelf uitgaat op informatie" (r.o. 4.5). In de situatie van verzoeker is dit in zoverre anders dat zijn vertegenwoordiger op 7 maart 2022 blijkens de gespreksnotitie heeft gebeld met de vraag: "Wil naar een arts in Engeland voor een operatie. Vergoeden wij deze kosten?" Over de hoogte van die kosten was op dat moment kennelijk bij de vertegenwoordiger niets bekend. Voorts heeft de medewerker van de ziektekostenverzekeraar expliciet gevraagd om een kostenopgave. Daarnaast overweegt het Hof in de aangehaalde zaak dat de wijze waarop het betalingsverkeer is ingericht maakte dat de verzekerde het in rekening gebrachte tarief niet zou vernemen, althans niet zo tijdig dat hij nog maatregelen zou kunnen nemen zodat hij in hoge mate aangewezen was op - en afhankelijk was van - de van de verzekeraar afkomstige informatie (r.o. 4.5). Ook dit doet zich in de situatie van verzoeker niet voor. Hij kon de arts vooraf vragen om een offerte en de betaling verliep via hemzelf. De ten tijde van het ontstaan van het geschil vigerende Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-017 van de NZa verplicht een verzekeraar - daarnaar gevraagd - inzicht te bieden in de kosten voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder (artikel 16). Als de verzekeraar de betreffende dienst of behandeling niet bij de zorgaanbieder heeft gecontracteerd, gaat de verplichting slechts zo ver dat de verzekeraar de consument moet uitleggen dat deze eerst aanvullende informatie bij de zorgaanbieder kan opvragen, zoals het tarief van een behandeling of dienst, en dat de consument daarna met deze informatie terug kan komen bij de verzekeraar om dan alsnog een compleet antwoord te krijgen op de onderdelen, bedoeld in artikel 16, eerste lid. Dit blijkt uit het derde lid en de toelichting hierop. De commissie concludeert dat noch op grond van genoemd arrest noch op basis van de regeling van de NZa kan worden gesproken van schending van de op de ziektekostenverzekeraar rustende informatieplicht. Voor zover de vraag naar de hoogte van de vergoeding al daadwerkelijk werd gesteld in de periode voorafgaand aan de behandeling in London, was voor de beantwoording noodzakelijk dat de ziektekostenverzekeraar inzicht had in de kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 maart 2022 verzocht om toezending van een kostenopgave en behandelplan.

De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens op 16 maart 2022 de factuur van de ingreep ontvangen, en op 23 maart 2022 het operatieverslag. De operatie werd – als gezegd – op 16 maart 2022 uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar had derhalve niet voorafgaand aan de ingreep aan verzoeker kunnen medelen welk bedrag hij zou vergoeden, noch kon hij verzoeker erop wijzen dat een groot deel van de kosten voor zijn rekening zou blijven.

Slotsom

8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 mei 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

- cc) "bijzonder stelsel voor ambtenaren": elk stelsel van sociale zekerheid dat verschilt van het algemeen stelsel van sociale zekerheid dat van toepassing is op werknemers in de betreffende staat en waaraan alle ambtenaren of bepaalde categorieën van ambtenaren rechtstreeks onderworpen zijn;
- dd) "staatloze": de betekenis die daaraan wordt toegekend in artikel 1 van het op 28 september 1954 te New York ondertekende Verdrag betreffende de status van staatlozen;
- ee) "verblijfplaats": de tijdelijke verblijfplaats.

ARTIKEL SSC.2

Personele werkingssfeer

Dit protocol is van toepassing op personen, met inbegrip van staatlozen en vluchtelingen, op wie de wetgeving van een of meer staten van toepassing is of geweest is, alsmede op hun gezinsleden en hun nabestaanden.

ARTIKEL SSC.3

Materiële werkingssfeer

1. Dit protocol is van toepassing op de volgende takken van de sociale zekerheid:
 - a) prestaties bij ziekte;

- b) moederschaps- en daarmee gelijkgestelde vaderschapsuitkeringen;
- c) uitkeringen bij invaliditeit;
- d) uitkeringen bij ouderdom;
- e) uitkeringen aan nabestaanden;
- f) prestaties bij arbeidsongevallen en beroepsziekten;
- g) uitkeringen bij overlijden;
- h) uitkeringen bij werkloosheid;
- i) uitkeringen bij vervroegde uittreding.

2. Tenzij in bijlage SSC-6 anders is bepaald, is dit protocol van toepassing op de algemene en bijzondere stelsels voor sociale zekerheid, al dan niet op premie- of bijdragebetaling berustend, alsmede op de stelsels betreffende de verplichtingen van een werkgever of een reder.

3. Titel III laat de wettelijke voorschriften van een staat met betrekking tot de verplichtingen van reders echter onverlet.

4. Dit protocol is niet van toepassing op:

- a) bijzondere, niet op premie- of bijdragebetaling berustende prestaties die worden vermeld in bijlage SSC -1, deel 1;

- b) sociale en medische bijstand;
- c) prestaties in verband waarmee een staat de aansprakelijkheid voor aan personen toegebrachte schade op zich neemt en voorziet in schadeloosstelling, zoals voor slachtoffers van oorlogshandelingen en militair optreden of de gevolgen daarvan; slachtoffers van criminaliteit, moord of terreurdaden; slachtoffers van schade die hun door overheidsdienaren in functie werd toegebracht; of slachtoffers die om politieke of religieuze redenen of vanwege van hun afstamming nadeel werd berokkend;
- d) prestaties bij langdurige zorg die worden vermeld in bijlage SSC-1, deel 2;
- e) diensten voor begeleide voortplanting;
- f) betalingen die verband houden met een in lid 1 vermelde tak van de sociale zekerheid en die:
 - i) worden betaald om de kosten voor verwarming bij koud weer te dekken; en
 - ii) worden vermeld in bijlage SSC-1, deel 3;
- g) gezinsbijslagen.

ARTIKEL SSC.18

Reizen met het oogmerk verstrekkingen te ontvangen –

Toestemming om een passende behandeling buiten de staat van de woonplaats te ondergaan

1. Tenzij in dit protocol anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere staat 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 staat 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 dat orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij uit hoofde van die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de staat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op diens gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde staat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
3. De leden 1 en 2 zijn *mutatis mutandis* van toepassing op de gezinsleden van een verzekerde.
4. Indien de gezinsleden van een verzekerde in een andere staat wonen dan de staat waar de verzekerde woont, en die andere staat heeft gekozen voor vergoeding op basis van vaste bedragen, worden de kosten van de in lid 2 bedoelde verstrekkingen gedragen door het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden. In dat geval wordt voor de toepassing van lid 1 het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden als het bevoegde orgaan beschouwd.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

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.

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 veertien 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, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;

b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:

1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

3°. verlamde of verslachte 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 gehemeltespelen, 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.

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.

2.7.8 Eigen bijdrage

Als u volgens deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, dan wordt die eigen bijdrage:

- door de zorgaanbieder aan u in rekening gebracht als De Friesland de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder voldoet of;
- in mindering gebracht op de vergoeding als De Friesland de vergoeding aan u betaalt of;
- bij u (verzekeringnemer) geïnd zoals aangegeven in artikel [2.7.7](#) van deze voorwaarden.

2.7.9 Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder

Als een overeenkomst tussen De Friesland en een zorgaanbieder wordt beëindigd en u op het moment van beëindiging zorg van deze zorgaanbieder ontvangt, blijft De Friesland de lopende behandeling vergoeden.

2.7.10 Buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u ook aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Tip

Wilt u in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst bij ons of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag u eventueel zelf dient bij te betalen.

Wonen of verblijven in een verdragsland

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land dan Nederland of in een verdragsland, dan heeft u naar keuze:

- aanspraak op medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening 883/2004 of het desbetreffende verdrag;
- aanspraak op zorg in natura door een zorgaanbieder die door De Friesland in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd of die een samenwerkingsverband heeft met een ziekenhuis in het buitenland waarmee De Friesland een contract heeft. De specialist van het gecontracteerde ziekenhuis blijft uw hoofdbehandelaar, maar laat een diagnostisch deel van de behandeling uitvoeren bij een andere zorginstelling.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of verdragsland woont en tijdelijk woont of verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Tip

Uw zorgpas is tevens een European Health Insurance Card (EHIC). Deze is geldig in de EER-landen (Europese Unie, Noorwegen, IJsland en Liechtenstein), Zwitserland en Australië, voor medisch noodzakelijke zorg. Wij adviseren u van deze EHIC gebruik te maken als u in een van deze landen verblijft en zorg nodig heeft. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Buitenlandse behandelaars, zoals artsen en specialisten, weten dan dat hun rekening door De Friesland wordt betaald. Sommige behandelaars accepteren de pas nog niet. U moet dan zelf de rekening voorschieten. Later kunt u de rekening indienen bij De Friesland. Met de kaart heeft u geen recht om naar het buitenland te reizen met als doel een medische behandeling te krijgen. Gaat u naar Australië, dan moet u zich direct bij aankomst met de EHIC melden bij een medicare kantoor. U krijgt dan een medicare card, waarmee u kosteloos geneeskundige hulp in Australië krijgt.

Wonen of verblijven in een niet-verdragsland

Woont of verblijft u in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling. De vergoeding bedraagt maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Vergoeding als zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is

U heeft recht op volledige vergoeding van de kosten:

- a. als u toestemming van De Friesland heeft ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;
- b. als de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.

Alarmservice

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig heeft die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmcentrale door Eurocross. Deze coördineert de zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (212 02 12). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 212 02 12.

Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals gepubliceerd door de Europese Centrale Bank. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

2.7.11 Dekkingsperiode

U heeft recht op (vergoeding van) de verzekerde zorg, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van levering, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als het gaat om een nota van een DBC (diagnose behandeling combinatie) waarmee een begin is gemaakt voor de einddatum van de verzekering, worden de kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing was. Als de nota betrekking heeft op een DBC waarmee is begonnen voor de datum van ingang van de verzekering, worden de kosten hiervan niet vergoed.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.11 Medisch specialistische zorg algemeen

In de volgende artikelen van dit hoofdstuk zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt:

- artikel [3.1](#): audiologische zorg;
- artikel [3.2](#): bariatrische chirurgie (bij obesitas);
- artikel [3.3](#): beademing;
- artikel [3.4](#): dialyse;
- artikel [3.5](#): erfelijkheidsonderzoek;
- artikel [3](#): psychiatrische ziekenhuisopname (GGZ);
- artikel [3.10](#): IVF/ICSI;
- artikel [3.13](#): oncologieonderzoek bij kinderen;
- artikel [3.15](#): plastische chirurgie;
- artikel [3.16](#): revalidatie;
- artikel [3.17](#): transplantaties van weefsels en organen;
- artikel [3.18](#): trombosezorg;
- artikel [3.19](#): verblijf;
- artikel [3.20.2](#): bevalling en verloskundige zorg.

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Let op!

Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
- e. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum.

Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI) toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort.

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, arts-assistent, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste tien dagen na de bevalling), kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), klinisch fysicus audioloog (alleen voor KNO-arts), klinisch technoloog, optometrist (bij oogzorg), orthoptist (bij oogzorg), SEH-arts, GGD-arts (bij TBC of SOA), verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor een second opinion door een medisch specialist heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht op mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

- a. U heeft een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening. U heeft daarnaast ook recht op het aanbrengen van implantaten als u een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak heeft. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
- b. U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.
- c. U moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.