

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, operatie wervelkolom, gewekt
vertrouwen
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, artt. 20 Vo. nr.
883/2004
Zaaknummer : 202201155
Zittingsdatum : 5 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 4 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 oktober 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 11 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 november 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 13 december 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022046341) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierbij is de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. De commissie heeft besloten dit advies op te volgen. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 19 december 2022 aan partijen gestuurd. Hierbij heeft de commissie verzoeker verzocht aanvullende informatie aan te leveren over de voorgenomen behandeling, alsmede duidelijkheid te verschaffen op basis van welke richtlijn of literatuur de behandeld arts de ingreep wil uitvoeren. Bij e-mailbericht van 24 januari 2023 heeft verzoeker nadere stukken aan de commissie gezonden. Een kopie van dit e-mailbericht is op 27 januari 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hem de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Daarnaast heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht te beoordelen of in de onderhavige situatie gesproken kan worden van verzekerde zorg. Bij brief van 7 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is op 13 februari 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 13 februari 2023 heeft de commissie kopieën van het e-mailbericht van verzoeker van 24 januari 2023 en van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 februari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd, met de vraag of deze informatie voldoende is om een inhoudelijk advies te geven. Bij brief van 22 februari 2023 heeft het Zorginstituut een aanvullend advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 1 maart 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 22 februari 2023 aanpassing

behoeft. Bij brief van 13 april 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Standaard Utrechtse Heuvelrug (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft in zijn jeugd de diagnose scoliose gekregen. Na een verkeersongeval in Ghana is verzoeker in 2003 aan zijn wervelkolom geopereerd. Tijdens deze operatie is de wervelkolom tussen T4 en L3 grotendeels vastgezet. Ook na deze operatie zijn de (pijn)klachten gebleven en de laatste jaren zijn deze zelfs in ernst toegekomen. Door de behandelend artsen in Nederland wordt opnieuw opereren afgeraden. Verzoeker heeft de SRH Kliniek in Karlsbad (Duitsland) bereid gevonden een second opinion uit te voeren om uit deze impasse te geraken. Op 16 september 2021 heeft deze second opinion plaatsgevonden.
- 3.3. Bij brief van 7 oktober 2021 heeft de SRH Kliniek verzoeker de resultaten van het onderzoek aldaar meegedeeld. Voorts heeft de kliniek verzoeker geadviseerd een operatie aan de wervelkolom te laten uitvoeren. Op 7 februari 2022 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de door de SRH kliniek voorgestelde operatie te vergoeden. Bij brieven van 10 februari 2022, 10 maart 2022 en 4 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker gevraagd aanvullende informatie toe te sturen. Verzoeker heeft hierop informatie overgelegd. Naar aanleiding van de laatste toegestuurde informatie heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 22 april 2022 meegedeeld de door de kliniek voorgestelde operatie niet te vergoeden.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 13 december 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 22 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een aanvullend advies gestuurd.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door de SRH kliniek voorgestelde operatie aan de wervelkolom in Duitsland moet vergoeden.
- 4.2. Verzoeker voert in dit verband aan dat hij, als gevolg van scoliose, veel last heeft van (pijn)klachten. De ene arts stelt voor om operatief in te grijpen, terwijl de andere dit juist afraadt. Uiteindelijk heeft verzoeker de SRH Kliniek in Karlsbad bereid gevonden te onderzoeken of een operatie een oplossing is voor de aanwezige (pijn)klachten. Voorafgaand aan het eerste bezoek heeft verzoeker contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hem werd verteld dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de second opinion zou vergoeden. Toen de SRH Kliniek vervolgens voorstelde om operatief in te grijpen, ging verzoeker ervan uit dat deze operatie ook door de ziektekostenverzekeraar werd vergoed. Toen hij hiervoor bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag indiende werd hem echter meegedeeld dat de ingreep niet zou worden vergoed. Verzoeker kan zich met dit besluit niet verenigen. Niet in de laatste plaats omdat een operatie ervoor zorgt dat de toestand van de wervelkolom niet verder achteruit gaat.

Hij hoopt dat de pijnklachten hierdoor minder worden, althans niet verder toenemen. Verzoeker voert voorts aan dat hij in de periode tussen de uitkomst van de second opinion en het indienen van de aanvraag ongeveer vijf keer telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze gesprekken heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gebracht van het mogelijk ondergaan van een operatie aan de wervelkolom. In al deze gesprekken is door de ziektekostenverzekeraar nooit het voorbehoud gemaakt dat een eventuele operatie niet zou worden vergoed.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn eerdere standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat zijn situatie zeer uitzonderlijk is. Zijn situatie is dermate extreem dat er nauwelijks onderzoek kan worden gedaan naar de effectiviteit van de operatie zoals deze is voorgesteld. Verzoeker ziet geen andere mogelijkheid dan operatief ingrijpen om verdere degeneratie af te stoppen.
- 4.4. 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 in de richtlijn 'Geïstrumenteerde wervelkolomchirurgie' van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) is opgenomen dat patiënten met degeneratieve scoliose vaak aanzienlijke co-morbiditeit hebben, wat de kans op complicaties kan vergroten. De eerste opties van behandeling zijn hierbij conservatief van aard, maar bij persisterende klachten en/of neurologische symptomen lijkt geïstrumenteerde spinaalchirurgie een goede optie. In de richtlijn is echter ook opgenomen dat het nog niet voldoende is onderzocht of opereren tot minder pijn en een betere functionele uitkomst zal leiden. Dit betekent dat het bewijs (evidence) nog onvoldoende op niveau is. Om pijn te verlichten voldoet de aangevraagde behandeling, te weten geïstrumenteerde wervelkolomchirurgie bij patiënten met degeneratieve scoliose, (nog) niet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.
- 5.2. Voor zover verzoeker stelt dat bij hem bepaalde verwachtingen zijn gewekt, geldt dat de gegeven toestemming voor een second opinion nog niet betekent dat ook de operatie wordt vergoed. Van belang is hierbij dat verzekerden voor medisch-specialistische zorg, mits zij in het bezit zijn van een geldige verwijzing, vrij zijn zich te wenden tot een andere medisch specialist voor het uitvoeren van een second opinion. Hiervoor is dus geen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist. Verzoeker stelt dat hij nog verschillende keren telefonisch contact heeft gehad. Van een door de ziektekostenverzekeraar gedane toezegging bij die contacten is echter niet gebleken. Verder dient te worden opgemerkt dat met een second opinion eigenlijk is bedoeld dat daarna de behandeling bij de oorspronkelijke arts wordt voortgezet. Daarnaast geldt voor een behandeling in het buitenland, anders dan voor een second opinion, wel een toestemmingsvereiste.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 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 13 december 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Op basis van de beschikbare informatie kan het Zorginstituut niet beoordelen of de voorgestelde operatie van de rug zorg is 'zoals medisch specialisten die plegen te bieden' en voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. De door verweerder aangehaalde Nederlandse richtlijn met bijbehorende literatuur betreft een primaire spondylodese bij een degeneratieve kyfoscoliose.

Er is geen Nederlandse richtlijn met betrekking tot de voorgestelde behandeling na een eerdere spondylodese: een complete osteotomie in het apexbereik en een apicale vertebrectomie.

Om te kunnen beoordelen of de operatie onderdeel uitmaakt van het basispakket heeft het Zorginstituut nadere informatie van de behandelaar nodig over de beoogde operatie. Het is onduidelijk op basis van welke richtlijn of literatuur de behandelaar de operatie wil verrichten.

Vervolgens dient verweerder op basis van deze informatie te beoordelen of sprake is van verzekerde zorg, alvorens het Zorginstituut een advies uitbrengt.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 6.2. In het aanvullend advies van 22 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Het Zorginstituut adviseerde in het advies d.d. 13 december 2022 nader onderzoek te verrichten omdat onduidelijk was op basis van welke richtlijn of literatuur de behandelaar de operatie wil verrichten. Naar aanleiding van dit advies heeft de Duitse behandelaar een patiënten verslag nagezonden. Dit document was echter al aanwezig in het dossier, en bevat geen nieuwe informatie.

Om te kunnen beoordelen of de voorgestelde operatie van de rug zorg is 'zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' en voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' moet duidelijk zijn welke behandeling het precies betreft. De door verweerder aangehaalde Nederlandse richtlijn met bijbehorende literatuur betreft een primairespondylodese bij een degeneratieve kyfoscoliose. Er is geen Nederlandse richtlijn met betrekking tot de voorgestelde behandeling na een eerdere spondylodese: een complete osteotomie in het apexbereik en een apicale vertebrectomie. Omdat de behandelaar geen nieuwe informatie heeft aangeleverd is nog steeds onduidelijk op basis van welke richtlijn of literatuur de behandelaar de operatie wil verrichten. Derhalve is ook nog steeds onduidelijk wat de behandeling precies inhoudt en kan het Zorginstituut niet beoordelen of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet beoordeeld worden of de operatie aan de wervelkolom, uit te voeren in Duitsland, zorg is 'zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' en voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Het advies

Het Zorginstituut kan geen advies uitbrengen omdat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet beoordeeld kan worden of de operatie aan de wervelkolom onderdeel uitmaakt van het basispakket."

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 14 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 en de stand van de wetenschap en praktijk zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook is hierin het relevante artikel uit Vo. nr. 883/2004 opgenomen. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Verzoeker wil een operatie aan de wervelkolom laten uitvoeren in een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland. Om die reden is sprake van planbare zorg en op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Volgens dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens het sociale verzekeringsstelsel van de betreffende EU-lidstaat, op voorwaarde dat (i) de verzekerde voorafgaand aan de ingreep de zorgverzekeraar om toestemming vraagt, (ii) de zorg behoort tot het verzekerde pakket in Nederland, én (iii) de zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd en deze heeft verzoeker meegedeeld dat geen sprake is van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.
- 8.3. Het is in de eerste plaats aan verzoeker, als partij die aanspraak maakt op verzekeringsdekking, om zodanige informatie aan te leveren dat op grond hiervan kan worden beoordeeld of de voorgenomen behandeling in Duitsland behoort tot het verzekerde pakket. Een en ander volgt uit artikel 12 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Bij de beoordeling of een behandeling deel uitmaakt van het verzekerde pakket is enerzijds van belang dat deze behandeling behoort tot de 'zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' en anderzijds dat de behandeling voldoet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'. De ziektekostenverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de voorgenomen behandeling niet voldoet aan laatstgenoemd criterium. Hij heeft dit standpunt gebaseerd op het gegeven dat sinds 2014 geen RCT's zijn verschenen waarin de vergelijking wordt gemaakt tussen conservatief behandelen en operatief ingrijpen. Daarnaast verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de Richtlijn geïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie van de Nederlandse vereniging van Neurochirurgie uit 2018. Hieruit blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar niet dat (her)operatie van de degeneratieve kyfoscoliose minder pijn en een betere uitkomst geeft. Het Zorginstituut heeft de overgelegde stukken beoordeeld en komt in zijn advies van 22 februari 2023 tot de conclusie dat de verwijzing naar de Nederlandse Richtlijn door de ziektekostenverzekeraar niet juist is. Dit omdat de richtlijn uitgaat van een *primaire* spondylodese en hierin geen uitspraken worden gedaan over operatief ingrijpen na een eerdere spondylodese. Gelet op de bevindingen van het Zorginstituut is het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt aan de hand van de aangehaalde richtlijn en literatuur niet houdbaar.
- 8.4. Het Zorginstituut concludeert vervolgens op basis van de door verzoeker overlegde stukken dat niet kan worden beoordeeld of de operatie aan de wervelkolom, uit te voeren in Duitsland, zorg is 'zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' en voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Aangezien verzoeker na het uitbrengen van het aanvullend advies van het Zorginstituut geen nadere stukken heeft overgelegd waaruit valt af te leiden dat de operatie aan de wervelkolom wel aan bedoelde criteria voldoet, sluit de commissie zich aan bij de conclusie van het Zorginstituut. Dit betekent dat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat de voorgenomen behandeling in Duitsland een verzekerde prestatie is in het kader van de zorgverzekering. Het stond de ziektekostenverzekeraar dan ook vrij de ingediende aanvraag af te wijzen. De stelling van verzoeker dat zijn medische situatie bijzonder is maakt het voorgaande niet anders. Dit omdat enkel beoordeeld dient te worden of, ongeacht iemand medische situatie, de aangevraagde zorg voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

Omdat deze vraag ontkennend wordt beantwoord werd tevens de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht geweigerd.

- 8.5. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar tijdens de diverse contacten bepaalde, rechtens te honoreren verwachtingen heeft gewekt, geldt dat hij dit standpunt niet nader heeft onderbouwd met feiten. Ten aanzien van de second opinion heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hiervoor, anders dan voor een behandeling in het buitenland, geen voorafgaande toestemming hoeft te worden gevraagd. Tevens heeft de verzekeraar gesteld dat - gelet op het doel van een second opinion, te weten dat met de bevindingen van de tweede arts wordt teruggekeerd naar de oorspronkelijke behandelaar - niet kan worden geconcludeerd tot het bestaan van een impliciet gegeven toestemming voor de behandeling. De commissie onderschrijft dit en kan verzoeker dan ook niet volgen in zijn stelling dat de ziektekostenverzekeraar in de contacten een voorbehoud had moeten maken met betrekking tot de operatie. Verzoeker ging immers naar de kliniek voor een second opinion, niet voor verdere behandeling.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 april 2023,

L. Ritzema

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

ARTIKEL 12 UW VERPLICHTINGEN

LID 1 ALGEMENE VERPLICHTINGEN

U bent verplicht om:

- a. u te legitimeren als u zorg inroept bij een zorgaanbieder. Legitimeren kan door middel van een geldig rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart;
- b. aan de behandelend arts of medisch specialist te vragen om de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als hij hierom vraagt;
- c. ons te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste informatie om de zorgverzekering goed te kunnen uitvoeren en ons naar waarheid te informeren. We houden ons hierbij aan wat hierover in de privacy-regelgeving is geregeld;
- d. eventuele aanvang en beëindiging van detentie binnen een maand aan ons te melden;
- e. de verzekeringspas niet meer te gebruiken na beëindiging van de zorgverzekering;
- f. bij beëindiging van de zorgverzekering de naam van de nieuwe zorgverzekeraar aan ons te melden, zodat wij de zorgverzekering correct kunnen afwikkelen.

LID 2 VERPLICHTINGEN ROND DECLARATIE ZORGKOSTEN

Wanneer de zorgaanbieder de kosten niet rechtstreeks bij ons indient maar u een nota stuurt, moet u die originele nota tijdig, bij voorkeur binnen 12 maanden na afloop van het jaar waarin de behandeling plaatsvond (en uiterlijk binnen 36 maanden nadat de zorg is verleend), aan ons opsturen. Hierbij is de behandeldatum of de datum van de levering van de zorg bepalend.

Wanneer u kosten bij ons declareert geeft u per nota aan, aan wie (welke verzekerde) de zorg is geleverd en wie de zorgaanbieder is. Na ontvangst van uw nota gaan wij na op welk bedrag u volgens uw zorgverzekering recht heeft. Wij betalen u dat bedrag, waarbij een eventuele eigen bijdrage of eigen risico in mindering kan worden gebracht.

Indien u een nota van een zorgaanbieder zelf heeft betaald, kunnen wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs. Dit geldt ook wanneer u de nota van de zorgaanbieder contant heeft betaald. Daarnaast kunnen wij u ook vragen om ons de originele nota toe te sturen wanneer u uw nota digitaal bij ons heeft ingediend. Bewaar betaalbewijzen en originele nota's daarom minimaal twee jaar nadat u uw nota bij ons heeft ingediend. Als wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs of de originele nota en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie (alsnog) af en krijgt u hierover bericht.

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het voorkomen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat raden wij u aan om u vooraf goed te laten informeren over de vergoeding.

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. (...)*”

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.

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 2022.

LID 2 ALTERNATIEVE INGANGSDATUM

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan 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 onze website. 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 18 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 1 ALGEMEEN

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

- a. medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch);
- b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

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 (artikel 37 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 41 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 ZOR GKOSTEN

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

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis of ZBC (instellingen 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.