

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401291

Partijen

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

en

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 11 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 27 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 februari 2025 aan verzoekster gestuurd. Bij e-mailbericht van 10 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvulling gegeven op het nader commentaar. Een kopie van dit e-mailbericht is op 12 maart 2025 aan verzoekster gezonden. Bij e-mailbericht van 24 maart 2025 zond de ziektekostenverzekeraar een aanvullende reactie, die in kopie aan verzoekster is gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 mei 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na de hoorzitting heeft verzoekster op 23 en 27 mei 2025 aanvullende informatie gestuurd. Deze informatie is op dezelfde dagen aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met een termijn van drie weken om op deze stukken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 juni 2025 op de nagekomen stukken gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 13 juni 2025 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 2.2. Verzoekster heeft tijdens een verblijf in Boedapest, Hongarije, een rugoperatie en aansluitende fysiotherapie ondergaan. De kosten hiervan heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. Via de 'Mijn Univé'-omgeving heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de door haar in Hongarije ondergane operatie en fysiotherapie niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door haar in Hongarije gemaakte kosten voor de rugoperatie en aansluitende fysiotherapie alsnog te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe bij ongedateerde brief, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, aangevoerd dat zij in 2021 in Nederland is geopereerd in verband met een wervelkolom-stenose. Deze ingreep, die slechts 20 minuten duurde, zorgde een (zeer) korte periode voor enige verlichting van de klachten. Al na een paar maanden kwamen de klachten in verhevigde mate terug. Na overleg met de huisarts bleek verzoekster te kunnen worden behandeld door een neurochirurg in Genk (België), waar zij op redelijk korte termijn terecht kon. Verzoekster koos voor deze kliniek omdat de ziektekostenverzekeraar hiermee een contract heeft. De afspraak was gepland op 29 juni 2023. Op 1 juni 2023 vertrok verzoekster voor een kort verblijf naar Hongarije. Daar aangekomen verergerden de rugklachten zodanig dat zij tweemaal naar de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) werd vervoerd. De pijn was ondraaglijk geworden. Bij de SEH werd verzoekster verteld dat zij zich met spoed moest melden bij een beschikbare neuroloog. Daar werd een MRI-scan gemaakt en was de conclusie dat verzoekster zo spoedig mogelijk moest worden geopereerd.
- 3.3. De neurochirurg kon haar opereren op 30 juni 2023. Wel vormde een voorwaarde dat de rekening van tevoren diende te worden betaald. Omdat vervoer terug naar Nederland volgens de neurochirurg niet op een verantwoorde manier mogelijk was, ging verzoekster akkoord met de operatie. Half juni 2023 heeft haar echtgenoot hierover telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hem werd verteld dat een aanvraag moest worden ingediend, en dat vergoeding zeker zes weken of langer op zich zou kunnen laten wachten. Er is niet verteld dat de Alarmcentrale had moeten worden gebeld. De ziektekostenverzekeraar verwijt verzoekster nu dat zij dit niet heeft gedaan. Aangezien verzoekster en haar echtgenoot in paniek waren omdat zij het ziekenhuis een bedrag moesten betalen waarover zij niet zomaar de beschikking hebben, verzoekster bang was blijvend verlamd te raken, en zij ondraaglijke pijn had, is de betaling door haar zoon vanuit Nederland gedaan. De operatie is vervolgens naar volle tevredenheid uitgevoerd en is achteraf gezien voordeliger dan wanneer deze in Nederland had plaatsgevonden. De week vóór de operatie was verzoekster niet in staat zelfstandig te functioneren, lag zij op bed, en was zij afhankelijk van zorg. De pijn was enkel te verdragen met zeer zware pijnstillers. Na de operatie en revalidatie met fysiotherapie kan zij weer volledig zelfstandig functioneren, kan zij haar dagelijkse werkzaamheden uitvoeren en sporten. De operatie duurde totaal zes uur, waarvan één uur is besteed aan het herstellen van de schade die tijdens de eerdere ingreep in Nederland was aangericht. De reeds geplande afspraak in Genk is vanwege de ingreep in Hongarije geannuleerd.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat zij sinds een tijd “rugpatiënt” is, en dat zij een eerdere behandeling heeft gehad in Rotterdam. Zij kon met haar klachten prima leven, zij kon sporten en haar dingen doen. Zij was uitgenodigd voor een klassenreünie en is daarvoor naar Hongarije gereisd, met het idee de bijeenkomst bij te wonen en weer terug te gaan. In Hongarije aangekomen zijn de klachten echter zodanig verergerd dat zij haar benen niet meer kon bewegen en zij verging van de pijn. Bij het plaatselijke ziekenhuis vertelde men haar dat zij zo spoedig mogelijk moest worden geopereerd. Verzoekster had al een vóór haar vertrek naar Hongarije gemaakte afspraak staan voor een gesprek bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde kliniek in Genk, België. Zij wilde daarheen, maar de Hongaarse arts vertelde haar dat bij onverwachte bewegingen de kans op verlamming groot was. Haar werd afgeraden te reizen en er werd geadviseerd in bed te gaan liggen en niets te doen. Een operatie wilde verzoekster zo lang mogelijk uitstellen. Er is kennelijk aan de ziektekostenverzekeraar gecommuniceerd dat het zou gaan om een operatie in Genk. Na de intake zou dit wel het geval kunnen zijn geweest, maar een operatie was nog niet gepland.
- Terugkerend naar de situatie in Hongarije merkt verzoekster op dat een bijkomende complicatie voor een operatie was dat zij een stent heeft in haar hart en bloedverdunners gebruikt, waardoor grote kans bestond op blijvend letsel. De ingreep kon maar door één arts worden gedaan, een zeer gespecialiseerde arts op dat gebied, die op dat moment in het buitenland was. De echtgenoot van verzoekster heeft toen in paniek gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft gezegd dat zijn vrouw in Hongarije was en dat zij haar benen niet meer kon bewegen. Ook heeft hij verteld dat haar door de arts ter plaatse werd afgeraden om terug te gaan naar Nederland en dat zij in Hongarije moest worden geopereerd. Daarvoor moest zij € 15.000,-- betalen. Dat bedrag hadden zij niet. Verzoekster wilde graag terug naar Nederland, maar dat was geen optie. Door de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar werd gezegd dat het ging om geplande zorg en dat deze moest worden aangevraagd. Een beslissing op de aanvraag kon volgens de medewerkster zes weken of langer duren. Omdat verzoekster ter voorbereiding op de ingreep tijdelijk van de bloedverdunners af was, moest er wel snel iets gebeuren. De medewerkster herhaalde toen dat het minimaal zes weken zou duren, achteraf zou er niet worden vergoed. De echtgenoot van verzoekster heeft toen herhaald dat zijn vrouw niets kon, en dat de operatie nu moest gebeuren en dat de kosten dan maar moesten worden voorgesloten.
- 3.5. Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij na het eerste bezoek aan de SEH met zware pijnstillers naar huis is gestuurd. De tweede keer is er een verslag gemaakt, en dat is ook opgestuurd. De SEH werd bezocht in de provinciestad waar verzoekster en haar echtgenoot op dat moment verbleven. Toen is er ook gezegd dat zij naar de arts in Boedapest moest en dat zij plat moest blijven liggen. Vanuit Boedapest is er gebeld naar de ziektekostenverzekeraar en toen werd door de medewerkster gezegd dat het zou gaan om geplande zorg. Verzoekster wilde wel terug naar Nederland, maar dit was geen optie. De operatie in Hongarije was goedkoper dan in Nederland. Het enige dat is misgegaan is dat verzoekster of haar echtgenoot de alarmcentrale had moeten bellen. Daar is niet op gewezen door de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. Er is alleen een heel onplezierig gesprek geweest, waarbij is gezegd dat het al te laat was om de aanvraag nog in te dienen. Als het spoedeisend was geweest had verzoekster wel op de operatietafel gelegen, aldus de medewerkster aan de telefoon. Het gaat hier alleen om een procedurefout. Er is niet naar de alarmcentrale gebeld, en dat is fout gegaan. Toen er naar de ziektekostenverzekeraar werd gebeld, had er ook doorverbonden kunnen worden naar de alarmcentrale. Verzoekster vindt het opmerkelijk dat er nu pas fysiotherapie wordt vergoed. Alles duidt erop dat een procedurefout is gemaakt en het dossier daarom aan de kant is geschoven.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de in Hongarije uitgevoerde operatie en aansluitende fysiotherapie. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 10 april 2024 aangevoerd dat bij geplande zorg in het buitenland

vooraf zijn toestemming moet worden gevraagd. Een en ander is geregeld in artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoekster heeft geen voorafgaande toestemming gevraagd, zodat zij geen vergoeding heeft ontvangen. Achteraf kan niet meer worden beoordeeld of verzoekster recht zou hebben gehad op vergoeding. Op 14 juni 2023 heeft de echtgenoot van verzoekster telefonisch contact opgenomen met de klantenservice. Van dit gesprek is de volgende notitie gemaakt:

"Wat krijg ik vergoed voor niet-spoedeisende zorg in het buitenland? Mevrouw is op dit moment in Hongarije. Zij gaat daar over 2 weken geopereerd worden. Neurologie. Meneer belt omdat hij een machtiging wil in gaan vullen. Vraag meneer of dit ook achteraf kan gebeuren. Heb (...) achteraf gezegd dat dit niet mogelijk is omdat vooraf toestemming gegeven moet worden. Mevrouw gaat operatie gewoon in. Meneer gaat wel proberen alles in een aanvraag toe te sturen. Gaat ondanks alles toch declareren. Hierop heb ik aangegeven dat het allemaal hangt aan de toestemming en als deze niet wordt goedgekeurd dit ook niet vergoed gaat worden ook niet achteraf."

De ziektekostenverzekeraar is op basis van de gemaakte notitie van mening dat de echtgenoot van verzoekster correct is geïnformeerd over de procedure rondom het aanvragen van toestemming. Het gesprek vond plaats op 14 juni 2023 en de operatie op 30 juni 2023. Dit maakt dat de ingreep planbaar was. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor echter geen aanvraag ontvangen.

- 4.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 17 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat hij nergens in de medische informatie terugleest dat verzoekster tweemaal werd opgenomen op de SEH. Ook wordt niet onderbouwd dat zij niet in staat was terug naar Nederland te reizen, of dat er spoed was bij de ingreep. Op 6 juni 2023 is een MRI-scan uitgevoerd, en op 30 juni 2023 vond de ingreep plaats. In de brief van de huisarts staat dat verzoekster is verwezen naar een ziekenhuis in België. De operatie-indicatie en toestemming vanuit de ziektekostenverzekeraar hiervoor blijken niet uit de overgelegde informatie. Ook blijkt niet van een voorafgaande verwijzing naar het ziekenhuis in Hongarije. Verder schrijft verzoekster dat zij kortdurend zou verblijven in Hongarije. Van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf als bedoeld in artikel 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004 was daarom geen sprake.
- 4.3. Bij brief van 27 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoekster al geruime tijd bekend is met rugklachten en in verband hiermee in 2021 is geopereerd. In het dossier bevindt zich geen verwijzing van de huisarts naar een neurochirurg in België. Ook is niet gebleken welke afspraak zij precies heeft gemaakt en in welke kliniek. Daarnaast is geen aanvraag ingediend noch goedkeuring verleend voor de geplande afspraak in België. Volgens verzoekster verergerden haar klachten zodanig dat zij tweemaal naar de SEH is gebracht. Hiervan bevinden zich geen stukken in het dossier. Wel blijkt hieruit dat een MRI-scan is gemaakt. Volgens verzoekster is daarna geconcludeerd dat zij zo spoedig mogelijk moest worden geopereerd. Op 14 juni 2023 heeft met de echtgenoot van verzoekster telefonisch contact plaatsgevonden, waarbij is gezegd dat vooraf een machtiging moest worden aangevraagd en dat dit achteraf niet meer mogelijk zou zijn. Dit is niet gebeurd. Volgens verzoekster heeft de behandelend neurochirurg verklaard dat zij niet op een verantwoorde manier terug kon naar Nederland, zodat zij akkoord is gegaan met de operatie. Na de operatie moest zij revalideren en heeft zij fysiotherapie ondergaan. De ziektekostenverzekeraar mist een onderbouwing van het verloop dat verzoekster schetst. Het is voor de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar niet verklaarbaar dat het onverantwoord was om te wachten met de behandeling tot na terugkeer in Nederland, zoals verzoekster stelt. Gelet op de datum van de operatie (30 juni 2023) en de initieel geplande afspraak in België (29 juni 2023) heeft verzoekster de operatie niet ondergaan vóór het einde van het geplande verblijf. De ziektekostenverzekeraar is evenwel bereid verzoekster het voordeel van de twijfel te geven, gelet op haar verhaal en de

bevestiging van de huisarts van 27 december 2023. Op grond van artikel 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van het land van verblijf. Omdat de European Health Insurance Card (EHIC) door verzoekster niet is getoond, dan wel niet is geaccepteerd door de zorgverlener, zal de ziektekostenverzekeraar conform artikel 25, vijfde lid, van Verordening (EG) nr. 987/2009 een tarifieringsverzoek indienen in Hongarije. Als hieruit een vergoeding volgt, zal deze aan verzoekster worden verleend. Indien dit niet het geval is, bepaalt het zevende lid van genoemd artikel dat de wetgeving van in dit geval Nederland van toepassing is. In dat verband blijft de ziektekostenverzekeraar bij het standpunt dat geen sprake was van spoedeisende zorg, zodat op grond van de artikelen 9.3 en 16 van de zorgverzekering een voorafgaande verwijzing nodig was. Dat dit geen formaliteit is volgt uit artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet. Een verwijzing is niet aanwezig in het dossier. Omdat verzoekster één of meerdere overnachtingen heeft gehad, had zij daarnaast op grond van artikel 9.3 van de zorgverzekering voorafgaande toestemming moeten vragen. Haar echtgenoot is hiervan telefonisch op de hoogte gebracht, maar er is vervolgens geen voorafgaande toestemming gevraagd. De nota's fysiotherapie werden in eerste instantie afgewezen omdat deze niet in de juiste taal waren opgesteld. Nota's moeten namelijk zijn opgesteld in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Gelet op de hoogte van deze zorgkosten en het feit dat de nota's relatief eenvoudig zijn te herleiden, zijn deze alsnog in behandeling genomen en vergoed.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat een verzekerde op grond van de verordening recht heeft op medisch noodzakelijke zorg op grond van de regels van de lidstaat van verblijf. Ondanks dat uit de medische verslagen niet blijkt van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf, is getarifeerd. Op 28 april 2025 is de uitkomst van het tarifieringsverzoek bekend geworden. Het gaat niet om medische zorg op grond van de verordening. Omdat het gaat om een opname met één overnachting zijn op basis van de polisvoorwaarden een voorafgaande verwijzing en toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. Er is geen voorafgaande verwijzing. De verwijzing door de huisarts is opgevraagd, maar deze is nooit ontvangen. In het telefoongesprek van 14 juni 2023 wordt duidelijk gemaakt dat het gaat om een geplande operatie waarvoor vooraf toestemming nodig is. Verzoekster had tot de geplande operatiedatum voldoende tijd om toestemming te vragen. De ziektekostenverzekeraar kan zich niet voorstellen dat is gezegd dat pas na zes weken of meer wordt beslist op een aanvraag. Dit staat ook niet in het telefoonscript. Er wordt geprobeerd aanvragen binnen twee weken af te handelen, en indien er spoed is nog sneller. De opnames van telefoongesprekken worden binnen 28 dagen verwijderd in verband met privacy en zijn uitsluitend bedoeld voor trainingsdoeleinden. De kosten worden niet vergoed omdat niet vaststaat dat direct medisch noodzakelijke zorg is gegeven. Het verslag van de SEH heeft de medisch adviseur gelezen als een consult naar aanleiding van de MRI. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de situatie en is blij dat de operatie is geslaagd, maar vergoeding is terecht geweigerd. De fysiotherapie was eerder afgewezen omdat de nota's niet in de juiste taal waren opgemaakt. Naar aanleiding van een vraag daarnaar is hierop nadien een uitzondering gemaakt.
- 4.5. Bij brief van 12 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de medisch adviseur de na de zitting door verzoekster ingebrachte stukken heeft bestudeerd, en tot de conclusie is gekomen dat deze geen nieuwe inzichten geven. Gelet op het verslag van 12 juni 2023 komt niet naar voren dat er sprake was van een spoedeisende situatie. Daarnaast is op 3 juni 2023, na aankomst in Hongarije, de pijn geduid als overbelasting bij een degeneratieve aandoening van de wervels. Vervolgens werd een onderzoek aanbevolen. Op 6 juni 2023 is een MRI gemaakt. Op 12 juni 2023 heeft een consult bij de neurologische afdeling plaatsgevonden. Vervolgens is verzoekster 18 dagen later geopereerd. Gelet op het voorgaande is het volgens de medisch adviseur onnavolgbaar dat verzoekster met spoed moest worden geopereerd. Uit de stukken blijkt ook niet dat zij niet redelijkerwijs kon wachten tot zij was teruggekeerd in Nederland. De ziektekostenverzekeraar heeft de stukken ook toegevoegd aan het eerdere

tarifieringsverzoek, om te laten beoordelen of er wellicht sprake was van medisch noodzakelijke zorg. Hierop is nog geen reactie van het Hongaarse uitvoeringsorgaan ontvangen.

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg, alsmede de artikelen 19 en 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie merkt allereerst op dat de kosten van de aansluitende fysiotherapie intussen door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster zijn vergoed, zodat hierover niet langer een geschil bestaat. Hetgeen partijen nog verdeeld houdt, is de vraag of de rugoperatie voor vergoeding in aanmerking komt.

Verordening

- 6.3. Verzoekster heeft de zorg genoten in Hongarije, een andere EU-lidstaat. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde onder bepaalde voorwaarden aanspraak op planbare zorg in een andere EU-lidstaat. Hiertoe is vereist dat het uitvoeringsorgaan van de bevoegde lidstaat – in dit geval de ziektekostenverzekeraar – voorafgaand zijn toestemming verleent. Van een verzoek daartoe is niet gebleken. Bovendien moet uit de stellingen van verzoekster worden geconcludeerd dat geen sprake was van planbare zorg. Zij heeft immers gesteld dat zij tijdens haar verblijf in Hongarije (verergerde) rugklachten ontwikkelde, waarvoor zij zich naar haar zeggen tweemaal bij de SEH meldde. Ingevolge artikel 19 van de verordening heeft een verzekerde recht op vergoeding van medisch noodzakelijke zorg tijdens het verblijf in een andere EU-lidstaat volgens de sociale ziektekostenverzekering van die lidstaat. Hiervoor kan de European Health Insurance Card (EHIC) worden getoond. Verzoekster heeft om onbekende redenen geen gebruik gemaakt of kunnen maken van de EHIC. Artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 bepaalt dat indien kosten voor rekening van de verzekerde zijn gebleven, er verschillende manieren zijn om tot vergoeding te komen. Zo kan een verzoek daartoe worden ingediend bij het orgaan van de verblijfplaats (lid 4), of bij het bevoegde orgaan, dat in die situatie moet overgaan tot tarifiering (lid 5), of de verzekerde kan akkoord gaan met vergoeding door het bevoegde orgaan binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven in diens wetgeving (lid 6). Als op grond van de wetgeving van de lidstaat van verblijf geen vergoeding mogelijk is, kan het uitvoeringsorgaan van de bevoegde lidstaat het laatste eveneens doen, maar dan zonder instemming van de verzekerde (lid 7). De ziektekostenverzekeraar had aanvankelijk zijn bedenkingen of sprake was van medisch noodzakelijke zorg tijdens het verblijf in Hongarije, maar heeft verzoekster nadien het voordeel van de twijfel gegund en conform artikel 25, vijfde lid, van Verordening (EG) nr. 987/2009 een tarifieringsverzoek ingediend bij het Hongaarse uitvoeringsorgaan. Naar de commissie begrijpt heeft deze instantie de ziektekostenverzekeraar op 28 april 2025 meegedeeld

dat op basis van de plaatselijke wet- en regelgeving geen vergoeding mogelijk is. Nadien zijn door verzoekster stukken overgelegd aan de commissie. Blijkens zijn brief van 12 juni 2025 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar deze stukken aan het Hongaarse uitvoeringsorgaan gestuurd met de vraag of hieruit volgt dat het medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in dat land betrof. De uitkomst van het – aangevulde – tarifieringsverzoek is ten tijde van het uitbrengen van dit bindend advies nog niet bekend. Indien hieruit een vergoeding volgt, zal de ziektekostenverzekeraar deze aan verzoekster betalen. Ten aanzien van de hoogte van die eventuele vergoeding is de commissie niet bevoegd. Zij laat dit punt daarom verder rusten.

Zorgverzekering

- 6.4. Voor zover geen vergoeding mogelijk is op grond van de Hongaarse sociale ziektekostenverzekering, dan wel deze vergoeding niet kostendekkend is, moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dit artikel is onder andere opgenomen dat bij geplande zorg een voorafgaande verwijzing nodig is en dat in een aantal gevallen vooraf toestemming moet worden gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. Verwezen wordt hierbij naar de 'Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg' die is gepubliceerd op de website van de ziektekostenverzekeraar. Hierin is onder andere vermeld dat toestemming nodig is bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland. Voor meer informatie over het aanvragen van toestemming wordt verwezen naar artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Tot slot is in artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering ten aanzien van zorg in het buitenland geregeld dat bij een opname van één of meer nachten in een ziekenhuis voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist. Als sprake is van een spoedeisende opname, moet de verzekerde (laten) bellen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar.
- 6.5. Uit het feit dat de ziektekostenverzekeraar – zonder daartoe gehouden te zijn – een tarifieringsverzoek op grond van artikel 25, vijfde lid, van Verordening (EG) nr. 987/2009 heeft gedaan, kan niet worden geconcludeerd dat het hier gaat om ‘spoedeisende’ zorg zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden. De commissie oordeelt dat als vaststaand moet worden aangenomen dat bij verzoekster geen sprake was van spoedeisende zorg die niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Dit is niet aannemelijk gezien het tijdsverloop tussen het maken van de eerste MRI-scan op 6 juni 2023, het consult op 12 juni 2023 waarin een operatie werd voorgesteld en de uitgevoerde operatie op 30 juni van dat jaar. Ook uit de aanvullende verklaring van de behandelend arts van 20 mei 2025 waarin deze schrijft; *“The surgery was performed with relative urgency due to worsening symptoms”* volgt niet dat de operatie niet kon wachten tot na terugkeer naar Nederland, en evenmin dat verzoekster niet naar Nederland kon worden vervoerd, zoals zij stelt. Dit blijkt ook niet uit de overige overgelegde stukken.
- Uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat op 14 juni 2023 aan de echtgenoot van verzoekster is uitgelegd dat hij een aanvraag moest indienen en vergoeding van de ingreep alleen mogelijk was indien hiervoor toestemming werd gegeven. De ingreep vond pas veertien dagen later plaats. Door verzoekster zijn geen redenen aangevoerd dat zij niet in de gelegenheid was een voorafgaande aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. Verzoekster heeft hierover weliswaar opgemerkt dat haar echtgenoot het gesprek anders heeft ervaren, maar zij heeft niet aannemelijk gemaakt dat het gesprek niet is verlopen zoals verwoord in de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar, zodat hiervan moet worden uitgegaan. Tot slot ontbreekt ook een gerichte verwijzing, terwijl er voldoende tijd was deze te vragen. Dit alles leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de bij haar uitgevoerde operatie ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen was geen sprake van spoedeisende zorg, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op een (aanvullende) vergoeding op grond van artikel 16 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.7. Aangezien de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van deze procedure is overgegaan tot een tarifieringsverzoek in Hongarije, en hij de kosten van de aansluitende fysiotherapie alsnog aan verzoekster heeft vergoed, acht de commissie gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) het verzoek wordt afgewezen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 8 juli 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

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

vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgverlener die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

ERGOTHERAPIE

Artikel 11. Ergotherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van ergotherapie met als doel een grotere of betere zelfredzaamheid. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Aanvullend Goed

- maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar
- uw zorgverlener declareert de behandel tijd in kwartieren.

Aanvullend Beter

- maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar
- uw zorgverlener declareert de behandel tijd in kwartieren.

Aanvullend Best

- maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar
- uw zorgverlener declareert de behandel tijd in kwartieren.

Hier kunt u terecht

Bij een ergotherapeut.

Let op

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

ANTICONCEPTIE

Artikel 12. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

Dit krijgt u vergoed

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar, die volgens de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt. Denk aan: anticonceptiepil, anticonceptiestaafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Aanvullend Goed

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS)

Aanvullend Beter

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS)

Aanvullend Best

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS)

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts. Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudende huisarts waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde apothekers en apotheekhoudende huisartsen vindt u op onze website. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een apotheker in het buitenland gaat. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Dit moet u zelf regelen

Het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel. Een huisarts, verloskundige of medisch specialist schrijft dit voor.

U krijgt vanuit uw zorgverzekering een vergoeding voor het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Ongeacht uw leeftijd.

Artikel 13. Sterilisatie

Dit krijgt u vergoed

Sterilisatie.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

volledig

Aanvullend Best

volledig

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Voor een vasectomie (sterilisatie van de man) kunt u ook naar een huisarts.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

BRILLEN EN LENZEN

Artikel 14. Budget voor brillen en contactlenzen

Dit krijgt u vergoed

De aanschafkosten van brillen met glazen op sterkte en lenzen op sterkte bij een opticien. Wij vergoeden deze zorg ook als u een bril of lenzen aanschaft bij een opticien in het buitenland.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

maximaal € 100 per 3 kalenderjaren
voor brillen en contactlenzen samen

Aanvullend Best

maximaal € 125 per 3 kalenderjaren
voor brillen en contactlenzen samen

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen heeft gekocht en de 2 hieraan voorafgaande kalenderjaren. De kosten voor het aanmeten worden alleen vergoed als ze onderdeel uit maken van de aanschaf.

BUITENLAND

Artikel 15. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Consulten, noodzakelijke vaccinaties (inenting) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland.

Aanvullend Goed

volledig

Aanvullend Beter

volledig

Aanvullend Best

volledig

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Artikel 16. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. De Univé Alarmcentrale voor zorg beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Aanvullend Goed

volledig

Aanvullend Beter

volledig

Aanvullend Best

volledig

Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de Univé Alarmcentrale voor zorg (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de Univé App, op uw zorgpas of op onze website.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van XE.com.

Artikel 17. Repatriëring

Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:

- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

Aanvullend Goed

volledig

Aanvullend Beter

volledig

Aanvullend Best

volledig

Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht

Bij de Univé Alarmcentrale voor zorg. Verzorgt de Univé Alarmcentrale voor zorg de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de Univé App, op uw zorgpas of op onze website.

PREVENTIE

Artikel 18. Budget Preventie

U krijgt een budget voor preventie dat u kunt inzetten voor cursussen, zorg en advies zoals hierna beschreven in Artikel 18.1 t/m 18.5.

Aanvullend Goed

maximaal € 200 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 400 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 500 per kalenderjaar

18.1 Cursussen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van (een):

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, reuma, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of een thuiszorgorganisatie.
- cursussen omgaan met dementie die een thuiszorgorganisatie, de GGD- of een GGZ-instelling organiseert.
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO.
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).
- cursus valpreventie "In Balans", "Vallen Verleden Tijd", "Zicht op Evenwicht" of "Otago". U kunt hiervoor terecht bij een zorgverlener met een certificaat voor het geven van één van deze valpreventiecursussen. De zorgverlener vermeldt op de nota dat hij beschikt over dit certificaat.

Kijk voor de patiëntenverenigingen op patientenfederatie.nl

Dit moet u zelf regelen

Bij de nota stuurt u een bewijs van deelname mee.

18.2 Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid

Dit krijgt u vergoed

De kosten van (online) cursussen, zorg en advies die erop gericht zijn uw fysieke en mentale gezondheid op peil te houden of te verbeteren. Op onze website vindt u een overzicht van dit extra aanbod en waar u daarvoor terecht kunt.

18.3 Leefstijlcheck

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een (online) leefstijlcheck met als doel inzicht krijgen in uw leefstijl. Hierbij heeft u de mogelijkheid voor een cholesterol- en glucosetest en een buikomvangmeting (thuisest). Na de check volgt een persoonlijk leefstijlgesprek met een online leefstijlcoach.

Artikel 9. Buitenland

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

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

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

Europese gezondheidskaart (EHIC)

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

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

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

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

Let op

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

9.3. Toestemming en/of verwijzing

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

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

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

Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in uw zorgverzekering?

Bevalling en kraamzorg thuis

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

Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum

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

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum

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

Medische noodzaak

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

Artikel 16. Medisch specialistische zorg (restitutie)

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

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

Medisch specialistische zorg omvat ook:

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

Onder onderzoek verstaan wij:

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

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

Dit is niet verzekerd:

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

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

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

Hier kunt u terecht

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

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

Integrale geboortezorg

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

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

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

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

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

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

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

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

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

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

U kunt uw vordering op ons voor Gespecialiseerde GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts) of straatdokter. De straatdokter is een arts die is geregistreerd in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is en bij een vereniging van straatdokters (bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokters Groep). De straatdokter mag alleen verwijzen als de cliënt geen huisarts heeft.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en heeft u hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heeft u een nieuwe verwijsbrief nodig.

De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.

Toestemming

- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor Esketamine (neusspray)
- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor gespecialiseerde GGZ met verblijf (zie artikel 38, Verblijf). Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier gespecialiseerde GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 27. Fysiotherapie en Oefentherapie (restitutie)

Fysiotherapie en oefentherapie is zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Deze zorg omvat:

Jonger dan 18 jaar

- Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
- 9 behandelingen per kalenderjaar voor een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat. Maximaal 9 extra behandelingen als u nog last heeft van de aandoening: in totaal maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

Eenmalig 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Oefentherapie bij etalagebenen

Maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij artrose heup- of kniegewricht

Maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij COPD

Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) GOLD klasse II en hoger. Het aantal behandelingen is afhankelijk van de ernst van de klachten en het risico op longaanvallen volgens de GOLD groep A, B, C of D. Groep B wordt vervolgens onderverdeeld in:

- B1: matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit
- B2: hoge ziektelast en beperkte fysieke capaciteit

Groep	A	B1	B2 en C	D
Eerste 12 maanden Het aantal behandelingen in de periode van 12 maanden na de start van de behandeling is maximaal	5	27	70	70
Na 12 maanden Het aantal behandelingen voor iedere periode van 12 maanden na het eerste jaar is maximaal	0	3	52	52

Behandeling van chronische aandoeningen

Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn. De eerste 20 behandelingen krijgt u niet vergoed.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaat-aandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website. U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

Alle leeftijden

Fysiotherapie bij artritis

Voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) omvat fysiotherapie ook:

- a. Van 1 oktober 2019 tot 1 juli 2024 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen
- b. Van 1 oktober 2019 tot 1 januari 2024 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.

Fysiotherapie en oefentherapie die gericht is op de directe herstellzorg van patiënten met ernstige COVID-19

U kunt tot 1 augustus 2023 aanspraak maken op:

- a. Maximaal 50 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van de huisarts of medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk 6 maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. U moet binnen een maand nadat de verwijsbrief is afgegeven, starten met de fysiotherapie en/of oefentherapie.
- b. Maximaal 50 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een periode van maximaal nog eens 6 maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van de huisarts of medisch specialist. U moet binnen een maand nadat de verwijsbrief is afgegeven, starten met de fysiotherapie en/of oefentherapie.

U heeft alleen aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie die gericht is op de directe herstellzorg van patiënten met ernstige COVID-19 als u deelneemt aan onderzoek en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening. Of als het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, moet u bereid zijn daaraan deel te nemen. Ook moet u toestemming geven voor het verzamelen van aanvullende gegevens aan de hand van vragenlijsten en extra onderzoeken. U moet ook toestemming geven voor het geanonimiseerd delen van uw behandelgegevens. Onder onderzoek wordt verstaan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) en aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht.

Dit is niet verzekerd:

- Arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen;
- Re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- Behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Bij een fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck of kinderoefentherapeut
3. Oedeemtherapie mag alleen worden verleend door een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

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

ParkinsonNet

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u fysiotherapie of oefentherapie nodig? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met fysiotherapeuten en oefentherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Meer informatie is vermeld in artikel 1.3 en 1.4. Kijk voor meer informatie op onze website.

Chronisch ZorgNet voor etalagebenen

Heeft u oefentherapie (looptraining) nodig vanwege etalagebenen (claudicatio intermittens)? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met fysiotherapeuten en oefentherapeuten aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Meer informatie is vermeld in artikel 1.3 en 1.4. Kijk voor meer informatie op onze website.

Chronisch ZorgNet voor COPD

Heeft u oefentherapie nodig vanwege COPD? Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Brief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant waaruit blijkt dat u een aandoening heeft, die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, 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 vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

Artikel 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. (...)*”