



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, Kroatië, medisch-specialistische zorg, verwijzing, voorafgaande toestemming
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202002377
Zittingsdatum : 23 juni 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 10 maart 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 17 mei 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 26 mei 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021019060) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 28 mei 2021 aan partijen gestuurd. Hierbij is hen de mogelijkheid geboden schriftelijk op het voorlopig advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 24 mei 2021 respectievelijk 2 juni 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Zuid-Limburgpakket en Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Zuid-Limburg (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 20 september 2019 is bij verzoeker een schouderexploratie verricht in ziekenhuis Zuyderland (hierna te noemen: ziekenhuis A). De uitvoerend orthopedisch chirurg heeft daarbij een partiële pectoralis ruptuur links geconstateerd. Hij zag geen mogelijkheid tot hechten. Het operatieverslag luidt, voor zover hier van belang:
- "(...)
Verslag
(...) het duurt even, maar het blijkt dat het bovenste gedeelte van de pectoralis major volledig door is over een lengte van ongeveer 2-3 cm craniaal, slechts enkele fascie bladen, onderste gedeelte pectoralis staat nog, geen mogelijkheid om litteken weefsel te hechten, besluit zo te laten (...)"
- 3.3. Verzoeker heeft vervolgens een second opinion laten verrichten in de Sint Maartenskliniek (hierna te noemen: ziekenhuis B). De orthopedisch chirurg aldaar zag evenmin een mogelijkheid tot operatief herstel. Deze arts heeft op 23 juli 2020, voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:

"(...)

Aanvullend onderzoek:

MRI bovenarm links:

"(...)

Er zijn verademde beelden. Desondanks nog goed te beoordelen. Ter plaatse van de markering is een partiële ruptuur zichtbaar in het middelste een derde deel van de tendomusculaire overgang van de musculus pectoralis major aan laterale zijde. Dit zijn de vezels richting de insertie op de proximale humerus. De zie axiale series 19 tot en met 29. Coronaal en 11 tot en met 17. In craniocaudale richting heeft laesie een lengte van 4 cm. Zo ook in lengterichting een doorsnede van ca. 4 cm. De musculus pectoralis major is verder niet vervet, maar laat alleen partieel enige vervetting zien we ter plaatse van de doorgemaakte ruptuur.

[G]een fracuur ter hoogte van de origo op de clavicula of het sternum.

Conclusie: partiële ruptuur musculus pectoralis major richting de insertie op de humerus.

Conclusie:

Partiële ruptuur tendomusculaire overgang van de musculus pectoralis major.

Beleid:

Uitleg dat er geen opties voor herstel van de spier zijn, aangezien het letsel de spier-pees overgang betreft. Geen revisie afgesproken.

"(...)"

- 3.4. Verzoeker stuitte op het internet op een zorgaanbieder in Kroatië die ervaring had met succesvol operatief herstel van de musculus pectoralis. Op 3 augustus 2020 heeft de huisarts een verwijzing voor een second opinion afgegeven. Deze luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Vraagstelling

Graag uw sec opinion, is behandeling middels operatie optie?

"(...)"

- 3.5. Verzoeker heeft zich nadien tot de zorgaanbieder in Kroatië gewend en is op 24 augustus 2020 aldaar geopereerd. Hij is op 25 augustus 2020 uit het ziekenhuis ontslagen. Het vertaalde operatieverslag luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

De patiënt wordt opgenomen in ons ziekenhuis voor chirurgische behandeling - reconstructie van de grote borstspier aan de linkerkant.

"(...)

Diagnose

Volledige breuk van het borstbeen deel van de grote borstspier van de linkerarm.

Conditie na een poging om de borstspier van de linkerarm te fixeren.

"(...)

Operatie

Reconstructie van het borstbeengedeelte van de grote borstspier aan de linkerkant.

De patiënt is in een semi-zitpositie. Na het wassen en steriel afdekken van het operatiegebied, op oude operatieve incisie, met verkorte deltaspiers-pectorale benaderingswijze door de huid onderhoudsweefsel en fascia, door de deltaspiervezel te verplaatsen, wordt de borstspiergreep op de humerus benaderd. Het mediale borstbeengedeelte van de spier wordt blootgelegd, de spier volledig zonder spanning, mediaal teruggetrokken. Claviculaire deel bewaard.

Het teruggetrokken borstgedeelte van de borstspier wordt gemobiliseerd en gereconstrueerd zodat het gescheurde deel onder het claviculaire deel van de borstspier wordt geleid en met Orthocord-hechtingen wordt vastgemaakt aan de spierpeesgreep van het claviculaire deel van de borstspier richting humerus. Het sternale deel van de pees dat onder sterke spanning staat wordt aanvullend gefixeerd met een extra hecht draad van de spier-peesverbinding van het claviculaire deel. Doerspoeien, hemostase en sluiting door lagen.

"(...)"

- 
- 3.6. Verzoeker heeft de nota's met betrekking tot de in Kroatië ontvangen zorg bij de ziekte-kostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker door middel van zorgkostenfacturen laten weten dat hij de kosten niet vergoedt. Hij heeft verzocht om aanvullende informatie, waarna de nota's opnieuw in behandeling zouden worden genomen.
- 
- 3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie gestuurd. Op 15 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 
- 3.8. Op 26 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...)

Adviesbevoegdheid en vraag SKGZ

De vraag of verzoeker voorafgaand aan de operatie toestemming aan verweerder had moeten vragen valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut. Gelet op voornoemd artikel 114, derde lid Zvw adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Het Zorginstituut kan daarom geen advies geven over het ontbreken van voorafgaande toestemming. Het Zorginstituut heeft hierover telefonisch contact opgenomen met de SKGZ. De SKGZ heeft het Zorginstituut tijdens dit telefoongesprek gevraagd om voor dit geschil aan te geven welke voorwaarden gelden voor de vergoeding van een second opinion ten laste van de basisverzekering.

Second opinion

In 2010 heeft het Zorginstituut in een standpunt geconcludeerd dat een second opinion onder bepaalde voorwaarden een te verzekeren prestatie is die ten laste van de basisverzekering mag worden gebracht. In 2015 is dit standpunt bevestigd door het rapport 'Second opinion in de Zorgverzekeringswet'. Er is pas sprake van een second opinion indien voldaan is aan de volgende voorwaarden.

Een verzekerde moet beschikken over een verwijzing voor een second opinion (door de huisarts of een andere behandelaar die is aangewezen in de polis), de second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van verzekerde en deze moet met de second opinion terugkeren naar zijn oorspronkelijke behandelaar. Indien een second opinion voldoet aan deze drie voorwaarden, is sprake van een te verzekeren prestatie. (...)

Het Zorginstituut merkt op dat uit de beschikbare informatie in het dossier niet blijkt dat verzoeker is teruggekeerd naar de oorspronkelijke behandelaar. Dit is echter niet in geschil.

Conclusie

Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid en kan geen advies uitbrengen over dit geschil. (...)"

- 
4. Geschil
- 
- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de operatie volledig dan wel op basis van ten minste 80% te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.
- 
5. Bevoegdheid van de commissie
- 
- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.



6. Beoordeling

- 
- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv), de Regeling zorgverzekering (Rzv) en Vo. nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Tevens zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.



Standpunt verzoeker

- 
- 6.2. Verzoeker heeft er alles aan gedaan om in Nederland te worden geholpen. Hij heeft zich alhier tot twee zorgaanbieders gewend. De orthopedisch chirurg uit ziekenhuis A heeft alles verpest en heeft gelogen dat de spier niet kon worden gehecht. In ziekenhuis B hebben ze niets meer voor hem kunnen betekenen.



Verzoeker is met een verwijzing naar Kroatië gegaan, omdat de artsen daar ervaring hebben met het hechten van de musculus pectoralis major. In Kroatië hebben ze, anders dan in Nederland, een hele ruptuur van de musculus pectoralis major geconstateerd, waarna deze meteen is gehecht.



De ziektekostenverzekeraar verzint telkens een nieuwe reden om de operatie niet te vergoeden.



Dit is de eerste keer dat verzoeker is behandeld in het buitenland en hij wist dan ook niets van de regels van de ziektekostenverzekeraar. Tot nu toe is het altijd zo geweest dat hij alle zorg via de huisarts kon regelen.



Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 
- 6.3. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 is niet van toepassing. Daarbij is niet voldaan aan de artikelen 1.1. en 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, en artikel 2.1, derde lid, van het Bzv. Er is geen voorafgaande toestemming gevraagd, terwijl sprake was van zorg in het buitenland, te weten een EU-lidstaat, die gepaard ging met verblijf. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook niet de gelegenheid gehad vooraf de aanspraak op, en de noodzaak van de ingreep in Kroatië te beoordelen.



De ziektekostenverzekeraar had vooraf willen toetsen of verzoeker redelijkerwijs op de operatie in Kroatië zou zijn aangewezen, en of sprake was van doelmatige zorg. In dat kader was een onderbouwing van de behandelend orthopedisch chirurg in Kroatië voorgelegd aan de orthopedisch chirurg die de second opinion bij verzoeker in Nederland heeft verricht. Ziekenhuis B, waaraan deze arts is verbonden, is een expertisecentrum. Deze arts zou zijn gevraagd waarom herstel door een revisieoperatie niet mogelijk is.



Het is niet de bedoeling dat verzekerden op eigen initiatief meerdere artsen bezoeken totdat zij het gewenste behandelvoorstel krijgen. Dat de behandeling een gunstig effect lijkt te hebben gehad, vormt voor de ziektekostenverzekeraar geen reden de aanspraak op vergoeding, in afwijking van het toestemmingsvereiste, achteraf te beoordelen.



Verzoeker had bovendien een verwijzing voor een second opinion. Van een second opinion was in Kroatië echter geen sprake. Verzoeker is met de informatie van de arts in Kroatië immers niet teruggegaan naar zijn behandelaar in Nederland.



Overwegingen commissie

Europese wet- en regelgeving

- 
- 6.4. Verzoeker is naar Kroatië, een andere EU/EER-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo.nr. 883/2004. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar geen

voorafgaande toestemming gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Europese Hof van Justitie volgt dat de verordening in dat geval buiten toepassing blijft. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Europese Hof van Justitie echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld noch gebleken.

Voor zover verzoeker aanvoert dat hij met de eis van voorafgaande toestemming niet bekend was, kan zijn stelling niet overtuigen. Onbekendheid met de voorwaarden waaronder vergoeding van in een andere EU-lidstaat gemaakte zorgkosten op grond van de verordening mogelijk is, komt voor zijn rekening.

Het voorgaande laat onverlet dat op basis van de zogenoemde Patiëntenrichtlijn, welke richtlijn is geïmplementeerd in de Nederlandse wetgeving, aanspraak kan bestaan op vergoeding van de in een andere lidstaat gemaakte zorgkosten, waarbij in de Nederlandse situatie voor de aard en omvang van de aanspraken de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving bepalend zijn. Hierover overweegt de commissie als volgt.

Zorgverzekering

- 6.5. Waar het de vergoeding op grond van de zorgverzekering betreft, heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoeker hierop geen aanspraak heeft, waarbij hij een beroep heeft gedaan op het ontbreken van een verwijzing en het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming. Deze eisen zijn neergelegd in artikel 16 respectievelijk artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.6. De huisarts heeft een verwijzing afgegeven voor een second opinion in Kroatië. Voor zover een dergelijke second opinion heeft plaatsgevonden, heeft verzoeker ervoor gekozen niet met de uitkomsten hiervan terug te keren naar de oorspronkelijke behandelaar. Uit het advies van het Zorginstituut van 26 mei 2021 blijkt dat dit laatste wel een voorwaarde is, wil sprake zijn van een te verzekeren prestatie in het kader van de zorgverzekering. In plaats daarvan heeft verzoeker zich ter plaatse direct laten behandelen. Aldus was van een second opinion zoals bedoeld in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering geen sprake.
- 6.7. Voor zover verzoeker stelt dat van hem niet kon worden verwacht dat hij nog terugging naar zijn oorspronkelijke behandelaar in Nederland, kan de commissie hem hierin niet volgen. Onvrede over het handelen van de orthopedisch chirurgen in Nederland, doet niets af aan de gebondenheid van verzoeker aan de verzekeringsvoorwaarden en het stond hem daarom niet vrij de verwijzing (voor een second opinion) naar eigen inzicht anders te interpreteren.
- 6.8. Verzoeker beschikte niet over een verwijzing voor de operatie in Kroatië. De eis van een gerichte verwijzing is geen formaliteit. Deze volgt uit artikel 14, tweede lid, Zvw en kent slechts een uitzondering voor acute zorg, waarvan hier geen sprake is. Daarnaast is niet voldaan aan de eis van voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Een zorgverzekeraar mag een dergelijke eis hanteren, zoals blijkt uit de memorie van toelichting bij eerder genoemd artikel 14 Zvw. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, is hij hierdoor niet in de gelegenheid geweest na te gaan of verzoeker inderdaad naar inhoud en omvang op de zorg was aangewezen, en of operatief ingrijpen in de gegeven omstandigheden ook doelmatig was. Dit alles is achteraf niet meer te beoordelen en het risico daarvan rust bij verzoeker. Of de ingreep succesvol is geweest speelt hierbij overigens geen rol. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat vanwege het ontbreken van een gerichte verwijzing voor de operatie en het ontbreken van de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar het verzoek tot (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de door verzoeker in Kroatië ondergane operatie ten laste van de zorgverzekering terecht werd afgewezen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt bij tijdelijk verblijf in Europa onder voorwaarden dekking voor:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde;
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland, en
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Het moet hierbij gaan om hulp met een spoedeisend en onvoorzienbaar karakter. Het voorgaande is geregeld in artikel 30 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Aan deze voorwaarde voldoet verzoeker niet. Hij is afgereisd naar Kroatië met het oog op het verkrijgen van de onderhavige zorg. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de operatie in Kroatië ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 juni 2021,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

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 € 4,50 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 € 4,50 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 € 219 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is 2 x € 127,50: € 255 per dag Af: eigen bijdrage is 2 x € 18,00: € 36 per dag € 219 per dag Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 219 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	
Kraamzorg in een geboortecentrum	Ja. De eigen bijdrage is € 376,17 voor moeder en kind samen.
	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,50 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

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt 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.
- Begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIC en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische dissectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylende 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;
- i. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 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;
- j. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 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;
- k. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, 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.

Onder onderzoek verstaan wij:

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

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

U heeft geen recht op:

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

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

Hier kunt u terecht

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

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 overeenkomst met ons heeft. Brengt de gynaecoloog aangesloten bij de IGO voor verloskundige zorg een apart tarief in rekening op grond van een NZa-beleidsregel? Dan vergoeden wij de nota tot maximaal de in Nederland geldende marktprijs.

Let op

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

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

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, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysisch audioloog of klinisch technoloog.

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.

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.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 30. Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland (werelddekking)

Vergoeding

Geneeskundige kosten Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren:

- Geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist
- Ziekenhuisverpleging in de laagste klasse
- Tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345 per verzekerde
- Genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfslaan
- Medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis

Geneeskundige kosten overige landen

- Geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven
- Ziekenhuisverpleging in de laagste klasse tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven
- Tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345 per verzekerde
- Genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfslaan tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven
- Medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven

Kosten hulpverlening

- Medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de VGZ Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer
- Vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de VGZ Alarmcentrale
- Bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld
- Het overbrengen van berichten door de VGZ Alarmcentrale
- Het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen
- De kosten van communicatiemiddelen, zoals de telefoon, om contact op te nemen met de VGZ Alarmcentrale

Bijzonderheden

- U moet voor de dekking van geneeskundige hulp een VGZ Ruime Keuze hebben afgesloten.
- Het verblijf in het buitenland mag niet langer dan 6 maanden duren.
- De hulp moet een spoedeisend karakter hebben. U mag niet vooraf de bedoeling gehad hebben hulp te vragen aan een buitenlandse arts of andere zorgverlener. Bij de aanvang van de reis mag niet te voorzien zijn geweest dat u een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp. De VGZ Alarmcentrale beoordeelt of de zorg spoedeisend of onvoorzienbaar is.
- Niet vergoed wordt hulp die verband houdt met wedstrijd- en gevaarlijke sporten.
- Niet vergoed worden kosten die veroorzaakt zijn door omstandigheden in verband waarmee een negatief reisadvies is gegeven.
- De VGZ 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.
- Bij ziekenhuisopname en voor de organisatie van de hulpverlening moet onmiddellijk de hulp zijn ingeroepen van de VGZ Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas of op onze website.



Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat u behandeld bent.

Artikel 31. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij reis naar het buitenland

Omschrijving

U heeft recht op vergoeding van consulten, noodzakelijke vaccinaties (inenting) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland. De gecontracteerde zorgverleners adviseren u over de noodzakelijke vaccinaties of geneesmiddelen.

Vergoeding

Volledige vergoeding.

Wie mag de zorg verlenen

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.

PREVENTIE

Artikel 32. Cursussen

Omschrijving

Vergoeding van preventieve cursussen. U heeft recht op vergoeding wanneer u de cursus heeft afgerond.

Vergoeding

Maximaal € 46 per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

De cursus moet georganiseerd zijn door een kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie, behalve de cursus 'Reuma uitgedaagd' die georganiseerd wordt door de Reuma Patiëntenbond.

Artikel 33. Stoppen met roken

Omschrijving

Vergoeding van:

- De cursus 'Stoppen met roken' georganiseerd door de thuiszorgorganisatie, volgens Allen Carr of via de Stichting Make it Easy, of
- Laserbehandeling door een lid aangesloten bij de organisatie Prostop of bij de organisatie Lasercentra N.O. Nederland

De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus of laserbehandeling is afgerond.

Vergoeding

Maximaal € 100 per kalenderjaar.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel(kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken;
- vanaf de dag dat u niet meer in aanmerking komt voor de voordelen uit de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag bieden wij u een andere aanvullende verzekering van VGZ aan. Wilt u deze aanvullende verzekering(en) wijzigen of opzeggen? Dan kunt u dit binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de andere aanvullende verzekering(en) aan ons doorgeven.

In de gevallen a t/m d kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Indienen klacht

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.



- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan kunt u dit ook door iemand anders laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice, kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

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. (...)*”