

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, Photodynamische Therapie (PDT) bij hilar cholangiocarcinoom, stand wetenschap en praktijk

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

Zaaknummer : 202100984

Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: erflaatster, vertegenwoordigd door de executeur testamentair, C te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Anhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 3 mei 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hier gevolg aan gegeven; op 23 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 24 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 september 2021 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 november 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021037632) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 december 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 26 januari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na de hoorzitting is de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld binnen twee weken op de door verzoeker voorgedragen pleitnota te reageren. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 9 februari 2022 op de pleitnota gereageerd. Verzoeker is vervolgens in de gelegenheid gesteld binnen twee weken op deze reactie in te gaan. Verzoeker heeft op 22 februari 2022 op de brief van de zorgverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 25 februari 2022 ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 25 februari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 28 februari 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Op 10 maart 2022 heeft het Zorginstituut desgevraagd een aanvullende reactie gegeven. Kopieën van beide brieven zijn op 11 maart 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft op 15 maart 2022 telefonisch verzocht om uitstel van deze termijn. Dit uitstel is aan hem verleend, waarna hij bij brief van 25 maart 2022 op het definitief advies van het Zorginstituut heeft gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 29 maart 2022 ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden. Op dezelfde dag is de brief doorgestuurd aan het Zorginstituut, met de vraag hierop te reageren. Het Zorginstituut heeft op 11 april 2022 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 12 april 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te

reageren. Verzoeker heeft op 19 april 2022 op de nagekomen brief gereageerd. Een kopie van zijn reactie is op 22 april 2022 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Erflaatster was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Erflaatster heeft zich in verband met een hilar cholangiocarcinoom (Klatskin type Bismuth Corlette IV) gewend tot een kliniek in Hanau (Duitsland), alwaar zij is behandeld met Photodynamische Therapie (PDT). De kosten hiervan heeft zij gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft op 14 mei 2020 per brief aan erflaatster meegedeeld dat de kosten van de door haar in Duitsland ondergane behandeling niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.
- 3.4. Erflaatster is op 11 augustus 2020 overleden.
- 3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 24 november 2020 en 4 januari 2021 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 30 november 2021 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies het volgende verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Literatuuronderzoek

Het Zorginstituut heeft op 8 november 2021 gezocht naar systematische reviews (SR) en gerandomiseerde vergelijkende onderzoeken (RCT's) in Medline (via Pubmed) met de zoektermen ("photodynamic therapy"[All Fields]) AND "cholangiocarcinoma"[All Fields]). Hieruit kwamen 5 meta-analyses/systematische reviews en 4 RCT's.

Twee systematische reviews van onder andere observationele studies met methodologische tekortkomingen en twee kleinere oudere (fase IIB en III) RCT's laten een mogelijk voordeel zien in de overleving voor PDT bij patiënten met niet reseceerbare cholangiocarcinoom, maar een meer recente grotere RCT bij patiënten met lokaal gevorderde of gemetastaseerde ziekte liet een inferieure overleving zien voor patiënten behandeld met PDT. De effecten op kwaliteit van leven zijn eveneens wisselend. Daarnaast is niet duidelijk of PDT gepaard gaat met een verhoogd risico op hepatobilaire complicaties zoals cholangitis. Op basis hiervan kan niet worden geconcludeerd dat de effectiviteit van PDT als behandeling voor niet resectabel cholangiocarcinoom voldoende is aangetoond.

Literatuuronderzoek verweerder

Uit het dossier blijkt dat verweerder geen eigen literatuuronderzoek heeft gedaan om de afwijzing vanwege het niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk te onderbouwen. Het zou wenselijk zijn dat verweerder dat wel had gedaan. Verder heeft het Zorginstituut literatuuronderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van PDT.

Conclusie

Op grond van het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat PDT niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en in het dossier onvoldoende is onderbouwd dat PDT in combinatie met galwegdrainage bij niet operabele cholangiocarcinoom effectief is ten opzichte van de standaardbehandeling (alleen galwegdrainage). De uitgevoerde behandelingen bij complicaties in april 2020, komen wel voor vergoeding in aanmerking op basis van de Zvw.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan namens erflaatster geen aanspraak maken op vergoeding van de behandelingen met PDT. Verzoeker kan wel namens erflaatster aanspraak maken op vergoeding van de behandelingen wegens de complicaties bij het verloop van een irresectabel hilar cholangiocarcinoom. (...)"

- 3.7. Het Zorginstituut heeft bij brief van 10 maart 2022, in aanvulling op het definitief advies van 28 februari 2022, het volgende verklaard:

"(...) De studie van Pereira heeft inderdaad beperkingen. De lagere overleving in de PDT-groep kan deels worden toegeschreven aan minder en latere chemotherapie in de PDT-arm. Mogelijk speelde ook het optreden van meer hepatobiliaire toxiciteit na PDT een rol. De studie van Pereira was dus niet doorslaggevend. Ook alleen de studies van Ortner en Zoepf zijn, zoals in het advies benoemd, onvoldoende van omvang om te concluderen dat de effectiviteit voldoende is aangetoond. Voor het beantwoorden van de vraag over de effectiviteit hebben we de meest recente systematische reviews (SR's) van beschikbare studies en gerandomiseerde studies geselecteerd. Vergelijkende gerandomiseerde studies geven namelijk de meest betrouwbare schatting van de effectiviteit. In de lijst publicaties in bijlage D-4 staan beschrijvende (niet systematische) reviews, minder recente SR's en studies die andere vergelijkingen maken. (...)"

- 3.8. Het Zorginstituut heeft op 11 april 2022, voor zover hier van belang, het volgende meegedeeld:

"(...) De beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk is uitgevoerd conform de vaste werkwijze. Deze beoordelingswijze wordt in vaste jurisprudentie als juist en verantwoord aangemerkt.

De getrokken conclusies zijn afhankelijk van de betrouwbaarheid in de uitkomst van de vergelijking met gebruikelijke zorg. De kwaliteit van de studies spelen daarbij een doorslaggevende rol. Bij een beoordeling van de stand van de wetenschap gaat het niet om het tegen elkaar wegstrepen van uitkomsten. Het gaat om voldoende betrouwbaarheid in de uitkomsten van de gevonden resultaten uit alle relevante studies, de zogenaamde 'body of evidence'.

Uit het (...) aanvullend stuk komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het definitief advies te herzien. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de door erflaatster ondergane behandeling met PDT alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, en verhoogd met de wettelijke rente.

- 4.2. De zorgverzekeraar 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. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg en de stand van de wetenschap en praktijk alsmede artikel 20 van Vo. 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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft verklaard dat erflaatster aanvankelijk in Nederland is behandeld. De uiteindelijke conclusie was dat zij niet kon worden geopereerd. Chemotherapie zou de kwaliteit van leven zeer negatief beïnvloeden, en slechts voor een beperkte verlenging van de levensverwachting kunnen zorgen. Erflaatster werd gewezen op de mogelijkheid van PDT, een behandeling die in Duitsland in een zeer beperkt aantal gespecialiseerde ziekenhuizen bij galwegtumoren wordt toegepast. Erflaatster heeft deze behandeling ondergaan, en de kosten hiervan bedragen € 22.386,08, te verhogen met de wettelijke rente, die inmiddels € 315,- beloopt. Verzoeker heeft opgemerkt dat de verwijzing voorafgaand aan de behandeling is gegeven, aangezien deze aanving op 24 maart 2020. De verwijzend arts is hiertoe bevoegd. Ook is aan de zorgverzekeraar toestemming gevraagd, alleen is deze niet afgewacht. Dit was gelet op de gezondheidssituatie van erflaatster niet mogelijk. Zodoende is de juiste procedure gevolgd. De behandeling is in Duitsland officieel toegelaten. Dit gebeurt alleen bij kwalitatief verantwoorde studies en gezaghebbende meningen van medisch-specialisten. Verder heeft de behandelend medisch specialist in Duitsland verzoeker gewezen op dertien internationale wetenschappelijke publicaties, waaruit volgt dat de behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Verzoeker heeft tot slot verwezen naar een vonnis van de Rechtbank Den Haag van 22 april 2020 in zaak nr. C/09/-562492/HA ZA 18-1125. Deze zaak is volgens hem vergelijkbaar met de onderhavige.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat erflaatster onder behandeling was bij een arts in Nederland. Het raadplegen van een andere arts zou dan zijn te beschouwen als een second opinion. Voorwaarde is in dat verband dat de uitkomst moet worden besproken met de behandelend arts. Deze houdt de regie over de behandeling. Voor een second opinion is een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist. Een verwijzing door een bedrijfsarts, zoals hier aan de orde, is niet voldoende. Bovendien is de procedure voor een second opinion niet gevolgd. Verder merkt de zorgverzekeraar op dat de behandeling die is uitgevoerd niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie vanuit de zorgverzekering. Gekeken is naar Nederlandse literatuur en de door verzoeker ingebrachte stukken. Hieruit volgt dat de behandeling weliswaar een veelbelovende palliatieve toevoeging kan zijn, maar dat deze nog niet voldoet aan eerder genoemd criterium. Tot slot merkt de zorgverzekeraar op dat voorafgaande toestemming is gevraagd voor de behandeling, maar dat deze niet is afgewacht. Dit is wel nodig als het gaat om een opname van één of meer nachten. De door verzoeker genoemde uitspraak van de rechtbank is volgens de zorgverzekeraar in de onderhavige situatie niet toepasbaar.

Overwegingen commissie

- 6.4. Erflaatster is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan om daar een behandeling te ondergaan. De commissie merkt hierbij op dat van een second opinion geen sprake is, nu het uitgangspunt hierbij is dat betrokkene met de bevindingen van de tweede arts terugkeert naar de behandelend arts. Dat is in dit geval niet gebeurd en was kennelijk ook nooit het voornemen van erflaatster. Aldus gaat het hier om planbare zorg, uitgevoerd in een andere lidstaat, waarop

artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing is. Volgens dit artikel heeft een verzekerde na voorafgaande toestemming recht op zorg volgens het sociale ziektekostenverzekeringsstelsel van de andere EU- of EER-lidstaat. Het staat vast dat geen toestemming vooraf is gevraagd aan de zorgverzekeraar en dat ook achteraf geen toestemming is verleend. Onder bijzondere omstandigheden kan het toestemmingsvereiste de verzekerde niet worden tegengeworpen, zo blijkt uit jurisprudentie van het Europese Hof (Elchinov, C173/09). Alvorens in te gaan op de vraag of dergelijke bijzondere omstandigheden hier aan de orde zijn, moet worden vastgesteld dat voor toepassing van voornoemd artikel uit de verordening de voorwaarde geldt dat de betreffende vorm van zorg behoort tot het verzekerde pakket in Nederland. Met de verordening is namelijk geen uitbreiding van de verzekerde prestaties beoogd. Daarbij moet de zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar zijn. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet worden beoordeeld of Photodynamische Therapie (PDT) bij hilarair cholangiocarcinoom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering, en daarmee behoort tot het verzekerde pakket in Nederland.

- 6.5. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn, die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.6. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of PDT bij hilarair cholangiocarcinoom overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend.
- 6.7. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.8. De commissie volgt de adviezen van het Zorginstituut in dezen en oordeelt dat de zorgverzekeraar, gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering, terecht vergoeding van de kosten van PDT heeft geweigerd. Wat door verzoeker ter zake is aangevoerd, met name de verwijzing naar de diverse publicaties en naar de uitspraak van de Rechtbank Den Haag van 22 april 2020, NJF 2020/193 (waar door de rechtbank - anders dan de commissie in het onderhavige geval - was aangenomen dat de behandeling in de VS voldeed aan de stand van wetenschap en praktijk), kan niet leiden tot een andere uitkomst. Nu de behandeling niet behoort tot het verzekerde pakket in Nederland, kan de vraag in het kader van de verordening - of sprake is van bijzondere omstandigheden, waardoor van erflaatster niet kon worden gevergd dat voorafgaande toestemming aan de zorgverzekeraar werd gevraagd - onbeantwoord blijven.
- 6.9. De uitgevoerde behandelingen in verband met de complicaties in april 2020 dienen door de zorgverzekeraar echter wél te worden vergoed, ondanks het ontbreken van een aanvankelijke verwijzing. De vraag naar de ontbrekende toestemming op grond van de verordening heeft in dit verband geen beantwoording, aangezien het voor dit deel geen planbare zorg betreft. De vergoeding voor deze zorg moet worden gebaseerd op de zorgverzekering en dient te geschieden met inachtneming van hetgeen hierin is bepaald ten aanzien van de vaststelling van de hoogte van het te vergoeden bedrag, te vermeerderen met de door verzoeker gevorderde wettelijke rente

hierover, van de dag van indiening van het onderhavige verzoek (23 mei 2021) tot aan de dag der volledige betaling.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

(i) de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de uitgevoerde behandelingen in verband met de complicaties in april 2020 te vergoeden met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering, te vermeerderen met de door verzoeker gevorderde wettelijke rente hierover, van de dag van indiening van het onderhavige verzoek (23 mei 2021) tot aan de dag der volledige betaling; en

(ii) de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 17 mei 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving

(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Univé Zorg Vrij polis is een restitutieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

1.2. Medische noodzaak

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

U heeft vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Verpleging en verzorging en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging en GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota heeft ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. 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 de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar de Mijn-omgeving. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.

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 de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

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 de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

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 16. Medisch specialistische zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op vergoeding van de kosten van 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:

- Tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- 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;
- Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- 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;
- 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;
- 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;
- Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkyliserende 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;
- 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;
- 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;
- 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 vergoeding van de kosten van:

- 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-vitrofertilisatie-poging 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 fysicus 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. Een overzicht van de door ons gecontracteerde IGO's vindt u op onze website.

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 fysicus 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.

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.

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

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

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- 3°. verlamde of 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 gehemelte-spleten, 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.

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. (...)*”