

ANONIEM BINDEND ADVIES

| | |
|---------------|--|
| Partijen | : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem |
| Zaak | : Turkije, medisch specialistische zorg, indicatie, doelmatigheid, ziekenvervoer |
| Regelgeving | : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.13 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 13 Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid |
| Zaaknummer | : 202200610 |
| Zittingsdatum | : 5 april 2023 |

1. Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 29 september 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 5 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 januari 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 14 februari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023001047) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 februari 2023 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 ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 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. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 17 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 februari 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 15 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een kopie van het definitieve advies is op 17 mei 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop schriftelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 juni 2023 meegedeeld dat hij naar aanleiding van het definitieve advies heeft besloten alsnog € 10.222,09 uit coulance te vergoeden. De commissie heeft verzoeker daarom op 5 juni 2023 gevraagd of het geschil met deze coulancevergoeding is opgelost. Aangezien verzoeker niet binnen de gestelde termijn heeft gereageerd, heeft de commissie bij brief van 28 juni 2023 een herinnering aan verzoeker gestuurd. Ook op deze herinnering is geen reactie van verzoeker ontvangen. De commissie is er daarom van uitgegaan dat het geschil niet is opgelost en dat verzoeker de procedure wil voortzetten.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Gemeentepakket Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Gemeentepakket Herverzekeren Eigen Risico € 0 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 3.2. Tijdens een verblijf in Turkije is verzoeker gedurende drie maanden opgenomen geweest in het Ozel Saglik Hospital te Izmir. Vandaar is hij per ambulance overgebracht naar het Acibadem University Hospital te Istanbul. Daar is hij van 23 tot 29 november 2021 opgenomen geweest. Uit de stukken blijkt dat de opname verband hield met een mogelijke levertransplantatie.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar is niet tot vergoeding van de vervoerskosten en van de kosten van het verblijf in het Acibadem University Hospital overgegaan. Bij e-mailbericht van 3 februari 2022 heeft hij verzoeker hierover geïnformeerd, in vervolg op een telefoongesprek op diezelfde dag met de zoon van verzoeker. Op 10 februari 2022 herhaalde de ziektekostenverzekeraar dat de verstrekte gegevens onvoldoende waren om het recht op uitkering te kunnen beoordelen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 februari 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Hierbij heeft hij verwezen naar de SKGZ. Tussenkost door de Ombudsman Zorgverzekeringen bracht geen verandering in het standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Daarop heeft verzoeker de commissie verzocht om een bindend advies over het geschil.
- 3.5. Bij brief van 14 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 15 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het vervoer per ambulance naar, en de behandeling in het Acibadem University Hospital te Istanbul, Turkije, te vergoeden.
- 4.2. In dat verband heeft hij toegelicht dat bij hem sprake is van een belaste en complexe voorgeschiedenis, met onder andere een niertransplantatie in 2013. Ook bestond een vermoeden van leptospirose.
Tijdens het verblijf in Turkije verslechterde zijn situatie. In het Ozel Saglik Hospital te Izmir, waar hij aanvankelijk werd opgenomen, kon men hem niet helpen. Vanwege de acute medische nood moest hij worden overgeplaatst naar het Acibadem University Hospital te Istanbul. Dit is een normale gang van zaken als een instelling de benodigde specialistische kennis niet in huis heeft en verzoeker heeft dit ook in Nederland al eens meegemaakt. Naar zijn mening had hij als leek geen reden te twifelen aan het advies tot overplaatsing. Dit is overigens in overleg met de alarmcentrale gebeurd. Verzoeker stelt dat hij bij de behandelend arts in Nederland nog navraag heeft gedaan naar de juistheid en de noodzaak van eerder genoemd advies, waarmee hij aan zijn onderzoeksplicht heeft voldaan.
Dat in het Acibadem University Hospital bepaalde onderzoeken zijn herhaald hoeft volgens verzoeker geen bevreesing te wekken nu het een leveraandoening betreft en het niet onaannemelijk is dat actuele bloedwaarden moeten worden getest.
Verzoeker merkt verder op dat hij - in zijn toestand - niet naar Nederland kon terugkeren, hetgeen ook blijkt uit een e-mailbericht van 8 november 2021, waarin de alarmcentrale stelt dat hij niet 'fit to fly' is. Binnen Turkije had verzoeker dan ook geen andere keuze dan het vervoer per ambulance te laten plaatsvinden.
Waar het de ontbrekende informatie betreft, verklaart verzoeker dat voor hem niet duidelijk is wat de ziektekostenverzekeraar nog van hem verlangt. Zijns inziens heeft hij voldoende informatie aangeleverd. Hij herhaalt hierbij dat hij een leek is op dit gebied en legt de vraag voor wat in dit kader nog redelijk is. Verzoeker suggereert dat de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks contact zoekt met het Acibadem University Hospital. Hierbij tekent hij nog aan dat het gaat om de beoordeling zoals deze op dat moment moest worden uitgevoerd. Verzoeker betwijfelt of de

ziektekostenverzekeraar - gegeven de afstand - tot een dergelijke beoordeling in staat moet worden geacht.

Verzoeker heeft voorts erop gewezen dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 15 maart 2022 stelt dat de vergoeding niet zou zijn afgewezen, maar dat hij niet over voldoende informatie zou beschikken. Daarnaast zou het geen spoedeisende zorg betreffen omdat er sprake was van een overplaatsing en ook zou het bericht van de alarmcentrale niet zijn afgewacht. Later heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de behandeling niet doelmatig dan wel niet noodzakelijk was, terwijl hij voorts tevens vaststelt dat er een spoedbehandeling heeft plaatsgevonden, maar dat deze voorzienbaar was. Door enerzijds te stellen dat de behandeling niet doelmatig was en anderszins dat de behandeling voorzienbaar was, komt de ziektekostenverzekeraar tot een innerlijk tegenstrijdig besluit.

Verzoeker merkt verder op dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de ingreep voorzienbaar was vanwege aanwezige klachten in Nederland niet nader is gemotiveerd en onbegrijpelijk is. De klachten waren zo ernstig dat verzoeker ook door de alarmcentrale als 'not fit to fly' werd gezien en per ambulance moest worden vervoerd. Het is dan ook niet op voorhand aannemelijk dat verzoeker naar Turkije is gereisd terwijl deze klachten al bestonden.

De conclusie van verzoeker is dat sprake is van niet planbare, spoedeisende zorg en daarom dient de ziektekostenverzekeraar over te gaan tot vergoeding van de gemaakte zorgkosten en vervoerskosten.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog verklaard dat hem in Nederland is verteld dat zijn aandoening chronisch is en dat hij hiermee moet leren leven. Tijdens zijn verblijf in Turkije werd hij echter zo ziek dat hij moest worden opgenomen. De kosten van zijn opname in Izmir zijn niet in geschil, deze heeft verzoeker vergoed gekregen via de Alarmcentrale. In geschil is alleen de opname in Istanbul. Verzoeker heeft nogmaals benadrukt dat de overplaatsing noodzakelijk was en dat het spoedzorg betrof, omdat de behandelingen in Izmir niet werkten. Het ging erg slecht met hem en zijn familie vreesde dat het een aflopende zaak was. Ook was hij niet (goed) aanspreekbaar. De primaire reden voor overplaatsing was niet een transplantatie, maar het overnemen van de behandeling om zo de klachten van verzoeker te verhelpen of in ieder geval te verminderen. Transplantatie is wel genoemd als mogelijkheid, maar dat geldt ook voor een palliatieve ingreep.
- Verzoeker heeft verder toegelicht dat hij per ambulance van Izmir naar Istanbul is vervoerd. Hij vordert ook vergoeding van deze kosten. Hij heeft echter geen nota van het vervoer.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in de eerste plaats verklaard dat het verzoek om vergoeding niet is afgewezen. Vanwege een gebrek aan informatie kan het echter niet verder in behandeling worden genomen.
- Volgens de ziektekostenverzekeraar dient hij vast te stellen of een verzekerde naar inhoud en omvang op de zorg is aangewezen. Die zorg moet daarnaast doelmatig en doeltreffend zijn. Verder geldt een toestemmingsvereiste en moet in geval van spoedzorg contact worden opgenomen met de alarmcentrale. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar de artikelen 1 en 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- In de situatie van verzoeker stond de indicatie niet vast. Deze werd nog onderzocht door de alarmcentrale. De in het Acibadem University Hospital verleende zorg is in de visie van de ziektekostenverzekeraar ook niet doelmatig. Er zijn aldaar onderzoeken herhaald, er vond geen behandeling plaats, en verzoeker kon na vijf dagen weer terugkeren naar Izmir. Gesteld wordt dat een levertransplantatie was gepland, maar dat deze geen doorgang kon vinden vanwege gebrek aan een levende donor. Er is echter ook sprake van palliatieve zorg. Voorts is de ziektekostenverzekeraar opgevallen dat reeds in mei 2021 bij verzoeker al de wens bestond om in Turkije te worden behandeld.

Uit de doorverwijzing en het vervoer per ambulance naar het Acibadem University Hospital blijkt dat het hier geen spoedzorg betreft. De toestemming van de alarmcentrale werd niet afgewacht. Feitelijk gaat het om een second opinion en was de zorg voorzienbaar.

Omdat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de behandeling in het Acibadem University Hospital, heeft het zelfde te gelden voor de hiermee samenhangende vervoerskosten.

Bij brief van 16 december 2021 werd aanvullende informatie gevraagd, maar hierop volgde geen reactie. Wel werden enkele e-mailberichten van het Acibadem University Hospital ontvangen.

- 5.2. Bij brief van 5 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker nog geen kosten ter declaratie bij hem heeft ingediend voor de opname in het Acibadem University Hospital en het vervoer naar en van dit ziekenhuis. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar de kwestie nogmaals voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Diens advies luidt: *"Ten aanzien van eventuele levertransplantatie: op dat moment was er op basis van de in Nederland gehanteerde indicaties en contra-indicaties (zie protocol Indicatie en selectie levertransplantatie) en de voorgestelde behandeling in het Erasmus MC, voldoende twijfel of verzekerde in Nederland voor de ingreep in aanmerking zou komen op basis van de relatieve contra-indicatie fysieke conditie en ten tijde van opname ook multi-orgaan falen (falen van de transplantatienier). Het betreft bovendien een derde opinie, verzekerde wilde al tijdens de opname in Nederland plotseling het vliegtuig naar Turkije pakken om de behandeling aldaar voort te zetten, een ambulance naar het Erasmus MC werd daarom afgebeld. Conform de voorwaarden voor een second opinion dient het eventuele behandelvoorstel besproken te worden met de primaire behandelaar of dit conform de Nederlandse richtlijnen is en of deze behandeling in Nederland ook aangeboden wordt (en eventueel: waarom niet?), dit is niet gebeurd. We kunnen daarom ook geen goedkeuring voor geven voor een eventuele ingreep."*
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat verzoeker vóór de reis naar Turkije bekend was met een leveraandoening. Enkele weken voor zijn reis naar Turkije is hij hiervoor in Nederland opgenomen geweest. Volgens de ziektekostenverzekeraar is tijdens de opname in Izmir bewust gekozen voor een doorverwijzing naar Istanbul voor de "optie levertransplantatie". Dit betreft geen spoedeisende zorg, maar planbare zorg waarvoor voorafgaande toestemming nodig was. De ziektekostenverzekeraar heeft benadrukt dat er geen indicatie was voor de behandeling in Istanbul, dit geldt zowel voor planbare zorg als voor spoedzorg. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoeker geen nota ontvangen voor het vervoer naar en van Istanbul. Hierover is enkel gesproken in de gevoerde correspondentie. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij voor de opname en behandeling in Izmir geen nota's heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit wel nagevraagd bij de alarmcentrale, maar deze wil in verband met de privacy slechts beperkt informatie verstrekken. Er is op 9 augustus 2021 contact geweest met de familie van verzoeker en daarna zijn vier garantieverklaringen afgegeven voor de opname in Izmir.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 juni 2023 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar kan zich op hoofdlijnen vinden in dat wat het Zorginstituut schrijft over het redelijkerwijs zijn aangewezen op diagnostiek en (palliatieve) behandeling van gedecompenseerde levercirrose. De ziektekostenverzekeraar plaatst echter wel een paar kanttekeningen bij de noodzaak om verzoeker over te brengen naar Istanbul voor behandeling. Overname door een ziekenhuis in de regio was voorliggend geweest. Daarnaast benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat contact moet worden opgenomen met de alarmcentrale en dat verzoeker de indicatiestelling door de alarmcentrale niet heeft afgewacht. De ziektekostenverzekeraar wil, gelet op het bovenstaande en de persoonlijke situatie van verzoeker, uit coulance aanbieden de discussie over het al dan niet aanwezig zijn van

spoedeisendheid niet meer te zullen voeren. Dit houdt in dat de ziektekostenverzekeraar bereid is op basis van de beschikbare medische informatie en de nota van het ziekenhuis in Istanbul een DBC-zorgproduct vast te stellen en op grond daarvan de kosten te vergoeden tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs (het marktconforme tarief). De meest passende DBC betreft DBC-zorgproduct 11080100 (15C54): "ziekenhuisopname van 6 tot maximaal 28 verpleegdagen bij een ziekte van de lever". Het marktconforme tarief voor deze DBC bedraagt € 10.222,09. Dit betreft een eenmalig en onverplicht aanbod.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 14 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het geschil heeft betrekking op de vraag of het vervoer naar het ziekenhuis in Istanbul, de opname en de geleverde zorg aldaar voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

Indicatie verzoeker levertransplantatie en voorbereidende onderzoeken

De vraag is of verzoeker een indicatie had voor een levertransplantatie en de voorbereidende onderzoeken daarop. In het 'Protocol indicatie en selectie voor levertransplantatie bij volwassenen en kinderen in Nederland' van de Nederlandse Transplantatie Stichting wordt beschreven wanneer sprake is van een indicatie voor een levertransplantatie. Op basis [van] de beschikbare medische informatie, de declaraties van de in Turkije geboden zorg of de overige informatie in het dossier, zijn er geen aanwijzingen dat de indicatiestelling volgens dit protocol of een vergelijkbaar protocol (geldend in Turkije) is verlopen. Of verzoeker een indicatie had voor een levertransplantatie is dan ook niet aangetoond.

Indicatie vervoer

Gelet op het voorgaande is niet aangetoond dat verzoeker een indicatie had voor een levertransplantatie. Derhalve is ook niet aangetoond dat het vervoer naar het ziekenhuis in Istanbul medisch noodzakelijk was.

Second opinion

Op basis van het dossier is onduidelijk of de behandeling in Istanbul een 'third opinion' betreft. In zijn algemeenheid merkt het Zorginstituut het volgende op over de vergoeding van een 'third 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. Onder de Zvw is een 'third en verder' opinion mogelijk. Voor een herhaalde (third, fourth enz.) opinion gelden dezelfde vereisten als voor de second opinion.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoeker een indicatie had voor een levertransplantatie en de voorbereidende onderzoeken. Ook is niet aangetoond dat het vervoer naar het ziekenhuis in Istanbul medisch noodzakelijk was. De kosten komen dan ook niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van de geleverde zorg in Istanbul en het vervoer naar Istanbul ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 15 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

(...)

Indicatie verzoeker levertransplantatie en voorbereidende onderzoeken

(...) Op basis [van] de beschikbare medische informatie, de declaraties van de in Turkije geboden zorg of de overige informatie in het dossier, zijn er geen aanwijzingen dat de indicatiestelling volgens dit protocol of een vergelijkbaar protocol (geldend in Turkije) is verlopen. Of verzoeker een indicatie had voor een levertransplantatie is dan ook niet aangetoond.

Indicatie (palliatieve) behandeling gedecompenseerde levercirrose

Naar aanleiding van hetgeen verzoeker heeft aangevoerd tijdens de hoorzitting heeft de commissie gevraagd of uit de beschikbare informatie blijkt dat ook een andere behandeling zou plaatsvinden dan alleen de transplantatie en de voorbereiding daarvoor. En als dat het geval is, of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op deze behandeling.

Uit het dossier blijkt dat verzoeker is verwezen door de behandelaar in Izmir naar het ziekenhuis in Istanbul voor het beoordelen van de mogelijkheid van een palliatieve chirurgische interventie zoals splenorenale shunt of anders levertransplantatie. De geopteerde palliatieve behandeling is weliswaar niet meer gangbaar, wel een mogelijke portosystemische shunt (TIPS: Transjugulaire Intrahepatische Portosystemische Shunt).

Daarnaast geeft de behandelaar in Izmir aan dat niet alleen het transplantatieproces is beschouwd, maar ook de medicatie en het dieet van verzoeker. De behandelaar in Istanbul geeft aan dat verzoeker was verwezen voor diagnostiek en behandeling.

Op basis hiervan is het aannemelijk dat, vanwege de beperkingen van het ziekenhuis in Izmir in diagnostiek en (palliatieve) behandeling van de gedecompenseerde levercirrose (vijf keer ascitespunctie) bij verzoeker, verzoeker werd verwezen naar het ziekenhuis in Istanbul voor het bepalen van de meest optimale behandeling. Verzoeker was redelijkerwijs aangewezen op diagnostiek en (palliatieve) behandeling van gedecompenseerde levercirrose.

Indicatie vervoer

Nu vaststaat dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op diagnostiek en (palliatieve) behandeling van gedecompenseerde levercirrose in het ziekenhuis in Istanbul, is ook opnieuw beoordeeld of verzoeker aanspraak kan maken op het vervoer naar het ziekenhuis in Istanbul. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker aangegeven dat hij per ambulance is vervoerd van het ziekenhuis in Izmir naar het ziekenhuis in Istanbul. Het betreft derhalve vervoer van een klinische patiënt tussen twee verschillende instellingen (interklinisch vervoer) waarbij de patiënt werd overgenomen door het ziekenhuis in Istanbul. Het vervoer was medisch noodzakelijk gelet op de indicatie van verzoeker voor diagnostiek en (palliatieve) behandeling van gedecompenseerde levercirrose. Artikel 2.13 Bzv waarin vervoer per ambulance is geregeld, is van toepassing en de kosten van het vervoer komen voor rekening van verweerder. Verzoeker beschikt echter niet over een nota van het vervoer, het is daarom onduidelijk welk bedrag verweerder zou moeten vergoeden. (...)

Second opinion

Op basis van het dossier is onduidelijk of de behandeling in Istanbul een 'third opinion' betreft. In zijn algemeenheid merkt het Zorginstituut het volgende op over de vergoeding van een 'third opinion': (...)

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoeker een indicatie had voor een levertransplantatie en de voorbereidende onderzoeken. Wel kan geconcludeerd worden dat verzoeker redelijkerwijs aangewezen was op diagnostiek en (palliatieve) behandeling van gedecompenseerde levercirrose. Derhalve was ook het vervoer per ambulance naar het ziekenhuis in Istanbul medisch noodzakelijk en komt dit vervoer voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van diagnostiek en (palliatieve) behandeling van gedecompenseerde levercirrose. Daarnaast kan verzoeker ook aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van het vervoer van het ziekenhuis in Izmir naar het ziekenhuis in Istanbul."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op', doelmatigheid, medisch specialistische zorg en ziekenvervoer, alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en het Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid 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.

Zorgverzekering

- 8.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt.
Uit de stukken valt op te maken dat verzoeker aanvankelijk opgenomen is geweest in het Ozel Saglik Hospital te Izmir. De kosten van de aldaar verleende zorg zijn vergoed en vormen geen onderwerp van de onderhavige procedure.
Het geschil spitst zich toe op de behandeling die hierop volgde in het Acibadem University Hospital te Istanbul, en op het vervoer per ambulance naar deze instelling. De kosten van de opname zijn door verzoeker gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De commissie neemt daarom aan dat verzoeker - ondanks het gestelde acute karakter van de zorg - geen gebruik heeft kunnen of willen maken van zijn aanspraken op grond van voornoemd verdrag. Voor de commissie vormt dit laatste een gegeven en een eventuele vergoeding zal daarom gebaseerd

moeten zijn op de voorwaarden van de zorgverzekering. De artikelen 9.2 en 9.3 van deze verzekering hebben betrekking op zorg in het buitenland. Ten aanzien hiervan wordt als volgt overwogen.

- 8.3. Uit de verklaring van de behandelend arts te Izmir, gedateerd 2 december 2021, blijkt het volgende:

"(Verzoeker) is a 66-year-old male patient. He is under outpatient and occasionally inpatient follow-up in our hospital with the diagnoses of diabetes mellitus Type 2, End stage (ESRD) kidney disease, 12-year living donor renal transplantation (Tx) and portal hypertension secondary to chronic liver disease. The last hospitalization of the patient was on 31.10.2021, when he applied to the Emergency Department of our hospital with unconsciousness. As the cause of unconsciousness, it was decided that the state of unconsciousness characterized by hyponatremia and hyperammonemia was caused by hepatic encephalopathy, excluding cerebral possibilities. While the patient's confusion status at first improved within three days, he was hospitalized for the purpose of correcting the sugar regulation, liquid electrolyte status and controlling the Tx graft dysfunction.

These encephalopathy recurrences are due to portal hypertension-induced portocaval shunts rather than absolute liver failure. The possibility of a palliative surgical intervention such as splenorenal shunt in terms of permanently eliminating encephalopathy attacks or reducing their frequency and reducing ascites in the abdomen, or if not possible, the possibility of liver Tx has been discussed.

It was predicted that liver Tx with a living donor (split) would be more appropriate, since obtaining liver Tx from a cadaveric donor would require a long waiting time or even impossible for this patient. Living donor liver transplantation is performed in a limited number of centers in Turkey and Europe. For this reason, one of the surgeons who performs the most living donor liver Tx in the world, Prof. Dr. Yaman Tokat, was contacted by phone. It was expressed that it would be appropriate to start Tx preparations as soon as possible, if a palliative solution could not be provided, the patient's transfer was ensured in the most appropriate clinical condition possible, and he was followed up for a while in Istanbul Acibadem University Hospital and discussed at the Tx Council. Due to the worsening of the patient's condition, positive results were not obtained in the medical treatment hospitalization, and Prof. Doctor Yaman Tokat was consulted, and it was decided that he should be referred by ambulance immediately with a spontaneous and sudden decision.

(...)

Since palliative surgery was not possible during the patient's follow-up at Acibadem Hospital, it was decided to perform a living donor (split) liver transplant by searching for a suitable donor as soon as possible. The patient will be treated by our hospital) in Izmir during this preparation process."

- 8.4. Over de vervolgbehandeling in het Acibadem University Hospital zijn beschikbaar: een formulier van de intake, een verwijzing voor fysiotherapie en revalidatie, en een gespecificeerde nota. Verder is er een verklaring van de behandelend arts aldaar, gedateerd 30 november 2021, waarin wordt gesteld:

(...)

"In our hospital the patient was admitted from 23/11/2021 to 29/11/2021 during which the patient had medical treatment under the consultation and supervision of the cardiologist, hepatologist and infectious disease specialist. For indication of the liver transplant, the liver transplant team consultation was needed. Complete laboratory tests were done including biochemistry, hematology and immunology serological markers. MRI with contrast was done. After reviewing all consultation opinions, laboratory tests and radiology scans, the patient was advised to proceed to liver transplant. Until he can find a suitable living donor, he can return to his country of residence."

(...)

In een verklaring, gedateerd 8 februari 2022, van de behandelend arts in het ziekenhuis te Izmir, waarnaar verzoeker na zijn ontslag voor controle terugkeerde, is over de vervolghandeling te lezen:

(...)

"In Acibadem Hospital, not only was the transplantation process considered, but also a different medical hospitalization and care was applied by the liver doctor. The patient's medications and diet program have changed. And in this hospital, there has been a significant improvement in the patient in a short period of time. Liver operation was not performed in Acibadem Hospital. When the patient came here, a significant improvement was observed in the Controls and liver transplantation was considered in the next stage."

(...)

- 8.5. In artikel 1.1 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg als betrokkene hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het Zorginstituut legt in zijn voorlopig advies van 14 februari 2023 uit dat hiermee wordt bedoeld dat er een koppeling moet zijn tussen de zorgbehoefte (de medische indicatie) en de zorg die wordt geleverd. Het gaat dus om de vraag of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van betrokkene te voorzien. Het Zorginstituut heeft de door partijen overgelegde stukken bestudeerd, en heeft de commissie op basis hiervan in eerste instantie geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Volgens het Zorginstituut zijn er op basis van de in het dossier aanwezige informatie geen aanwijzingen dat de indicatiestelling voor de levertransplantatie is verlopen volgens het 'Protocol indicatie en selectie voor levertransplantatie bij volwassenen en kinderen in Nederland' van de Nederlandse Transplantatie Stichting of een vergelijkbaar protocol (geldend in Turkije). Daarom is niet aangetoond dat verzoeker een indicatie had voor een levertransplantatie.

Naar aanleiding van wat ter zitting door verzoeker is aangevoerd en de aanvullende vragen die de commissie in vervolg hierop aan het Zorginstituut heeft gesteld, is het Zorginstituut in zijn definitieve advies van 15 mei 2023 tot de conclusie gekomen dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op diagnostiek en (palliatieve) behandeling van gedecompenseerde levercirrose. Het Zorginstituut herhaalt dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet is aangetoond dat verzoeker een indicatie had voor een levertransplantatie en de voorbereidende onderzoeken. De commissie neemt dit advies en de conclusie van het Zorginstituut over.

- 8.6. Aangezien is gebleken dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op diagnostiek en (palliatieve) behandeling van gedecompenseerde levercirrose moet worden beoordeeld op welke vergoeding verzoeker aanspraak had. De kosten van de behandeling in Istanbul bedroegen € 14.256,50.

In Nederland wordt medisch-specialistische zorg gedeclareerd met behulp van DBC's. Om de vergoeding te kunnen vaststellen, moet daarom eerst worden bepaald welke DBC het meest passend is voor de zorg die in Istanbul is verleend. De ziektekostenverzekeraar is in zijn brief van 1 juni 2023 uitgegaan van DBC-zorgproduct 11080100 (15C54): "ziekenhuisopname van 6 tot maximaal 28 verpleegdagen bij een ziekte van de lever". Verzoeker heeft niet gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar en heeft de juistheid van voornoemd DBC-zorgproduct dus niet weersproken. Daarom gaat de commissie voor het vervolg hiervan uit.

In artikel 9.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in een verdragsland worden vergoed tot maximaal het bedrag dat zou worden vergoed als betrokkene in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald welke vergoeding wordt toegekend in het geval betrokkene gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 juni 2023 een bedrag van € 10.222,09 genoemd. Dit is volgens de ziektekostenverzekeraar het tarief dat hoort bij DBC- zorgproduct 11080100 (15C54). Verzoeker heeft de hoogte van dit bedrag niet weersproken en daarom gaat de commissie uit van de juistheid hiervan.

De ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden het bedrag van € 10.222,09 te vergoeden, welk aanbod door verzoeker niet is geaccepteerd. Uit artikel 6:221, eerste lid, BW volgt dat een

schriftelijk aanbod vervalt indien dit niet binnen een redelijke termijn wordt aanvaard. In het onderhavige geval is die redelijke termijn intussen verstreken. Hieruit volgt echter niet dat de ziektekostenverzekeraar niet langer tot vergoeding is gehouden. Hetgeen hiervoor is overwogen leidt immers tot de conclusie dat verzoeker uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst aanspraak heeft. Zoals hiervoor is opgemerkt, gaat de commissie uit van de juistheid van het eerder genoemde bedrag, ook in relatie tot de ziektekostenverzekeraar, die bij de vaststelling ervan kennelijk is uitgegaan van de 'redelijke marktprijs', zoals genoemd in artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoeker heeft daarom aanspraak op vergoeding van € 10.222,09, ten laste van de zorgverzekering.

- 8.7. Artikel 39 van de voorwaarden van de zorgverzekering ziet op ziekenvervoer. Door verzoeker is echter geen nota voor het vervoer per ambulance naar Istanbul ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verder heeft verzoeker ter zitting meegedeeld dat hij hiervan geen nota heeft. Aangezien een nota van dit vervoer ontbreekt, wordt vergoeding van de kosten van het vervoer afgewezen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.8. De aanvullende ziektekostenverzekering kent dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland. Artikel 19 bepaalt:

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 VGZ Alarmcentrale 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."

De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 1 juni 2023 heeft meegedeeld "de discussie over het al dan niet aanwezig zijn van spoedeisendheid niet meer te zullen voeren." Onder 8.6. is geconcludeerd dat de destijds toegezegde vergoeding is gebaseerd op de 'redelijke marktprijs'. In artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat deze 'redelijke marktprijs' van toepassing is in geval van acute zorg. In andere gevallen bedraagt de vergoeding 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Voorts is door verzoeker onweersproken gesteld dat hij - ook volgens de alarmcentrale - 'not fit to fly' was. Tegen deze achtergrond oordeelt de commissie dat de zorg onverwacht nodig was en niet kon worden uitgesteld tot verzoeker was teruggekeerd in Nederland. Een beoordeling door de alarmcentrale zou onder de gegeven omstandigheden niet tot een andere uitkomst hebben geleid en om die reden kan het ontbreken van een beoordeling door bij de alarmcentrale verzoeker niet worden tegengeworpen. Dit betekent dat hij, op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, aanspraak heeft op een aanvulling op de vergoeding die ten laste van de zorgverzekering wordt verleend, tot de werkelijke kosten van de behandeling, te weten een bedrag van € 4.034,41.

Gelet op hetgeen onder 8.7. is overwogen, bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van de vervoerskosten.

Slotsom

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker aanspraak heeft op een vergoeding van € 10.222,09 ten laste van de zorgverzekering;
- (ii) verzoeker aanspraak heeft op een vergoeding van € 4.034,41 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering;
- (iii) verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het vervoer per ambulance van Izmir naar Istanbul;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 5 september 2023,

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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 221

1. Een mondeling aanbod vervalt, wanneer het niet onmiddellijk wordt aanvaard, een schriftelijk aanbod, wanneer het niet binnen een redelijke tijd wordt aanvaard.
2. Een aanbod vervalt, doordat het wordt verworpen.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
 - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

**Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek
Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op'
01-05-1983 en zichtdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden**

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u 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.

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.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

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.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

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 toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

- 8.3.2.** Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
 - De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
 - De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

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;
- 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

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of 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:

- 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.

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 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 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:

- 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 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, 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;
- 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;
- 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;
- 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.

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.

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.

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, 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.

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op 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, conditie-

Artikel 19. 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 VGZ Alarmcentrale 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.

| VGZ Gemeentepakket Compact | VGZ Gemeentepakket Compleet en Compleet met € 0 eigen risico |
|----------------------------|--|
| volledig | volledig |

Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de VGZ Alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de VGZ Zorg 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 www.XE.com.

Artikel 20. 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.

| VGZ Gemeentepakket Compact | VGZ Gemeentepakket Compleet en Compleet met € 0 eigen risico |
|----------------------------|--|
| volledig | 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 VGZ Alarmcentrale. Verzorgt de VGZ Alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de VGZ Zorg App, op uw zorgpas of op onze website.