

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202402131

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 27 november 2024 een zaak voorgelegd aan SKGZ. De zaak is in behandeling genomen door de Ombudsman Zorgverzekeringen, die bij brief van 23 januari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar enkele vragen heeft gesteld. Alvorens de ziektekostenverzekeraar hierop had gereageerd, heeft verzoekster haar klacht bij de Ombudsman Zorgverzekeringen ingetrokken. Zij heeft bij e-mailbericht van 27 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 februari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 11 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 april 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 28 april 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025009544) aan de commissie meegedeeld geen adviestaak te hebben in dit geschil. Een kopie hiervan is op 29 april 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 juni 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Benfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoekster heeft op 12 juni 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een dubbele heup vervangende operatie, te ondergaan in Milaan, Italië.

- 2.3. Bij e-mailbericht van 15 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat een vergoeding wordt verleend van € 12.186,85 per heup, wat neerkomt op een vergoeding van totaal € 24.373,70.
- 2.4. Omdat de toegezegde vergoeding niet toereikend was, heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Verzoekster heeft de ingreep op 16 september 2024 ondergaan. De kosten hiervan bedroegen totaal € 30.818,63.
- 2.6. Bij brief van 28 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld geen adviestaak te hebben in dit geschil.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden haar de kosten van de in Milaan ondergane ingreep alsnog volledig te vergoeden.
- 3.2. Zij heeft hiertoe in een ongedateerde brief, gericht aan de commissie, verklaard dat zij zich heeft gewend tot een universitair ziekenhuis in Milaan dat bekend staat om zijn hoge zorgstandaarden en accreditatie bij het Italiaanse Nationale Gezondheidszorgsysteem (SSN). Verzoekster heeft op 12 juni 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een begroting ingediend. Aan de hand daarvan heeft de ziektekostenverzekeraar DBC-zorgproductcode 131999052 bepaald met een bijbehorende vergoeding van € 12.186,85 per heup. Ondanks uitgebreide correspondentie heeft de ziektekostenverzekeraar geen duidelijkheid gegeven over hoe dit bedrag is berekend en welke diensten het dekt. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat het OLVG in Amsterdam bijna € 16.000,- per procedure voor dezelfde DBC-productcode rekent. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling van verzoekster genegeerd, en gesuggereerd dat haar keuze om de ingreep bij het betreffende ziekenhuis in Milaan te ondergaan buitensporig was, omdat het als een privékliniek werd gepresenteerd. De keuze van verzoekster is er echter op gericht de best mogelijke zorg te ontvangen en postoperatieve ondersteuning te hebben, aangezien zij te zwak was om direct na de operatie terug naar Nederland te vliegen. Verzoekster verbleef bij een vriend die haar hielp tijdens haar herstel.
- 3.3. De uiteindelijke rekening van het ziekenhuis was conform de offerte € 30.818,63. De lage vergoeding door de ziektekostenverzekeraar resulteerde in een door verzoekster te betalen bedrag van € 6.444,93. Naast de operatie zelf omvatte de zorg acht nachten in het ziekenhuis. Deze hielden verband met de late timing van de operatie, aanzienlijk bloedverlies, en de complexiteit van een dubbele heupvervangings. Verzoekster was pas op de laatste dag in staat uit bed te komen, aangezien zij eerder bij elke poging daartoe het bewustzijn verloor. De uiteindelijke rekening dekte de kosten voor de operatiekamer en het personeel, vergoedingen voor de chirurgen, intensieve zorg na de operatie vanwege bloedverlies, acht dagen ziekenhuisopname, dagelijkse fysiotherapie tijdens het verblijf, twee aparte bloedtransfusies, een IV ijzerinfusie en follow-up doktersbezoeken na twee, drie en zes weken. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de volledige kosten van de ingreep te vergoeden.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat de kosten van de operatie hoger waren dan zij vergoed heeft gekregen. Het is voor haar duidelijk dat haar behandeling complexer was dan waarvoor de reguliere DBC codes zijn bedoeld, die worden gebruikt in Nederland. Zij heeft ook andere prothesen laten plaatsen dan hier te lande gebruikelijk zijn. Het gaat om keramiek op keramiek,

zonder gebruik van plastic. De heupgewrichten stonden in verschillende posities, zodat het een complexe operatie was. Tijdens de operatie verloor verzoekster veel bloed. Zij heeft twee bloedtransfusies gekregen en kon niet uit bed komen. Zij kreeg fysiotherapie op bed en kon niet eerder naar huis. Al deze zorg heeft geleid tot de rekening van bijna € 31.000,--. Verzoekster heeft er niet bij gerekend dat zij ook nog twee weken langer in Milaan is verbleven, omdat zij nog te zwak was om naar huis te gaan. Het gaat overigens niet om een privékliniek, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt. Vroeger was dit wel het geval, maar inmiddels maakt de kliniek deel uit van de reguliere zorg in Italië. Verzoekster heeft de goede keuze gemaakt in verband met haar gezondheid. Een reden hiervoor was ook dat de operatie beiderzijds in één keer kon plaatsvinden. Zij wilde een goede behandeling en had veel vertrouwen in de betreffende chirurg. Verzoekster heeft nooit een uiteenzetting gekregen van de ziektekostenverzekeraar over de wijze van berekening van de vergoeding. Daarom kon zij niet nagaan of het klopte. Zij wist niet hoe hij tot het bedrag van ruim € 12.000,-- was gekomen. Verzoekster heeft een financiële achtergrond en wilde daarom meer informatie hierover. Deze is, als gezegd, echter nooit gekomen. Zij heeft bovendien vernomen dat in het OLVG een dergelijke behandeling wordt gedaan voor € 16.000,-- per heup, terwijl dan maar één nacht opname aan de orde is. In Italië is vooraf een ‘assessment’ gedaan, en eventuele complicaties die de kosten hoger maken dan het begrote bedrag neemt het ziekenhuis voor zijn rekening. Verzoekster was tot niets in staat voorafgaand aan de ingreep; zij kroop met haar ellebogen over de grond.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster aanspraak heeft op een maximale vergoeding van € 24.373,70. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 26 augustus 2024 aangevoerd dat de zorgverzekering dekking biedt tot 100% van het Nederlandse marktconforme tarief. Dit houdt in dat de kosten van de zorg niet onredelijk hoog mogen zijn in vergelijking met het bedrag dat in Nederland geldt voor vergelijkbare zorg. De medisch adviseur heeft op basis van de gegevens in het dossier vastgesteld dat de meest passende DBC-zorgproductcode 131999052 betreft. Omdat het gaat om een dubbele heupoperatie, is deze DBC van toepassing op beide zijden. Revalidatie tijdens de opname valt onder deze DBC. Voor zover er na de ingreep revalidatie is gegeven, is niet gebleken dat verzoekster voldoet aan de hiervoor geldende voorwaarden.
- 4.2. In aanvulling hierop heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief aan de commissie van 11 april 2025 opgemerkt dat in dit geval de vergoedingen “Ziekenhuisopname” (p. 68-70) en “Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg” (p. 237-239) van de voorwaarden van de zorgverzekering van toepassing zijn. Hieruit volgt – kort gezegd – dat voor zorg in het buitenland dezelfde voorwaarden gelden als in Nederland en dat de zorgverzekering maximaal 100% van het Nederlandse tarief dekt. Met dit laatste wordt bedoeld het Nederlandse marktconforme tarief zoals beschreven in artikel 2.2 van het Besluit Zorgverzekering. Uit de jurisprudentie van de commissie volgt dat bij het vaststellen van het marktconforme tarief de zorgverzekeraar twee stappen dient uit te voeren. In de eerste stap moet de zorgverzekeraar tot een bandbreedte komen om vast te stellen welke tarieven nog als marktconform zijn aan te merken. Met betrekking tot het vaststellen van de bovenkant van de bandbreedte heeft de commissie, waar het gaat om medisch specialistische zorg, eerder bepaald dat het hoogste bij de berekening van het gemiddelde volgens Open DIS Data betrokken tarief nog als marktconform kan worden beschouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft hier navraag naar gedaan en hieruit is een bedrag gekomen van € 10.981,05 voor DBC-productcode 131999052. Aangezien het hier om een dubbele heupvervanging gaat, kan het bedrag tweemaal in rekening worden gebracht, hetgeen leidt tot een vergoeding van € 21.962,10. Door € 24.373,70 te vergoeden, heeft de ziektekostenverzekeraar reeds een hoger bedrag betaald dan strikt genomen noodzakelijk was op grond van de gegevens uit Open DIS Data. Toepassing van de tweede stap, te weten de individuele beoordeling, leidt tot de conclusie dat het bij verzoekster in rekening gebrachte bedrag van € 30.818,63 zodanig afwijkt dat dit niet meer als marktconform kan worden

beschouwd. De toelichting van verzoekster leidt niet tot een andere uitkomst, omdat alle zorg zoals door haar beschreven in haar verzoek aan de commissie en die welke volgt uit de facturen, valt onder de DBC die is bepaald. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de vergoeding door hem is vastgesteld overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden zodat verzoekster geen recht heeft op een hoger bedrag.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat verzoekster zelf een instelling voor behandeling mag kiezen. Zij heeft de behandeling ook netjes vooraf aangevraagd. Daarbij is haar uitgelegd dat er nooit meer wordt vergoed dan de zorg in Nederland zou hebben gekost. De zorg die in Italië is gegeven moest worden vertaald naar een Nederlandse DBC-zorgproductcode. Deze is ook genoemd in de stukken en gecommuniceerd aan verzoekster. Gekeken is verder naar het bedrag dat uit Open DIS Data komt. Het gaat daarbij om de gemiddelde kosten van de behandelingen die in Nederland worden gedeclareerd. Het hoogste bedrag dat is gebruikt om het gemiddelde te berekenen, is opgevraagd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en dit bleek € 10.981,05 te zijn. Het ging om een operatie beiderzijds, zodat de vergoeding op basis van de gegevens uit Open DIS Data totaal € 21.962,10 zou moeten zijn. De bandbreedte van de ziektekostenverzekeraar liep wat verder, omdat er soms ook nog boven dit bedrag wordt vergoed. Daarom is ook een hogere vergoeding toegekend dan het maximale bedrag dat uit Open DIS Data komt. Het verschil met de werkelijke kosten is dan nog zodanig groot dat er niet kan worden gezegd dat nog sprake is van een redelijk bedrag. Men gaat in Nederland uit van een gemiddeld verloop van een operatie die in de praktijk op verschillende manieren kan uitpakken, maar waarbij telkens hetzelfde bedrag wordt vergoed. Complicaties vallen onder de DBC. De prijs is een gemiddelde van de verschillende routes. In Nederland is men afgestapt van het systeem dat alle activiteiten los mogen worden gedeclareerd. Het geven van een kostenopbouw per verrichting, zoals verzoekster wenst, kan om die reden niet.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In zijn brief van 28 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De adviestaak van het Zorginstituut beperkt zich tot de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Door de behandeling (deels) te vergoeden erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoekster hier redelijkerwijs aangewezen op was. Nu de aanspraak op zorg niet in geschil is, heeft het Zorginstituut geen adviestaak in dit geschil. Het Zorginstituut brengt daarom geen advies uit.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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 80 van de ‘Algemene regels en Vergoedingen 2024’ van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg en het ‘marktconforme tarief’ alsmede de toepasselijke artikelen uit Verordening (EG) nr. 883/2004 en Verordening (EG) nr. 987/2009 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.

- 7.2. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Italië - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd.
- 7.3. In dit geval heeft verzoekster voorafgaand aan de ingreep toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de uitgevoerde ingreep behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering en dat verzoekster hierop redelijkerwijs was aangewezen. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar zich niet erop beroepen dat de ingreep binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland had kunnen plaatsvinden, hetgeen voor hem grond had kunnen zijn de gevraagde toestemming te weigeren. Volgens verzoekster is het betrokken ziekenhuis geaccrediteerd “bij het Italiaanse Nationale Gezondheidszorgsysteem (SSN)” en wordt ten onrechte gesuggereerd dat het om een privékliniek zou gaan. De commissie vat haar stellingen aldus op dat onder de Italiaanse sociale ziektekostenverzekering dekking bestaat. De toestemming volgens artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 werd onder deze omstandigheden ten onrechte geweigerd. Gelet op artikel 26, zesde lid, in samenhang met artikel 25, vijfde lid, van Verordening (EG) nr. 987/2009 ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar bij het uitvoeringsorgaan van de Italiaanse sociale ziektekostenverzekering een zogenoemd tarifieringsverzoek te doen. Indien de uitkomst hiervan is dat geen volledige vergoeding kan plaatsvinden op grond van die verzekering, geldt ten aanzien van de vergoeding op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering, al dan niet aanvullend op een eventuele vergoeding op basis van tarifiering, het volgende.

Zorgverzekering

- 7.4. De ziektekostenverzekeraar is bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van DBC-zorgproductcode 131999052 met als omschrijving: “*Totale heup operatie/ Implantatie heupprothese bij artrose | met VPLD | Botspierstelsel ziekte/ laat gev trauma*”. Het betreft een code uit het zogenoemde vrije segment, waarbij de tarieven niet zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Door verzoekster is niet aangevoerd dat deze code onjuist is en welke code in dat geval volgens haar zou moeten worden gehanteerd. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat genoemde code juist is. De vraag die vervolgens moet worden beantwoord, is welke vergoeding bij deze DBC-zorgproductcode hoort.
- 7.5. In eerdere zaken heeft de commissie, uitgaande van het arrest van het hof Arnhem-Leeuwarden (ECLI:NL:GHRL:2021:9573), bekrachtigd door de Hoge Raad in zijn arrest van 21 april 2023 (ECLI:NL:HR:2023:664), overwogen dat, volgens de door het hof (in r.o. 5.11) beschreven tweestappentoets als eerste stap dient te worden vastgesteld welke tarieven de overige zorgaanbieders voor eenzelfde behandeling (zorgvorm) in rekening brengen. Die tarieven vormen, indien zij onderling geen onredelijke verschillen vertonen, een bandbreedte van tarieven die in de Nederlandse markt voor een specifieke behandeling (zorgvorm) als marktconform kunnen worden beschouwd. Als tweede stap moet - indien een nota afwijkt van de in de eerste stap bepaalde bandbreedte - worden beoordeeld of de hoogte van de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van de bandbreedte door middel van een individuele beoordeling. Het individuele karakter van deze toets brengt mee dat de zorgverzekeraar niet een beleid kan hanteren waarbij hij boven een bepaald bedrag iedere vergoeding uitsluit, omdat dat neerkomt op het zelf bepalen van het maximum. Het hof overweegt dat zorgverzekeraars wel aan de hand van een algemeen beleid (met indicatieve tarieven) een eerste selectie mogen maken van volgens hen niet

marktconforme tarieven, mits zij daarna op individuele basis aangeven waarom het gedeclareerde tarief ten opzichte van de marktconforme bandbreedte excessief is.

- 7.6. Met betrekking tot het vaststellen van de bovenkant van eerdergenoemde bandbreedte heeft de commissie, waar het gaat om medisch specialistische zorg, eerder bepaald dat het hoogste bij de berekening van het gemiddelde volgens Open DIS Data betrokken tarief nog als marktconform kan worden beschouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie in de heroverweging toegelicht dat hij voor het bepalen van de bovenkant van de bandbreedte het bedrag neemt waar 95% van de Nederlandse zorgaanbieders onder blijft. Zoals blijkt uit de jurisprudentie (zie ECLI:NL:HR:2023:664), is dit voor de bepaling van het marktconforme tarief een onjuiste maatstaf, omdat een declaratie die behoort tot de bovenste 5% declaraties niet automatisch excessief is. De juiste methode is als gezegd (i) het bepalen van een bandbreedte waarbinnen tarieven voor een specifieke behandeling nog als marktconform kunnen worden beschouwd. Vervolgens dient (ii) op individuele basis te worden beoordeeld of de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van deze bandbreedte.
- 7.7. In zijn brief aan de commissie van 11 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat hij de correcte methode heeft toegepast en dat hij daartoe aan de hand van Open DIS data heeft bepaald wat het hoogste bedrag is dat in de Nederlandse marktomstandigheden nog als passend kan worden beschouwd. Hieruit kwam een vergoeding van totaal € 21.962,10, wat lager is dan de vergoeding van € 24.373,70 die reeds aan verzoekster is verleend. Het notabedrag van € 30.818,63 wijkt fors af van het hoogste tarief in Open DIS Data. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar daarom volgen in zijn stelling dat bij de individuele beoordeling is geconcludeerd dat het notabedrag ten opzichte van de bovenkant van de bandbreedte van het marktconforme tarief excessief is. Door de ziektekostenverzekeraar is onweersproken gesteld dat alle door verzoekster in Italië genoten zorg is begrepen in de DBC. Wat betreft de verwijzing, door verzoekster, naar het tarief dat door het OLVG in Amsterdam wordt gehanteerd, stelt de commissie vast dat geen stukken zijn overgelegd waarin wordt bevestigd dat bij toepassing van dezelfde DBC-zorgproductcode door dit ziekenhuis per heup € 16.000,- in rekening wordt gebracht en door de zorgverzekeraars vergoed. Verzoekster heeft om die reden geen aanspraak op een hogere vergoeding dan reeds aan haar is verleend, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanvullende dekking voor de bij verzoekster uitgevoerde ingreep, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.
- 7.9. De commissie ziet aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden.

Slotsom

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar een tarifieringsverzoek moet doen bij het Italiaanse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 10 juli 2025,

J.J.M. Linders

● Medisch specialist

De medisch specialist werkt meestal in het ziekenhuis. Daarom wordt deze zorg ook wel ziekenhuiszorg genoemd.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
	De meeste ziekenhuiszorg
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist¹. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (zbc)² of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. En is als behandelaar verantwoordelijk voor uw zorgvraag. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een [scan](#) of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de verantwoordelijke behandelaar ook een SEH-arts³, een verpleegkundig specialist of een physician assistant⁴ zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg⁵, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de [Ziekenhuisopname](#).

Voor sommige behandelingen gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld. Bijvoorbeeld:

- [Medisch-specialistische revalidatie](#)
- [Plastische chirurgie](#)
- [Vruchtbaarheidsbehandelingen](#) / [Ivf](#)

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Andere vergoedingen

Deze behandelingen krijgt u soms wel in het ziekenhuis, maar ze vallen niet onder de vergoeding die u nu leest:

- [Kaakchirurgie](#)
- [Geneeskundige ggz](#)
- [Opname voor geneeskundige ggz](#)

Ziekenhuis en medisch specialist

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende zorg niet. De aanvullende verzekering soms wel:

- [Sterilisatie of een hersteloperatie daarvan](#)

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de medisch specialist betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist⁶ zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg⁷ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

In drie situaties moet u vooraf toestemming vragen:

- 1 Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg⁸ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven.
- 2 U moet ons toestemming vragen voor controle, onderzoek of behandeling in een aantal zbc's⁹. Die staan op ons [Overzicht zbc's met toestemming](#). U vraagt bij uw intake om een behandelplan en offerte. Daarmee kunt u bij ons [toestemming](#) vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg (na uw eerste consult) niet. Wilt u naar 1 van deze zbc's? Neem dan eerst contact op met onze [ZorgConsulent](#).
- 3 Soms moet u ons ook vooraf toestemming vragen voor de volgende behandelingen en onderzoeken:
 - een uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie)
 - behandelingen Complex Chronische Longaandoeningen (CCL)

Staat uw zorgverlener in ons [Overzicht toestemmingsvrije instellingen](#) voor CCL of polysomnografie? Dan hoeft u niets te doen. Met die instellingen hebben wij afspraken over toestemming. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u ons [toestemming](#) vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat we nooit meer vergoeden dan de marktconforme prijs.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc¹⁰ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor [spoedeisende](#) en voor [niet-spoedeisende](#) (voorzien) zorg in het buitenland.

Ziekenhuis en medisch specialist

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere medisch specialist.

WachtlIJst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
2. (zbc): Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
4. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
5. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtiek
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde
9. Zbc's: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
10. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● Ziekenhuisopname

Soms is een opname in het ziekenhuis nodig om beter te worden.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Max. 3 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort
Zorgplan	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

● Wat u vergoed krijgt

Kleinere operaties en onderzoeken vinden meestal plaats op de polikliniek van een ziekenhuis of in dagopname¹. U kunt dan dezelfde dag weer naar huis.

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist² of de kaakchirurg³ in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg⁴
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Soms is opname in het ziekenhuis niet meer nodig. Maar heeft u nog wel een hoog risico op ernstige complicaties waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als u CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als uw eigen huis te ver weg is. Bij dat verblijf is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. De vergoeding hiervoor is maximaal € 89 per dag.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Zorgplan hebben een vergoeding om uw verblijf comfortabeler te maken, bijvoorbeeld met een eenpersoonkamer. Die staat bij Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (zbc)⁵
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

Ziekenhuis en medisch specialist

Als u zonder verpleging of zorg in de buurt van het ziekenhuis moet verblijven:

- logeerhuis bij het ziekenhuis
- hotel of andere betaalde overnachting

Andere vergoedingen

Er zijn nog andere soorten zorg waarvoor u kunt worden opgenomen. Daarom staan deze apart vermeld:

- [Opname voor geneeskundige ggz](#)
- [Eerstelijns verblijf](#)
- [Medisch-specialistische revalidatie](#)
- [Geriatrische revalidatie](#)
- [Zintuiglijk gehandicaptenzorg](#)

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist⁶ zijn. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg⁷ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg⁸ staan, vergoeden wij de opname alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven.

Soms moet u ons ook toestemming vragen als u wordt opgenomen voor de volgende behandelingen en onderzoeken:

- een uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie)
- behandelingen Complex Chronische Longaandoeningen (CCL)

Staat uw zorgverlener in ons [Overzicht toestemmingsvrije instellingen](#) voor CCL of polysomnografie? Dan hoeft u niets te doen. Met die instellingen hebben wij afspraken over toestemming. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u ons vooraf [toestemming](#) vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de opname niet.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat we nooit meer vergoeden dan de marktconforme prijs.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de ziekenhuisopname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

Ziekenhuis en medisch specialist

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Voor een geplande opname in het buitenland moet u bijvoorbeeld vooraf toestemming van ons hebben.

Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
3. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. (zbc): Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*