

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202501115

Partijen

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

en

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen,

2) Menzis N.V. te Wageningen,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 1 juli 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 9 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 9 september 2025, aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 oktober 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld bewijs over te leggen van de betaling van de factuur van 24 januari 2025 van de Hirslanden Klinik. Bij e-mailbericht van 20 oktober 2025 heeft verzoekster de commissie meegedeeld het betaalbewijs niet te verstrekken en zo snel mogelijk een uitspraak van de commissie te willen. Een afschrift van dit e-mailbericht is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 250 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is op 14 december 2024 naar Zürich (Zwitserland) afgereisd om daar familieleden te bezoeken. Al vóór het vertrek had zij bij een medisch specialist in de Hirslanden Klinik te Zürich een afspraak gemaakt om een second opinion te laten uitvoeren in verband met bestaande

buikklachten. Verzoekster bezocht deze kliniek op 16 december 2024. Op 19 december 2024 is zij in de Hirslanden Klinik opgenomen, waarna een operatie volgde op 20 december 2024. Bij terugkomst in Nederland heeft verzoekster de van de kliniek in Zürich ontvangen nota's gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Bij uitkeringsbericht van 11 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld hiervoor geen vergoeding te verlenen.

- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door haar in Zürich gemaakte kosten van zorg in de periode van 16 december 2024 tot en met 25 december 2025, te weten een bedrag van totaal € 41.774,31, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft toegelicht dat zij in 2011 met spoed is geopereerd in verband met een acute blindedarmontsteking. Sindsdien heeft verzoekster voortdurend klachten ondervonden, waarvoor zij ook onder behandeling is geweest bij verschillende medisch specialisten in Nederland. Deze behandelingen hebben geen effect gehad, omdat de klachten door zowel de huisarts als de artsen niet serieus werden genomen. Telkens werd er een onjuiste diagnose gesteld. In de loop van 2024 verergerde de pijn en heeft verzoekster opnieuw medische hulp gezocht, waarna zij tussen juli en december 2024 in ziekenhuizen in Groningen diverse onderzoeken heeft moeten ondergaan. Ook deze onderzoeken hebben niet geleid tot een juiste diagnose, sterker nog, de pijnklachten verergerden. Uiteindelijk konden de betrokken medisch specialisten verzoekster niet helpen en is zij doorverwezen naar het Radboud UMC voor verder onderzoek. Daar bleek een wachttijd te zijn van langer dan zes maanden. Omdat verzoekster graag een second opinion wilde, had zij voor 16 december 2024 een afspraak gemaakt bij een medisch specialist in de Hirslanden Klinik in Zürich.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 27 maart 2025 heeft verzoekster toegelicht dat zij in Zürich ook familieleden wilde bezoeken en daarom al op 14 december 2024 naar Zwitserland was afgereisd. Tijdens de reis daar naartoe en kort na aankomst verergerden de klachten. Het op 16 december 2024 geplande consult kwam dan ook geen dag te vroeg. De medisch specialist in de Hirslanden Klinik beoordeelde de situatie als zeer acuut en heeft verzoekster nog dezelfde week (op 20 december 2025) geopereerd. De diagnose luidde: stenose van de anastomose, knik in het terminale deel van de tractus ileum en adhesies.
- 3.4. Na terugkomst in Nederland heeft verzoekster de van de kliniek in Zürich ontvangen nota's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Deze weigert de kosten te vergoeden en stelt zich op het standpunt dat (i) geen sprake was van een acute situatie en (ii) een verwijzing ontbreekt. Beide afwijzingsgronden zijn onjuist, omdat verzoekster na terugkomst in Nederland contact heeft gezocht met de ANWB Alarmcentrale. Deze beoordeelde aan de hand van enkele stukken dat destijds wél sprake was van een acute situatie. Het is opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar op basis van dezelfde informatie tot een ander oordeel komt. Daarnaast geldt dat in de situatie waarin verzoekster verkeerde niet kan worden verlangd dat een arts uit Nederland een verwijzing geeft voor een operatieve ingreep in Zwitserland.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij op enig moment is verwezen naar het Radboud UMC omdat daar een operatietechniek wordt toegepast waarbij ook littekenweefsel kan worden verwijderd. De wachttijd hiervoor bedroeg echter meer dan één jaar, waarna verzoekster op zoek is gegaan naar alternatieven in het buitenland. Via via is zij uitgekomen bij een darmspecialist in de

Hirslanden Klinik in Zürich. Uiteindelijk bleek tijdens de op 16 december 2024 uitgevoerde second opinion deze medisch specialist de gewenste operatietechniek niet toepaste. Omdat de arts op basis van de uit Nederland meegebrachte MRI-scans weinig kon doen, was nader onderzoek noodzakelijk. In de dagen na het consult leefde verzoekster met veel pijn, die alleen met zware medicatie enigszins onder controle kon worden gehouden. Op de avond van 18 december 2024 werd de pijn ondraaglijk en alleen met hulp van nog zwaardere pijnmedicatie en slaaptabletten is zij de nacht doorgekomen. De volgende dag is verzoekster opgenomen in de Hirslanden Klinik en de behandelend medisch specialist constateerde dat er in de dunne darm een knik zat. Aangezien de pijnklachten ondraaglijk waren, kan verzoekster het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake was van een spoedeisende situatie niet volgen. De medisch specialist beoordeelde de situatie wel als spoedeisend, aangezien verzoekster al op 20 december 2024 kon worden geopereerd. Eerder kon de operatie niet plaatsvinden omdat verzoekster op 19 december 2024 nog niet nuchter was. Haar partner was na het uitvoeren van de second opinion niet meer in Zwitserland, zodat er niemand was die contact kon opnemen met de ziektekostenverzekeraar of de alarmcentrale. Later heeft de ANWB Alarmcentrale, anders dan de ziektekostenverzekeraar, beoordeeld dat indertijd wél sprake was een spoedeisende situatie. De kosten van de opname in de Hirslanden Klinik zijn voorgeschoten door familieleden die in Zwitserland woonachtig zijn. Daarnaar door de commissie gevraagd heeft verzoekster verklaard dat de op de factuur van de Hirslanden Klinik vermelde betaaldatum (17 december 2024) niet kan kloppen.

- 3.6. Bij e-mailbericht van 20 oktober 2025 heeft verzoekster de commissie meegedeeld het gevraagde betaalbewijs van de factuur van de Hirslanden Klinik omwille van de voortgang van de procedure niet over te leggen. Verzoekster wil de nare situatie achter zich laten en is daarom gebaat bij een snelle uitspraak van de commissie.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoekster in de eerste plaats stelt dat de operatieve ingreep die zij in Zürich heeft ondergaan spoedeisend was. Hiertoe geldt dat als spoedeisende zorg wordt aangemerkt zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. In de situatie van verzoekster speelde dit niet, aangezien zij - voorafgaand aan haar vertrek naar Zürich - op 9 december 2024 telefonisch contact heeft gehad met de afdeling Zorgadvies over de vergoeding van een operatie in Zwitserland omdat daar wel de benodigde expertise aanwezig was. De medewerker van de afdeling Zorgadvies heeft verzoekster toen geïnformeerd over de noodzaak van het indienen van een aanvraag. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster echter geen aanvraag ontvangen.
- 4.2. Ook anderszins zijn er geen aanknopingspunten te vinden dat sprake zou zijn van een acuut probleem. De klachten van verzoekster bestonden al langer en tijdens het verblijf in Zwitserland zat er enige tijd tussen het eerste consult en de operatie. Dit alles wijst erop dat geen sprake was van een acuut medisch probleem dat direct moest worden verholpen. De stelling van verzoekster dat de ANWB Alarmcentrale tot een andere conclusie kwam maakt dit niet anders, omdat deze organisatie pas is benaderd toen verzoekster al terug was in Nederland. Daarnaast had de ANWB Alarmcentrale alleen de beschikking over de brief van 19 februari 2025 van de medisch specialist uit Zürich. Hierin wordt weliswaar gesproken over acute klachten die direct moesten worden verholpen, maar wat wordt beschreven staat haaks op wat dezelfde arts heeft verklaard in het medisch rapport. In dit rapport wordt namelijk geen melding gemaakt van ernstige pijnklachten waarvoor een spoedingreep noodzakelijk was. Al met al kan niet worden gesproken van een situatie die direct medisch ingrijpen verlangde.
- 4.3. Aangezien niet kan worden gesproken van spoedeisende zorg, dient aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering te worden beoordeeld of aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van planbare zorg. Hiervoor geldt dat voor een voor een geplande behandeling in het

buitenland, net als in Nederland, een schriftelijke verwijzing nodig is van de huisarts of een medisch specialist. De verwijzing moet vóór de behandeling zijn afgegeven. In de situatie van verzoekster is daarvan geen sprake. Verzoekster heeft op eigen initiatief een afspraak gemaakt bij de arts in Zürich waarop een operatie is gevolgd. Aangezien verzoekster niet beschikt over een voorafgaande verwijzing van een (huis)arts, bestaat geen aanspraak op vergoeding van de in Zwitserland gemaakte zorgkosten.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar voor zijn standpunt verwezen naar zijn brief van 9 september 2025 aan de commissie. Dit houdt in dat, hoewel de ziektekostenverzekeraar begrip heeft voor de situatie waarin verzoekster verkeerde, uit de stukken niet blijkt dat sprake was van een spoedeisende situatie. Dit is namelijk alleen aan de orde als een verzekerde zonder de ingreep komt te overlijden of ernstige gezondheidsschade oploopt. Verzoekster verwijst in dit verband naar de ANWB Alarmcentrale, die heeft verklaard dat bij haar sprake was van een spoedeisende situatie. Hiertoe geldt in de eerste plaats dat het ongebruikelijk is dat de Alarmcentrale achteraf tot een beoordeling van de spoedeisendheid overgaat. Daarnaast heeft de ANWB zich bij dit oordeel alleen gebaseerd op één verklaring van de behandelend arts; de andere stukken zijn niet door of namens verzoekster verstrekt. De betreffende verklaring is overigens opgesteld nádat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten had afgewezen, maar nog belangrijker is dat de inhoud van de verklaring niet overeenkomt met wat dezelfde arts in het medisch rapport van 8 januari 2025 betreffende de opname heeft verklaard. Zo valt in de door de ANWB ontvangen verklaring te lezen dat de pijnklachten de dagen daarvoor in ernst waren toegenomen en dat uit onderzoek was gebleken dat een stenose en adhesies waren gevonden. Deze essentiële informatie wordt in het medisch rapport van 8 januari 2025 niet vermeld. Verder moet erop worden gewezen dat niet alle beschikbare informatie met de ANWB Alarmcentrale is gedeeld. De alarmcentrale heeft selectief informatie ontvangen en op basis van slechts één verklaring geoordeeld dat destijds sprake was van een spoedeisende situatie. Voor zover verzoekster stelt dat zij niet tijdig in Nederland kon worden geholpen, geldt dat uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare informatie niet blijkt dat er contact is opgenomen met het verzoek om zorgbemiddeling.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de eis van voorafgaande verwijzing zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepalingen uit Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en 987/2009, en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoekster heeft zorg genoten in Zwitserland. Hoewel Zwitserland geen lidstaat is van de EU/EER volgt uit een verdrag van de EU met de Zwitserse Bondsstaat dat Verordening(EG) nr. 883/2004 hier onverkort geldt. Op grond van artikel 19 van de verordening heeft een verzekerde recht op vergoeding van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in een andere EU-lidstaat – of, in dit geval, Zwitserland – op basis van de sociale ziektekostenverzekering van die lidstaat (Zwitserland). Hiervoor kan de European Health Insurance Card (EHIC) worden gebruikt. De EHIC is door verzoekster niet getoond of niet

geaccepteerd door de Zwitserse zorgaanbieder en verzoekster heeft de nota zelf voldaan. Op grond van artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 kan ook nadat de zorg heeft plaatsgevonden worden beoordeeld of sprake was van medisch noodzakelijke zorg tijdens het verblijf. Verzoekster heeft gesteld dat dit bij haar aan de orde was, aangezien de pijnklachten na aankomst in Zwitserland verergerden, zodanig dat op 19 december 2024 tot een operatie werd besloten.

- 6.3. De commissie merkt op dat het enkele feit dat de bij verzoekster – reeds langer bestaande – pijnklachten na aankomst ter plaatse waren verergerd niet direct maakt dat kan worden gesproken van zorg die tijdens het verblijf medisch noodzakelijk is geworden. Het staat vast dat verzoekster op 14 december 2024 naar Zürich is gereisd en dat zij vooraf een afspraak had gemaakt met een medisch specialist aldaar, uit onvrede met de medische zorg in Nederland. Vast staat ook dat zij zich eerst op 16 december 2024 heeft gemeld bij deze arts voor een second opinion. Verzoekster heeft hierover ter zitting verklaard dat de medisch specialist voor haar toen weinig kon betekenen omdat verder onderzoek naar de klachten noodzakelijk was. In de avond van 18 december 2024 verergerden volgens verzoekster de pijnklachten, waarna zij op 19 december 2024 werd opgenomen en op 20 december 2024 is geopereerd. Daarom zou sprake zijn van medisch noodzakelijke zorg tijdens het verblijf.

De commissie stelt vast dat verzoekster deze gang van zaken niet met stukken heeft onderbouwd. In plaats daarvan beschrijft de behandelend medisch specialist in het medisch rapport van 8 januari 2025 niets over ernstige pijnklachten waarvoor een spoedingreep noodzakelijk was. Het betroffen volgens hem chronische klachten. Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoekster niet gemotiveerd weersproken, dat zij al voordat zij naar Zürich vertrok telefonisch bij hem heeft geïnformeerd naar de vergoeding van de kosten van een aldaar uit te voeren operatie. De stelling van verzoekster in dit verband dat bij de second opinion op 16 december 2024 bleek dat in de Hirslanden Klinik de door haar gewenste ingreep – waarvoor in het Radboud UMC een wachttijd van een jaar bestond – niet werd uitgevoerd, overtuigt niet. Verder blijkt uit de factuur van de Hirslanden Klinik van 24 januari 2025 dat de kosten van de opname en de daaropvolgende operatie al op 17 december 2024, derhalve voorafgaand aan de verergering van de pijnklachten in de avond van 18 december 2024, zijn betaald. Verzoekster heeft weliswaar gesteld dat de datum van 17 december 2024 onjuist is, maar zij heeft, nadat zij hiertoe door de commissie in de gelegenheid werd gesteld, geen bewijs overgelegd waaruit de juistheid van haar stelling blijkt. Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat de in Zwitserland genoten zorg niet is aan te merken als medisch noodzakelijke zorg tijdens het verblijf als bedoeld in artikel 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Dat de ANWB Alarmcentrale dit, zoals verzoekster stelt, anders zou hebben beoordeeld, leidt niet tot een andere conclusie. Het staat immers vast dat dit oordeel was gebaseerd op onvolledige gegevens en bovendien achteraf tot stand is gekomen. Er is naar zijn aard dan ook sprake van planbare zorg.

- 6.4. 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 – of, in dit geval, Zwitserland – als de verzekerde hiervoor voorafgaand aan de behandeling 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. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet vooraf om toestemming gevraagd zodat toetsing aan artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 achterwege kan blijven. 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. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld noch gebleken. Een en ander leidt ertoe dat voor de aanspraak op vergoeding moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.5. Op basis van het bepaalde op pagina 37 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg. Onder het kopje ‘verwijzing’ is opgenomen dat de verzekerde een vooraf afgegeven schriftelijke verwijzing van een huisarts, medisch specialist, klinisch fysicus, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten dient over te leggen. Een voorafgaande verwijzing is niet nodig als sprake is van spoedeisende zorg.

Aangezien de commissie hiervoor in het kader van de verordening heeft geconcludeerd dat in het geval van verzoekster niet kan worden gesproken van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf, hetgeen een lichtere eis is dan ‘spoedeisende zorg’, diende verzoekster te beschikken over een vooraf afgegeven schriftelijke verwijzing. Deze voorwaarde is niet slechts een formaliteit waaraan achteraf kan worden voldaan, zoals blijkt uit eerdere bindende adviezen van de commissie (onder meer: GcZ 18 augustus 2021, 202100703). Artikel 14, tweede lid, Zvw bepaalt namelijk uitdrukkelijk dat medisch specialistische zorg slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. Nu een voorafgaande schriftelijke verwijzing ontbreekt, is vergoeding van de in Zwitserland gemaakte kosten terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 november 2025,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

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.

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

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. (...)*”