



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, onderzoek en behandeling van Late Stage Lyme Disease en S.I.BO., stand wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202000134

Zittingsdatum : 7 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft per brief van 2 juni 2020 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 8 juli 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 13 juli 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 21 augustus 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020031418) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 26 augustus 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2020 gehoord.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd nader te onderzoeken of (i) het eerste consult is of wordt vergoed op basis van 75% van het marktconforme tarief, en (ii) of de ter zitting door verzoekster bevestigde diagnose leidt tot een andere beslissing. Op 28 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de door de commissie gestelde vragen beantwoord. Een kopie van deze reactie is op 3 november 2020 aan verzoekster gezonden, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft zij geen gebruik gemaakt.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en een kopie van de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 28 oktober 2020 zijn op 24 november 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 4 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Collectief en Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster kampt al sinds zij het zich kan herinneren met vermoeidheidsklachten. De verschillende behandelingen en therapieën hebben in de afgelopen jaren niet ertoe geleid dat deze klachten afnamen. Sterker nog, er kwamen steeds meer klachten bij. De behandelend reumatoloog heeft vastgesteld dat verzoekster lijdt aan fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom en het irritable bowel syndrome (IBS). Omdat de medisch specialisten niet wisten waar bepaalde klachten door werden veroorzaakt, heeft verzoekster zelf besloten zich in Duitsland te laten testen op de ziekte van Lyme. De uitkomst hiervan was positief.

3.3. Uiteindelijk is verzoekster verwezen naar prof. dr. De Meirleir in Brussel, België. Deze arts heeft voorgesteld haar te onderzoeken en verder te behandelen. Verzoekster en een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar hebben op 12 december 2019 contact gehad via WhatsApp over de vergoeding van de kosten van de onderzoeken en behandeling door prof. dr. De Meirleir.

3.4. Eind 2019 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van de onderzoeken en behandelingen door prof. dr. De Meirleir te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster per brief van 7 januari 2020 meegedeeld dat deze kosten niet worden vergoed.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 14 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 17 augustus 2020 heeft het Zorginstituut per brief de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarbij heeft het Zorginstituut het volgende geconcludeerd:

"Niet kan worden beoordeeld of de onderzoeken en/of behandelingen in geschil voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast kan niet worden vastgesteld of verzoekster een indicatie heeft voor de ziekte van Lyme."

3.7. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 4 december 2020 het volgende verklaard:

"Zoals eerder in het voorlopig advies van augustus 2020 aangegeven heeft verzoekster aanhoudende niet specifieke klachten of zoals in de CBO richtlijn verwoord 'chronische Lyme-geassocieerde klachten zonder aantoonbare organische afwijkingen'.

(...)

... niet duidelijk is waarop de door dr. Meirleir gestelde diagnose post-Lyme berust.

Verder blijkt nog steeds niet uit het verslag waarom op basis van de specifieke klachten die verzoekster heeft, aan de diagnoses SIBO en systemische klachten door LPS wordt gedacht en vervolgens deze diagnoses worden gesteld en behandeld."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de onderzoeken en de behandeling door prof. dr. De Meirleir moet vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Daarom is er sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.
- 6.3. Verzoekster heeft gevraagd de onderzoeken en de behandeling door prof. dr. De Meirleir te vergoeden. Zij heeft in dat verband gesteld dat bij de in januari 2020 uitgevoerde onderzoeken weliswaar niet is gebleken dat zij de ziekte van Lyme heeft, maar hieruit is wel naar voren gekomen dat zij een bacterie bij zich draagt. Deze schadelijke bacterie kwam oorspronkelijk uit haar darmen en heeft zich inmiddels door haar hele lichaam verspreid. Voor de bestrijding van deze bacterie en de overige aandoeningen, waaronder fibromyalgie, wordt verzoekster volgens haar verklaring behandeld door prof. dr. De Meirleir. Deze behandeling bestaat uit onder andere het geven van vitamine B12-injecties.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek de onderzoeken en de behandeling door prof. dr. De Meirleir te vergoeden afgewezen. Dit omdat deze niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
Het eerste consult dat heeft plaatsgevonden is door de ziektekostenverzekeraar conform de verzekeringsvoorwaarden (75% van het Nederlands marktconforme bedrag) vergoed. Hierover bestaat tussen partijen geen verschil van mening.
- 6.5. Prof. dr. De Meirleir heeft verklaard dat verzoekster lijdt aan post-Lyme Disease en S.I.B.O. (small intestine bowel overgrowth) met systemische klachten als gevolg van LPS (lipopolysacchariden). Verzoekster heeft desgevraagd ter zitting bevestigd dat de gestelde diagnose door haar wordt onderschreven.
Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet de commissie beoordelen of de onderzoeken en de behandeling van prof. dr. De Meirleir bij de hiervoor genoemde indicaties voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, tot uitgangspunt.
- 6.6. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.7. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de

behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten (de 'goudenstandaardbehandeling'), dan wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op 'evidence' van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

6.8. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de zorg in kwestie overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.

6.9. Het Zorginstituut heeft de door partijen overlegde stukken bekeken en is zowel in zijn voorlopig advies van 21 augustus 2020 als in zijn definitief advies van 4 december 2020 tot de volgende conclusie gekomen:

"Welke onderzoeken en behandelingen zijn of worden gedaan door prof. dr. De Meirleir is op basis van het dossier niet duidelijk. Daarom kan niet worden beoordeeld of de onderzoeken en/of de behandelingen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk."

6.10. Zoals onder 6.5 is opgemerkt, wordt verzoekster door prof. dr. De Meirleir behandeld vanwege post-Lyme Disease en S.I.B.O. (small intestine bowel overgrowth) met systemische klachten als gevolg van LPS (lipopolysacchariden). Uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat onvoldoende (medische) informatie beschikbaar is om te kunnen beoordelen of de door prof. dr. De Meirleir uitgevoerde onderzoeken en de behandeling bij de gegeven indicaties voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.


6.11. Uit het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, volgt dat de stelplicht en de bewijslast met betrekking tot de vraag of een behandeling tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort in beginsel bij de verzekerde berusten. Weliswaar mag van de ziektekostenverzekeraar worden verwacht dat hij zijn betwisting van de stelling van de verzekerde naar behoren met relevante feiten en gegevens onderbouwt. Op hem rust echter geen verzwaarde stelplicht. De ziektekostenverzekeraar beschikt immers - aldus de Hoge Raad - in de regel niet over bijzondere, niet voor anderen toegankelijke gegevens aan de hand waarvan beoordeeld kan worden of een behandeling tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort, wat grond kan zijn voor het aannemen van een dergelijke plicht.

6.12. De commissie sluit zich bij de overwegingen van de Hoge Raad aan. De stelplicht en de bewijslast rusten op verzoekster. Uit de door haar overgelegde (medische) informatie kan niet worden geconcludeerd dat de onderzoeken en de behandeling door prof. dr. De Meirleir voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij die stand van zaken heeft verzoekster geen recht op vergoeding van de betreffende kosten ten laste van de zorgverzekering. Dat de ziektekostenverzekeraar het eerste consult wel gedeeltelijk heeft vergoed, maakt het voorgaande niet anders.

6.13. De commissie concludeert dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening voor de onderzoeken en de behandeling door prof. dr. De Meirleir in verband met post-Lyme Disease en S.I.B.O. (small intestine bowel overgrowth) met systemische klachten als gevolg van LPS (lipopolysacchariden), terecht werd geweigerd en dat ook op basis van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.14. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

 6.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 januari 2021,



J.W. Heringa



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Besluit zorgverzekering

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 gehemeltepleten, 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.

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.

Zorgverzekeringswet

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.

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. (...)*”

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan alle volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

De zorg is als verzekerde zorg genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden.

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die

zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.).