



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, medisch-specialistische zorg, neurostimulatie, stand wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art 20. Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 201801922

Zittingsdatum : 15 april 2020



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
vertegenwoordigd door de heer C te B,

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. Op 8 januari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 13 februari 2019 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 14 januari 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 19 februari 2019 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) aan de commissie meegedeeld dat op dat moment nader onderzoek gaande was met als doel te beoordelen of neurostimulatie bij chronische zenuwpijnklasten voldoet aan de stand van de wetenschap en praktisch. De uitkomsten van dit onderzoek zouden leiden tot een duiding van het Zorginstituut, waaruit blijkt of aan dit criterium wordt voldaan en zo ja, onder welke voorwaarden de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Deze duiding werd verwacht in het vierde kwartaal van 2019. De commissie heeft hierop besloten de behandeling van het geschil tot die tijd aan te houden. Partijen zijn hierover geïnformeerd op 19 februari 2019.
- 2.4. Op 10 december 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2019007694) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 11 december 2019 aan partijen gestuurd. Daarbij zijn zij in de gelegenheid gesteld op het voorlopig advies te reageren. Van deze gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar is de mogelijkheid geboden om gehoord te worden. Beiden partijen hebben verklaard af te zien van deze mogelijkheid.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor neurostimulatie bij chronische zenuwpijnklasten. Zij wenst deze behandeling te ondergaan in het Sint-Augustinusziekenhuis in België.

- 3.3. Op 21 augustus 2018 heeft de behandelend neurochirurg over verzoekster verklaard:
"(...) "De patiënte wordt op eigen initiatief op de raadpleging gezien naar aanleiding van een aanslepend pijnsyndroom. Bij nauwkeurige anamnese geeft patiënte vooral pijnklachten weer ter hoogte van de rechterschouder en rechterarm. Patiënte vermeldt dat deze pijnklachten zijn ontstaan naar aanleiding van een schouderoperatie voor een complexe fractuur van de humerus na een val. Patiënte vermeldt wel dat zij reeds voor de val ook forse pijnklachten had ter hoogte van de rechterschouder. In de postoperatieve fase zijn deze pijnklachten echter progressief toegenomen met opstoten van pijn gelokaliseerd ter hoogte van de anterieure en dorsale zijde van de rechterschouder met een uitstralende component vooral naar de anterieure zijde van de rechterbovenarm, in mindere mate aan de laterale zijde van de rechteronderarm. De pijnklachten komen vaak aanvalsgewijs en gaan vaak gepaard met tintelingen. Daarnaast vermeldt patiënte ook pijnklachten ter hoogte van de benen, vooral optredend bij staan en stappen. In zittende en liggende houding is er een duidelijke reductie van de pijnklachten.

Bij klinisch-neurologisch onderzoek is er een opvallende antalgische bewegingsbeperking mechanisch ter hoogte van de rechterschouder. Er is een discreet gestoorde sensibiliteit ter hoogte van de rechterarm, in mindere mate ter hoogte van de onderste ledematen zonder een duidelijk dermatoom te kunnen aantonen. Er is geen duidelijke hyperreflexie en verder is het segmentair krachts- en sensibiliteitsonderzoek normaal ter hoogte van de onderste ledematen.

(...)

Uw patiënte werd op raadpleging gezien met in essentie enerzijds uitgesproken pijnklachten ter hoogte van de rechterarm, in mindere mate de linkerarm. Ik zie toch een duidelijke correlatie tussen het doorgemaakte operatieve gegeven, het trauma en de actuele blijvende pijnklachten. Het is vaak zeer moeilijk om een onderscheid te maken tussen mechanische dan wel neuropathische of gemengde neuropathische-mechanische pijn na dergelijk trauma en chirurgie op de schouder. Alleszins is patiënte wat betreft klassieke pijnbehandelingen volledig uitbehandeld. In principe kan zij voor deze schouder- en armpijnproblematiek in aanmerking worden genomen voor neuromodulatie. Hierbij kan een epidurale elektrode worden aangebracht in het cervicaal spinaal kanaal en kan via deze elektrode een proefstimulatie worden uitgevoerd om te zien of er een effect is op de pijnklachten bij deze patiënte. In geval van overwegend neuropathische pijn zal de patiënte vermoedelijk een gunstig effect hebben op de pijnklachten. In een volgende stap kan dan worden besloten tot het plaatsen van een definitieve batterij of interne pulsgenerator, aangesloten op deze elektrode. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 oktober 2018 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

- 3.5. Op 17 oktober 2018 heeft de behandelend neurochirurg in een aanvullende verklaring over verzoekster verklaard:
"(...) "Ik verwijs naar mijn voorgaand schrijven betreffende de uitgebreide problematiek van deze patiënte. Zoals afgesproken onderging de patiënte een bijkomend CT-scanonderzoek van de lumbale wervelzuil. Dit onderzoek toont inderdaad een duidelijke lumbaal spinaal kanaalstenose op het niveau L4-L5 door een degeneratieve anterolisthese, bijna graad 2, met sterke vernauwing van de neuroforamina en het lumbaal spinaal kanaal. Dit verklaart ongetwijfeld de neurogene claudicatio in de onderste ledematen bij uw patiënte. In principe kan zij bij invaliderende pijnklachten in aanmerking worden genomen voor een stabilisatie-ingreep L4-L5 met bijkomende decompressie op dit niveau. Daarnaast blijft er de indicatie bestaan voor het uitvoeren van neurostimulatie ter hoogte van het cervicale ruggenmerg ter behandeling van de pijnklachten in de arm. (...)"

- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 7 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. Op 10 december 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) Standpunt neuromodulatie

Op 12 november 2019 heeft het Zorginstituut een standpunt ingenomen over neuromodulatie bij chronische pijn. Volgens dit standpunt valt neuromodulatie (Spinal Cord Stimulation (SCS) danwel Dorsal Root Ganglion Stimulation (DRGS)) voor een aantal aandoeningen onder de basisverzekering, namelijk:

- failed back surgery syndroom (FBSS) met aanhoudende radicaire (uitstralende) beenpijn na een rugoperatie (SCS).*
- failed neck surgery syndroom (FNSS) met aanhoudende radicaire (uitstralende) armpijn na een nekoperatie (SCS);*
- complex regionaal pijnsyndroom (CRPS, verstoring van weefsel na een ongeluk of operatie) met voet- of beenpijn (SCS en DRGS);*
- complex regionaal pijnsyndroom anders dan onder 3 (SCS);*
- pijnlijke diabetische neuropathie (PDN, zenuwpijn door suikerziekte) en dunnevezelneuropathie (ziekte waarbij dunne zenuwvezels zijn aangedaan, SCS).*

Voor deze aandoeningen geldt dat neuromodulatie alleen uit het basispakket wordt vergoed als indicatiestelling en behandeling plaatsvinden conform het protocol / de beschrijving van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). Daarnaast moeten de behandelingen plaatsvinden in een beperkt aantal gecertificeerde centra. Onder meer moet het gaan om:

- ernstige pijn (tenminste 5 op de VAS- of NRS score);*
- indicatiestelling vindt plaats in multidisciplinair teamverband;*
- er moet sprake zijn van een positieve proefbehandeling (d.w.z. een afname van de pijn van tenminste 50%).*
- uitkomsten van de behandeling en complicaties/bijwerkingen, ook op lange termijn, moeten worden geregistreerd in het in het standpunt genoemde kwaliteitssysteem.*

Voor andere indicaties, waaronder neuropathische pijn door letsel (trauma, latrogeen, beknelling) valt neuromodulatie niet onder de basisverzekering. De interventie voldoet bij deze indicaties niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In hoofdstuk 9 van het standpunt wordt onderbouwd waarom neuromodulatie bij neuropathische pijn door letsel niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Beoordeling

Verzoekster heeft zich gewend tot een neurochirurg in Antwerpen vanwege pijnklachten in schouder en arm en vanwege pijn in de rug met uitstraling in de benen bij staan en lopen. In geschil is de voorgestelde behandeling voor de pijnklachten in schouder en arm, namelijk neurostimulatie via een epidurale electrode in het cervicale ruggenmergkanaal (spinal cord stimulation). Uit de voorliggende informatie is op te maken dat neuromodulatie/neurostimulatie bij de aandoening van verzoekster niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de behandeling van chronische zenuwpijnklachten door middel van neurostimulatie 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 de aanspraak op geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen en is het toepasselijke artikel uit de Europese Verordening nr. 883/2004 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster wenst naar een andere EU-lidstaat, te weten België, te gaan om daar een behandeling te ondergaan. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg conform het sociale verzekeringsstelsel van de andere EU-lidstaat, mits de zorg behoort tot het verzekerde pakket in Nederland én deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Als de verzekerde dit niet doet blijft artikel 20 Vo. nr. 883/2004 buiten beschouwing.
- 6.3. Verzoekster voert aan dat zij al bijna drie jaar aan hevige chronische pijn lijdt, waardoor zij geen kwaliteit van leven meer heeft. Inmiddels heeft zij pijnstillers gebruikt, diverse behandelingen ondergaan bij een pijnkliniek en diverse artsen geraadpleegd in verschillende ziekenhuizen. Dit heeft er echter niet toe geleid dat zij is genezen of dat de pijn is verminderd. Ook alternatieve geneeswijzen bieden geen soelaas. Volgens verzoekster lijkt neurostimulatie dan ook nog het enige alternatief te zijn om haar te verlossen van haar pijnklachten. Hoewel verzoekster openstaat voor andere vormen van zorg worden deze niet door de ziektekostenverzekeraar geboden. Hij verschuilt zich slechts achter het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee schendt hij de zorgplicht die hij jegens verzoekster heeft.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de zorg waarop verzoekster aanspraak maakt niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als beschreven in artikel A.3.2. van de zorgverzekering en om die reden geen verzekerde prestatie is. Dit betekent dat noch op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 noch op grond van de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt op deze zorg.
- 6.5. De commissie moet beoordelen of de zorgvorm die onderwerp van geschil vormt, overeenkomt met 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 een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot neuromodulatie/neurostimulatie bij chronische pijn. Het advies van 10 december 2019 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat deze behandeling slechts bij een beperkt aantal indicaties voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en tot het verzekerde pakket behoort. Verzoekster is niet bekend met één van deze indicaties, zodat de behandeling die zij wenst te ondergaan niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. De commissie ziet geen aanleiding van dit advies af te wijken op basis van de standpunten die partijen hebben ingenomen. Dit betekent dat de commissie de conclusie van het advies overneemt. De ziektekostenverzekeraar hoeft de behandeling die verzoekster wenst te ondergaan om die reden niet te vergoeden op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 of de zorgverzekering.
- 6.10. De commissie overweegt verder dat verzoekster op grond van haar naturapolis tijdig toegang moet hebben tot de zorg en diensten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Het is de taak van de ziektekostenverzekeraar hiervoor zorg te dragen. Dit noemen we de zorgplicht. Aangezien de behandeling die verzoekster wenst te ondergaan niet onder de dekking van de zorgverzekering valt, kan ook geen sprake zijn van schending van de zorgplicht die de ziektekostenverzekeraar jegens haar heeft. Anders dan verzoekster stelt, gaat de zorgplicht niet zo ver dat de ziektekostenverzekeraar alternatieve behandelopties moet aandragen.
- 6.11. De commissie heeft alleszins begrip voor de wens van verzoekster vergoeding te krijgen voor de behandeling van haar pijnklachten door middel van neurostimulatie, maar ziet daarvoor geen mogelijkheid. Zorg wordt alleen vergoed als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie heeft zich aan dit criterium te houden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor neurostimulatie bij chronische zenuwklachten.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 april 2020,

G.R.J. de Groot

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>)

den, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze internetsite vinden.

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

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

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de 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; en
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden bovenstaande eisen voor het krijgen van aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan deze eisen of andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg.

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.
- Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.
- 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.

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.).

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. (...)*”

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. 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 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 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.