



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, transarteriële chemo-embolisatie (TACE),
peniscarcinoom, stand wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2019, artt. 19 en 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202100570
Zittingsdatum : 7 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 6 maart 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 7 mei 2021 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft op 15 mei 2021 per brief op de reactie van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 15 mei 2021 respectievelijk 25 mei 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.

2.4. Op 9 juni 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021017970) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 juni 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar en verzoeker hebben op respectievelijk 17 juni 2021 en 18 juni 2021 op het desbetreffende advies gereageerd. Afschriften van de reacties zijn naar de respectieve wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoeker heeft op 17 november 2020 dr. Vogl in Frankfurt am Main (Duitsland) geconsulteerd voor het maken van een MRI. Hieruit kwam naar voren dat verzoeker leed aan het hoogste stadium van peniskanker, te weten T4, N1. Na deze diagnose heeft verzoeker op 18 november 2020 een eerste behandeling met transarteriële chemo-embolisatie (hierna: TACE) ondergaan. De kosten hiervan heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

3.3. Naar aanleiding van de ingediende declaratie, heeft de ziektekostenverzekeraar op 24 december 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de behandeling met TACE niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

3.4. Op 4 december 2020 en 8 januari 2021 heeft verzoeker in Frankfurt am Main vervolgbehandelingen met TACE gehad.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Op 22 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 9 juni 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“Stand van de wetenschap en praktijk

Over TACE bij het peniscarcinoom heeft het Zorginstituut geen standpunt uitgebracht in het verleden. Om te kunnen beoordelen of TACE bij de indicatie (stadium III - IV) peniscarcinoom verzekerde zorg is, moet de vraag beantwoord worden of TACE bij deze indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om dat te kunnen bepalen werd op 2 juni 2021 een literatuuronderzoek verricht in Medline (Pubmed).

Er werd hiermee geen enkele studie of richtlijn gevonden. Dit sluit aan op de resultaten van het door de medisch adviseur van verweerder uitgevoerde literatuuronderzoek.

Aanvullend is gezocht naar (internationale) richtlijnen. Voor de landelijke richtlijn Peniscarcinoom (2018) wordt verwezen naar de Europese EAU richtlijn 'penile cancer'. Hierin wordt TACE niet genoemd als behandeloptie. Ook in de Amerikaanse NCCN richtlijn 'Penile Cancer' versie 1.2021 wordt TACE niet vermeld.

Op basis van bovenstaande kan niet geconcludeerd worden dat TACE een aangetoond effectieve behandeling is bij een (stadium III-IV) peniscarcinoom.

Conclusie

Op basis van zowel het literatuuronderzoek als de verschillende richtlijnen voor de behandeling van peniscarcinoom kan geconcludeerd worden dat TACE bij een gevorderd peniscarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.”

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de behandelingen met TACE in Duitsland 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 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg en de stand van de wetenschap en praktijk zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook zijn hierin de relevante artikelen uit Vo. nr. 883/2004 opgenomen. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker heeft op 18 november 2020, 4 december 2020 en 8 januari 2021 zorg genoten in een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland. Voor de aanspraak op grensoverschrijdende zorg dient, in het kader van de toepasselijke verordening, onderscheid te worden gemaakt tussen medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf (artikel 19 Vo. nr. 883/2004) en planbare zorg (artikel 20 Vo. nr. 883/2004). Door verzoeker is gesteld dat de behandeling op 18 november 2020 is aan te merken als spoedeisende zorg zodat voornoemd artikel 19 van toepassing is. De commissie deelt dit standpunt niet. Immers, gesteld noch gebleken is dat de zorg eerst noodzakelijk is geworden tijdens het verblijf van verzoeker in de andere EU-lidstaat. Verzoeker heeft zijn reis naar Duitsland juist gepland met het doel aldaar een MRI te laten uitvoeren. De behandeling op 18 november 2020 kan daarom niet als medisch noodzakelijk tijdens verblijf worden aangemerkt. Daarom gaat de commissie voor het vervolg uit van planbare zorg, als bedoeld in artikel 20 Vo. nr. 883/2004.
- 6.3. Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding op basis van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 geldt dat de verzekerde de ziektekostenverzekeraar voorafgaand om toestemming moet hebben gevraagd. Verzoeker heeft dit nagelaten. Uit het arrest *Stamatelaki* (C-444/05) van het Hof volgt dat de verordening in dat geval buiten toepassing blijft. Van bijzondere omstandigheden als bedoeld in het arrest *Elchinov* (C-173/09), die maken dat van verzoeker niet kon worden gevergd dat hij vooraf toestemming vroeg, is de commissie niet gebleken. Op grond van de zogenoemde Patiëntenrichtlijn, die is geïmplementeerd in de Nederlandse wetgeving, kan desalniettemin aanspraak bestaan op vergoeding van de in de andere EU-lidstaat gemaakte kosten. Hierbij zijn voor de aard en omvang van de aanspraken de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving bepalend. Aangetekend wordt dat zowel voor de verordening als voor de - geïmplementeerde - richtlijn geldt dat geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Beoogd is slechts het onder voorwaarden mogelijk te maken de in Nederland verzekerde zorg in een andere lidstaat te genieten. Het voorgaande gaat ook op voor de 'werelddekking' van de zorgverzekering.
- 6.4. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet in de eerste plaats worden beoordeeld of de door verzoeker ondergane behandelingen met TACE in verband met een peniscarcinoom voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 6.5. 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.
- 6.6. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. 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.
- 6.7. 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 kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) 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, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of

richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

6.8. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de door verzoeker ondergane behandelingen met TACE in verband met een peniscarcinoom. Het advies van 9 juni 2021 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut geeft aan dat op 2 juni 2021 een literatuuronderzoek is verricht in Medline (Pubmed). Hierin werden geen studies gevonden waarin de effectiviteit van TACE bij een peniscarcinoom is onderzocht. Ook in de nationale en internationale richtlijnen met betrekking tot de behandeling van een peniscarcinoom wordt TACE niet genoemd als behandeloptie. Volgens het Zorginstituut kan niet worden geconcludeerd dat TACE een aangetoond effectieve behandeling is bij een (stadium III-IV) peniscarcinoom. De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.

6.9. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij zich gediscrimineerd voelt omdat de behandeling met TACE in Duitsland al jaren wordt vergoed. Bovendien bestaat er Europese wetgeving inzake mededingingsrecht, die erop neerkomt dat tussen Europese burgers geen discriminatie mag plaatsvinden. Door de behandeling niet te vergoeden, handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met artikel 7, negende lid, van de Patiëntenrichtlijn. De commissie merkt op dat het de lidstaten vrij staat hun stelsel van sociale zekerheid zelf in te richten. Aard en omvang van de verzekerde prestaties kunnen hierdoor per lidstaat verschillen, en hetzelfde geldt voor de hoogte van de premie. Van discriminatie is hierbij geen sprake. Verzoeker wordt weliswaar anders behandeld dan Duitse sociaal verzekerden, maar omdat hij niet onder het stelsel van dat land valt, gaat het in zijn situatie niet om gelijke gevallen die ongelijk worden behandeld. Ook ten opzichte van andere in Nederland verzekerde personen wordt verzoeker niet achtergesteld. Het criterium 'conform de stand van de wetenschap en praktijk' is op de door hen genoten zorg evengoed van toepassing. Zoals al werd aangetekend is met de Europese regelgeving geen uitbreiding van het (nationale) verzekerde pakket beoogd; voor de - overigens niet rechtstreeks werkende - richtlijn is dit niet anders. De stelling van verzoeker treft om deze reden geen doel.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor behandelingen met TACE. Daarom kan het verzoek niet op grond van die verzekering worden ingewilligd.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 juli 2021,

H.A. Kroon

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>)

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. (...)*”

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.

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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

lid 1 De basis

De verzekeringnemer heeft bij ons een zorgverzekering afgesloten. Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de Wet langdurige zorg (Wlz);
- e. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- f. het aanvraagformulier dat u heeft ingevuld.

Wij leggen de zorgverzekering vast in de polis en stellen deze polis jaarlijks aan u ter beschikking. Op het polisblad staat wie de verzekeringnemer en eventuele verzekerde(n) zijn.

lid 2 Interpretatieverschillen

Hoewel wij de polisvoorwaarden zo volledig en nauwkeurig mogelijk hebben geformuleerd, kunnen meningsverschillen ontstaan over de uitleg. In die situaties is de tekst van de relevante geldende wet- en regelgeving doorslaggevend.

lid 3 De verzekeringspas

Bij inschrijving ontvangen alle verzekerden die op het polisblad zijn genoemd, een eigen verzekeringspas. Op vertoon van deze pas kunt u terecht bij zorgaanbieders die zorg verlenen waar u volgens de polisvoorwaarden aanspraak op maakt. Op de achterzijde van de pas vindt u de EHIC (zie ook de Inleiding).

lid 4 Aard van uw zorgverzekering

Uw zorgverzekering is een combinatieverzekering. Dat wil zeggen dat u recht heeft op vergoeding van (de kosten van) zorg en vrij bent in de keuze van zorgaanbieder.

De zorgaanbieders kunnen de nota's rechtstreeks naar ons sturen als wij dit met hen hebben afgesproken. In andere situaties kunt u de nota's zelf naar ons toesturen. Zie www.dsw.nl/consumenten/zorgverzekering/zorgverleners voor het 'overzicht zorgverleners' met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

lid 5 Inhoud en omvang van zorg

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 3 Werkgebied

De zorgverzekering wordt overeengekomen met of voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen. In de Zorgverzekeringswet is nader omschreven wie verzekeringsplichtig is.

maximum overstijgen.

lid 7 Terugvordering en verrekening van het eigen risico

Wij kunnen kosten rechtstreeks aan de zorgaanbieder vergoeden. Als u nog (een deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen wij dit met u.

lid 8 Berekening eigen risico bij aanmelding/opzegging gedurende het jaar

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, berekenen wij de hoogte van het eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering loopt. Wij tellen daartoe het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door 365 dagen (bij schrikkeljaren: 366 dagen). De uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigd met de hoogte van het verplicht en vrijwillig eigen risico en afgerond op hele euro's.

lid 9 Eigen risico wanneer een verzekerde 18 jaar wordt

Wanneer een van de verzekerden op de polis de leeftijd van 18 jaar bereikt, vragen wij de verzekeringnemer uiterlijk een maand van tevoren of die verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico. De hoogte van het eigen risico wordt bepaald op dezelfde wijze als in lid 8 van dit artikel is beschreven.

lid 10 Eerst verplicht daarna vrijwillig eigen risico vol maken

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplicht eigen risico vol. Als dat vol is, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillig eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen, vanaf dat moment van ons vergoed.

Artikel 10 Behandeling in het buitenland

lid 1 Algemeen

Voor vergoedingen van behandeling in het buitenland onderscheiden we:

- verzekerden die wonen in Nederland (zie lid 2 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in een ander EU-/EER-land of verdragsland en al dan niet tijdelijk in Nederland of een ander verdragsland verblijven (zie lid 3 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een EU-/EER-land of verdragsland (zie lid 4 van dit artikel).

lid 2 Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg die is geleverd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland, krijgt u maximaal dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 3 Wonen/verblijven in een ander EU-/EER-land of verdragsland en zorg in dat land, Nederland of ander verdragsland

In deze situatie heeft u naar keuze recht op:

- a. vergoeding van zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU- sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden;
- c. vergoeding van verzekerde zorg door een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 4 Wonen/verblijven in buitenland, maar niet in EU-/EER-land of verdragsland en zorg in het buitenland

Als u buiten Nederland woont /verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op een vergoeding van de kosten van verzekerde zorg door een

zorgaanbieder buiten Nederland. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 5 Vergoeding en machtiging

Als u zorg inroept waarbij u moet worden opgenomen of moet verblijven in een instelling, de zogenoemde intramurale zorg, moet u daarvoor vooraf van ons toestemming hebben gekregen. Indien u kiest voor verblijf op een eenpersoonskamer kan het ziekenhuis hiervoor extra kosten (kamersupplementen en honorariumkosten) bij u in rekening brengen. Deze extra kosten worden niet vergoed.

Uitzonderingen

Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt deze toestemmingseis niet. U moet een spoedopname dan wel binnen 48 uur aan SOS International melden.

Het toestemmingsvereiste geldt tevens niet als u in het buitenland zorg inroept die niet gepaard gaat met opname of verblijf, de zogenoemde extramurale zorg.

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan is het wellicht vooraf onduidelijk of en, zo ja, in hoeverre u die zorg vergoed krijgt. Daarom raden wij u in alle gevallen aan, zoals aangegeven in artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden, bij voorziene zorg in het buitenland vooraf contact met ons op te nemen. Wij kunnen u dan mededelen:

- a. of u verzekerd bent voor die zorg;
- b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;
- c. hoe hoog de vergoeding zal zijn;
- d. of u voor deze zorg bij zorgaanbieders terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

lid 6 Bevoegde zorgaanbieder

Zorg in het buitenland komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die op grond van de wet- en regelgeving van het desbetreffende land bevoegd is de zorg te leveren.

lid 7 Vergoeding van medisch noodzakelijke zorg

Wij zullen medisch noodzakelijk zorg die is geleverd in het buitenland volledig vergoeden als de zorg naar het oordeel van onze medisch adviseur redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar uw woonland.

Artikel 11 Overige voorwaarden

lid 1 Recht op andere zorg dan in voorwaarden omschreven

In de artikelen 15 tot en met 42 van deze polisvoorwaarden staat voor welke zorg u volgens deze zorgverzekering recht heeft op vergoeding. U kunt echter ook recht hebben op vergoeding van andere vormen van zorg. De voorwaarden hiervoor zijn dat:

- a. vaststaat dat deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt; en
- b. wij u van tevoren toestemming hebben gegeven voor die vorm van zorg; en
- c. die vorm van zorg wettelijk niet is uitgesloten.

lid 2 Opname in andere dan verzekerde klasse

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en daar terecht komt in een andere klasse dan de aldaar geldende laagste klasse, vergoeden wij aan u het tarief van de laagste klasse.

lid 3 Begin en einde van recht op vergoeding van kosten van zorg

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zorg waarop u volgens deze