

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202303471

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 12 juni 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 juni 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 29 juli 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd. Aangezien de door de commissie gevraagde specificatie van de gedeclareerde nota's en de uitgekeerde vergoedingen nog ontbrak bij de brief van 29 juli 2024, heeft de commissie de zorgverzekeraar gevraagd deze stukken in te sturen. De zorgverzekeraar heeft op 22 augustus 2024 een specificatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 26 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 8 oktober 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024032203) de commissie geïnformeerd. Een kopie hiervan is op 9 oktober 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 november 2024 door de commissie gehoord. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar intern overlegt over zijn standpunt met betrekking tot de hoogte van de vergoeding van de IC-kosten en dat hij de commissie schriftelijk informeert of dit standpunt nog wijzigt. Tevens is afgesproken dat verzoeker schriftelijk mag reageren op de brief van de ziektekostenverzekeraar. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 november 2024 geïnformeerd over de uitkomst van het interne overleg. Een kopie van deze brief is op 25 november 2024 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij brief van 28 november 2024 inhoudelijk gereageerd. Een kopie van deze laatste brief is ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting, de brief van de zorgverzekeraar van 15 november 2024, en de reactie van verzoeker hierop van 28 november 2024 zijn op 3 december 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie nader te informeren. Bij brief van 11 december 2024 heeft het Zorginstituut een vraag van de commissie beantwoord. Een kopie van de brief is aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen om

hierop te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 29 december 2024 gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Een kopie van deze reactie is op 8 januari 2025 ter informatie aan de zorgverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorgzaam Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker verbleef eind 2022 in Thailand. Aldaar is hij ziek geworden en op 17 december 2022 moest hij worden opgenomen in het ziekenhuis. Aanvankelijk is hij opgenomen in het Bangkok Hospital Pattaya, maar daar was op dat moment geen IC-plek beschikbaar. Verzoeker is daarom overgebracht naar het Jomtien Hospital. Op 19 december 2022 was er een IC-plek beschikbaar in het Bangkok Hospital Pattaya en is hij weer naar dat ziekenhuis vervoerd.
- 2.3. Zijn echtgenote heeft contact onderhouden met de alarmcentrale, en deze heeft een garantverklaring afgegeven aan het Bangkok Hospital Pattaya voor de periode van 19 december 2022 tot het ontslag op 4 januari 2023. De kosten van de opname van 19 december 2022 tot en met 4 januari 2023 zijn via de alarmcentrale gedeeltelijk, tot een bedrag van € 35.485,48, rechtstreeks vergoed aan het Bangkok Hospital Pattaya. De nota's ter zake van de overige kosten heeft verzoeker achteraf ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 2.4. Op enig moment heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een bedrag van € 1.232,03 ter zake van de opname in het Bangkok Hospital Pattaya op 17 december 2022 aan hem wordt vergoed.
- 2.5. De zorgverzekeraar heeft vervolgens op enig moment aan verzoeker meegedeeld dat de nota van de opname in het Jomtien Hospital en de resterende kosten van het Bangkok Hospital Pattaya niet worden vergoed.
- 2.6. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 31 mei 2023 en 29 december 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.7. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 14 maart 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, meegedeeld dat hij alsnog het volledige bedrag van € 5.385,76 - betreffende de opname in het Jomtien Hospital - aan verzoeker zal vergoeden. De zorgverzekeraar brengt hierop echter € 1.232,03 in mindering ter verrekening. Dit bedrag heeft betrekking op de eerder vergoede nota van het Bangkok Hospital Pattaya. Het wordt in mindering gebracht, omdat verzoeker dit bedrag "niet via de declaratie vergoed [had] moeten krijgen." De zorgverzekeraar is van mening dat verzoeker na deze correctie de maximale vergoeding heeft ontvangen.
- 2.8. Bij brief van 8 oktober 2024 heeft het Zorginstituut de commissie desgevraagd geïnformeerd.
- 2.9. Bij brief van 11 december 2024 heeft het Zorginstituut de commissie nader geïnformeerd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de nota van het Jomtien Hospital alsnog volledig moet worden vergoed, in die zin dat een bedrag van € 1.232,- wordt nabetaald. Daarnaast vordert verzoeker voor zijn opname op de IC van het Bangkok Hospital Pattaya volledige vergoeding dan wel vergoeding tot minimaal het tarief van IC type 2.
- 3.2. Verzoeker heeft in zijn brief van 12 juni 2024 zijn verzoek aan de commissie toegelicht. Voor de ziekenhuisopname in Thailand eind 2022 zijn er drie nota's verstuurd. Voor de zorg die op

17 december 2022 is verleend door het Bangkok Hospital Pattaya is (omgerekend) € 1.232,- in rekening gebracht. Voor de opname op de IC van Jomtien Hospital van 17 tot en met 19 december 2022 een bedrag van € 5.385,- en voor de opname op de IC en vervolgens de verpleegafdeling van Bangkok Hospital Pattaya totaal € 42.452,-. Verzoeker merkt op dat bij spoedeisende hulp in het buitenland het uitgangspunt is dat de kosten volledig worden vergoed, mits het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden als redelijk wordt beschouwd, niet wordt overschreden. De eerste nota is aanvankelijk volledig vergoed. Achteraf heeft de zorgverzekeraar de vergoeding als onterecht beoordeeld, en de uitkering aangemerkt als een voorschot op de tweede nota. Het is verzoeker niet duidelijk waarom de zorgverzekeraar tot dit oordeel is gekomen. Hij merkt op dat in het verslag van de alarmcentrale duidelijk is vermeld dat op grond van een spoed-DBC een betalingsgarantie is afgegeven vanaf 19 december 2022. De reeds gemaakte kosten kon hij na thuiskomst declareren bij de zorgverzekeraar.

Vergoeding van de tweede nota is door de zorgverzekeraar driemaal afgewezen. Uiteindelijk is deze na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen alsnog volledig betaald. Deze gang van zaken heeft bij verzoeker echter zijn argwaan met betrekking tot de juiste afhandeling van de derde nota aangewakkerd.

Volgens de zorgverzekeraar is € 34.332,- de maximale vergoeding voor de derde nota. Dit betreft 12 IC-dagen ten bedrage van € 2.559,75 plus het tarief voor opname op de verpleegafdeling ten bedrage van € 3.542,42 en het tarief voor ambulancevervoer. Verzoeker heeft het resterende deel van de nota zelf betaald, te weten € 7.150,-. Hij kan dit verschil echter niet verklaren als hij de gedetailleerde financiële specificatie van het ziekenhuis vergelijkt met de omschrijving van de Wmg-tarieven. *"De toegepaste spoed-DOT is een zodanige simplificering van het zorgtraject dat deze niet overeenkomt met de daadwerkelijke behandeling"*, aldus verzoeker. Er is volgens hem geen rekening gehouden met zijn verslechterende gezondheidstoestand en toenemende zorgvraag.

Verzoeker is van mening dat de vergoeding van de IC-dagen op grond van IC-dagen type 2 zou moeten plaatsvinden. Dat is nu niet gebeurd. Verzoeker licht toe dat IC type 2 betrekking heeft op kwaliteitseisen zoals capaciteit, outillage, formatie en de beschikbaarheid van medisch personeel. Het Bangkok Hospital Pattaya vermeldt uitdrukkelijk dat het aan de internationaal geaccepteerde IC type 2 normen voldoet. De zorgverzekeraar heeft hierbij verwezen naar de Regeling medisch specialistische zorg. Verzoeker is echter van mening dat deze regeling niet is bedoeld om de vergoeding van spoedeisende hulp in het buitenland te beperken. Dat bij het ontbreken van een contract uitsluitend IC type 1 mag worden gefactureerd zou betekenen dat een verzekeraar alleen met wereldwijde contractafspraken hieraan kan voldoen. Verzoeker vordert daarom volledige vergoeding, althans vergoeding op basis van minimaal IC type 2.

- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat de doelstelling van artikel 26 van de Regeling medisch specialistische zorg, waarop de zorgverzekeraar zich beroept, de regulering van de Nederlandse marktsituatie is. Het kan niet de bedoeling zijn dat deze regeling wordt gebruikt om de vergoeding van IC-zorg in het buitenland te beperken. Verzoeker merkt op dat de zorgverzekeraar stelt dat spoedeisende zorg in het buitenland voor 100% wordt vergoed. Als dan achteraf wordt gekort omdat er geen contracten zijn afgesloten in Azië, dan wordt dus niet voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden
- 3.4. Verzoeker heeft bij brief van 28 november 2024 gereageerd op de brief van de zorgverzekeraar van 15 november 2024. Verzoeker stelt dat artikel 9.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering uitgaat van een keuzemogelijkheid. In het geval van acute zorg staat dit echter op gespannen voet met de redelijkheid. Verzoeker merkt hierbij op dat in zijn situatie sprake was van overmacht. Verder verwijst verzoeker naar artikel 9.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering op grond waarvan de kosten van acute zorg in een EU/EER-land of verdragsland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt vergoed tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Er is volgens verzoeker geen verklaring waarom dit niet kan worden toegepast op niet-EU/EER-landen of niet-verdragslanden. Verder stelt verzoeker dat sprake is van onrechtmatigheid met betrekking tot het toepassen van artikel 26 van de Regeling medisch specialistische zorg. Hij verwijst hiervoor naar het document "Organisatie van Intensive Care" van 7 juli 2016, dat is opgesteld door de Adviescommissie Kwaliteit van het Zorginstituut.

- 3.5. Verzoeker heeft op 29 december 2024 gereageerd naar aanleiding van de nadere informatie van het Zorginstituut. Verzoeker geeft hierbij zijn observaties ten aanzien van het proces. Hij schrijft onder andere: "Ik mag hopen dat mijn keuze voor de geschillencommissie, bij nader bevinden zonder 'lijntje' naar de zorgautoriteit, voldoende weerbaar is het non-advies van het zorginstituut buiten beschouwing te laten."

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat aan verzoeker reeds de maximale vergoeding is verleend.
 In zijn brief van 14 maart 2024 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat verzoeker geen aanvullende ziektekostenverzekering of reisverzekering had afgesloten.
 De alarmcentrale heeft aan het Bangkok Hospital Pattaya het bedrag waarvoor zij garant stond vergoed. Deze vergoeding heeft betrekking op de opname van 19 december 2022 tot en met 4 januari 2023 en is als volgt opgebouwd:
 "OZP 190157 IC - dagen: 12x € 2.559,75 = € 30.717
 + DBC 109999067 Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij longontsteking € 3.542,42
 + Ambulance € 72,60 (2.750,- THB)
 TOTAAL € 34.332,02 (1.245.104,73 THB)"
 De alarmcentrale heeft in totaal € 35.485,48 vergoed aan het Bangkok Hospital Pattaya. Verder heeft de zorgverzekeraar ten aanzien van de opname in het Jomtien Hospital opgemerkt dat de betreffende nota werd vergoed op basis van DBC 109999067, welke code staat voor een ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij longontsteking. Hierbij was echter geen rekening gehouden met de 2 IC dagen. Daarom heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van het volledige bedrag van € 5.385,76. De eerder verleende vergoeding van € 1.232,03 wordt hierop echter in mindering gebracht.
 In zijn brief van 7 mei 2024 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de zorgverzekeraar - daarnaar gevraagd - verklaard dat IC type 2 niet wordt gebruikt "voor IC kamers in een ziekenhuis." De zorgverzekeraar heeft dit als volgt toegelicht: "Gezien wij ons houden aan de wet en regelgeving van Nederland zal er geen andere type geregistreerd kunnen worden tenzij er wordt voldaan aan bepaalde voorwaarden. Zie hieronder:
 Lid 2 sub b: ic-dag type 1 en 2 verwijzen naar de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van ic-locaties binnen een regionaal ic-netwerk, zoals beschreven in de Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care van 2016. Type 1 verwijst naar de kleine ic-locaties, die samenwerken met de grote ic-locaties. Type 2 verwijst naar de grote ic-locaties, die binnen het netwerk hun uitgebreide ervaring, kennis en expertise van de ziekenhuisinstelling delen met andere ic's.
 Een andere type wordt derhalve niet gebruikt bij soortgelijke diagnoses."
- 4.2. In zijn brief van 29 juli 2024 aan de commissie heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de vergoeding, die wordt verleend per IC-dag, wordt bepaald op grond van artikel 26, tweede lid, en artikel 34a, zevende lid, van de Regeling medisch specialistische zorg. In beide artikelen is vermeld dat het type IC-dag, dat in rekening wordt gebracht, wordt bepaald op grond van contractafspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Aangezien de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten met het Bangkok Hospital Pattaya, kan alleen een IC-dag type 1 in rekening worden gebracht. De vergoeding die verzoeker heeft ontvangen voor de IC-dagen is conform voornoemde artikelen.
 Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de nota van € 1.232,03 destijds volledig is vergoed. Achteraf bleek dat deze nota ten onrechte was gezien als een voorschotnota, waarna genoemd bedrag is verrekend met de vergoeding van het Jomtien Hospital van € 5.385,76. Verzoeker heeft echter recht op volledige vergoeding van deze beide nota's. De zorgverzekeraar heeft dit inmiddels gecorrigeerd en het bedrag aan verzoeker overgemaakt.

De zorgverzekeraar heeft in zijn gespreksnotities niet teruggevonden dat één van zijn medewerkers aan verzoeker heeft meegedeeld dat de nota van het Bangkok Hospital Pattaya volledig zou zijn vergoed in het geval deze via de alarmcentrale was ingediend. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoeker inmiddels de vergoeding heeft ontvangen waarop hij aanspraak heeft.

- 4.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat bij een opname op de IC in principe altijd sprake is van vergoeding voor type 1, tenzij er contractuele afspraken zijn gemaakt met het ziekenhuis. De zorgverzekeraar heeft geen afspraken met het ziekenhuis in Pattaya. Ook het Zorginstituut geeft aan dat bij het ontbreken van afspraken alleen type 1 in rekening mag worden gebracht. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat in 2022 de maximale vergoeding voor een IC-dag type 1 € 2.559,75 was en voor een IC-dag type 2 € 2.964,96. De zorgverzekeraar heeft hierbij benadrukt dat verzoeker geen aanvullende ziektekostenverzekering of reisverzekering had. Als hij die wel had gehad, waren de kosten, die boven het Nederlandse tarief uitkomen, vergoed. De zorgverzekeraar blijft bij zijn standpunt dat de hoogte van de vergoeding juist is vastgesteld. Verder heeft de zorgverzekeraar desgevraagd verklaard dat de ambulancekosten niet meer in geschil zijn. Deze worden vergoed.
- 4.4. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 november 2024 geïnformeerd over de uitkomst van het intern overleg naar aanleiding van de hoorzitting. De zorgverzekeraar merkt op dat de regeling van de NZa betreffende de vergoedingen voor medisch specialistische zorg niet specifiek ziet op zorgaanbieders in het buitenland. De zorgverzekeraar verwijst hiervoor naar artikel 3 van de regeling. In de onderhavige kwestie gaat het om de vergoeding die op grond van de zorgverzekering mag worden verleend aan een verzekerde die zich in het buitenland bevindt en daar naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. In dat geval is artikel 9.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering van toepassing. Hierin is bepaald dat als betrokkene tijdens het verblijf in een land, dat geen EU/EER-land of verdragsland is, naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, de kosten vergoed krijgt tot maximaal het bedrag dat hij zou krijgen als hij in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wat de reden voor het verschil in tarief tussen een IC-dag type 1 of type 2 ook is, maakt volgens de verzekeringsvoorwaarden niet uit voor de uitkomst van voornoemde beoordeling en dus ook niet voor de vergoeding, aldus de zorgverzekeraar. De maximale vergoeding die voor een IC-dag door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder mag worden gerekend is het tarief van een IC-dag type 1. Dat voornoemde beoordeling met zich brengt dat een deel van de kosten van de zorg, die in het buitenland is geleverd, niet voor vergoeding in aanmerking komt, is een uitkomst waarmee de wetgever en de zorgverzekeraar nadrukkelijk rekening hebben gehouden. De zorgverzekeraar kan de vraag van de commissie, wat de achterliggende gedachte is van de regeling, niet beantwoorden. Een aparte toelichting bij het onderscheid in vergoeding (type 1 en 2) is bij de Regeling medisch specialistische zorg namelijk niet gegeven.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. Bij brief van 8 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding.

Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreeerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld. De SKGZ vraagt of DBC-zorgproduct 109999067 passend is bij de aan verzoeker verleende zorg.

Uit de Regeling medisch-specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) volgt dat welke IC-dag (type 1 of type 2) in rekening kan worden gebracht, wordt bepaald in contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen IC-dag type 1 in rekening worden gebracht. Hieruit volgt dat verder de juiste bedragen voor de twaalf dagen IC-zorg (inclusief verpleging) in rekening heeft gebracht. Deze zorg is gebaseerd op een OZP 'Add-on zorg op de IC', uitgedrukt in zorgactiviteiten en behoort bij een DBC-zorgproduct.

Het Zorginstituut heeft bepaald wat het meest passende bijkomend DBC-zorgproduct is bij de aan verzoeker verleende zorg (vijf dagen verpleegafdeling).

De gegevens zijn als volgt:

- Geldigheidsperiode: 2022
- Specialisme: 0322 Longziekten
- Diagnose: 0322.1401 Pneumonie
- Leeftijd: 66, Geslacht: Man
- Zorgactiviteit: 190218 Verpleegdag, 5 keer

Dit leidt tot DBC-zorgproduct 109999067, met declaratiecode 15E758. De omschrijvingen zijn:

- Omschrijving (be)handeling: Bronchopneumonie en andere infecties | Klin kort | Ademh ond luctw inf acuut/sarc/interst
- Omschrijving consument: Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij longontsteking

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat DBC-zorgproduct 109999067 het meest passend lijkt te zijn bij de aan verzoeker verleende zorg in Thailand.

Het advies

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproduct 109999067 het meest passend lijkt te zijn bij de aan verzoeker verleende zorg in Thailand."

5.2. In zijn brief van 11 december 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Ook vraagt u het Zorginstituut in te gaan op het volgende. Doordat bijna geen buitenlandse ziekenhuizen worden gecontracteerd, zal bij IC-zorg in het buitenland altijd IC type 1 worden vergoed. De commissie vraagt zich af of dit de bedoeling is achter de regeling. Zou bij het toekennen van een vergoeding op grond van IC type 1 of 2 de zorgbehoefte leidend moeten zijn? Gelet op de adviestaak van het Zorginstituut, is het niet aan het Zorginstituut om uitspraken te doen over de bedoeling van de Regeling medisch-specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en het marktconforme tarief, alsmede die uit de Regeling medisch-specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NR/REG-2207a) zijn vermeld

in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. De commissie overweegt dat tussen Thailand en Nederland geen verdrag bestaat inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat de aanspraak op vergoeding dient te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- Op grond van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg, ook als deze in het buitenland (artikel 9) wordt verleend. In artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat in het geval van acute zorg, die wordt verleend door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, betrokkene recht heeft op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed "tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs".

Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker destijds in Thailand spoedzorg nodig had en dat de kosten hiervan in beginsel onder de dekking van de zorgverzekering vallen. De zorgverzekeraar heeft de desbetreffende kosten immers gedeeltelijk vergoed, na tussenkomst van de alarmcentrale. Wat partijen verdeeld houdt, is of de zorgverzekeraar de juiste vergoeding heeft verleend. De twijfel hierover worden bij verzoeker mede ingegeven door het feit dat de zorgverzekeraar de vergoeding verschillende keren heeft aangepast.

- 7.3. Verzoeker heeft ter zake van de in Thailand verleende zorg drie nota's ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Voor de zorg in het Bangkok Hospital Pattaya op 17 december 2022 is een bedrag van - omgerekend - € 1.232,03 gedeclareerd. Dit bedrag is aanvankelijk vergoed, vervolgens in mindering gebracht op een andere vergoeding, en nadat de commissie de zorgverzekeraar om een toelichting op die verrekening had gevraagd, wederom vergoed. Voor de opname in het Jomtien Hospital van 17 december 2022 tot en met 19 december 2022 is een bedrag van - omgerekend - € 5.385,76 gedeclareerd. Ook dit bedrag is uiteindelijk volledig vergoed door de zorgverzekeraar. Aldus resteren nog de kosten van de opname in het Bangkok Hospital Pattaya van 19 december 2022 tot en met 4 januari 2023.

Deze kosten bedragen - omgerekend - totaal € 42.452,-. Van dit bedrag is door de alarmcentrale € 35.485,48 rechtstreeks vergoed aan het Bangkok Hospital Pattaya.

Hierdoor blijft per saldo € 6.966,52 voor rekening van verzoeker. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 14 maart 2023 toegelicht dat hij de vergoeding heeft gebaseerd op DBC 109999067 met een bijbehorend tarief van € 3.542,42, 12 IC-dagen à € 2.559,75 (€ 30.717,-) en ambulancekosten van € 72,60.

De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd of de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC passend is voor de aan verzoeker verleende zorg. Het Zorginstituut heeft in zijn brief van 8 oktober 2024 opgemerkt dat dit inderdaad het geval is. In artikel 9.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zoals in dit geval, worden vergoed tot maximaal het bedrag dat de verzekerde zou krijgen als hij in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Op dit punt is in artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat alsdan aanspraak bestaat op vergoeding van 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of 80% van het Wmg-tarief. De zorgverzekeraar verwijst hierbij naar de maximale vergoedingen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Verder is in dit artikel bepaald dat als sprake is van acute zorg, die wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven, of, als er geen Wmg-tarieven gelden, tot maximaal "de in Nederland geldende redelijke marktprijs". In de polisvoorwaarden wordt echter niet uitgelegd wat onder 'de in Nederland geldende redelijke marktprijs' moet worden verstaan.

In de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders' van de zorgverzekeraar staat bij de DBC 109999067 vermeld dat de vergoeding van 80% € 2.389,77 bedraagt.

Omgerekend naar 100% - vanwege het acute karakter van de aan verzoeker verleende zorg - zou de vergoeding dus € 2.987,21 bedragen. In samenhang met artikel 1.4 van de voorwaarden van de

zorgverzekering, concludeert de commissie dat dit het gemiddeld gecontracteerde tarief is voor deze DBC.

Genoemd bedrag is evenwel lager dan de door de zorgverzekeraar berekende vergoeding van € 3.542,42. De commissie leidt hieruit af dat met de in artikel 1.4 vermelde 'in Nederland geldende redelijke marktprijs' niet het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt bedoeld, maar het zogenoemde marktconforme tarief van artikel 2.2 Bzv. Uit eerdere bindende adviezen van de commissie volgt dat met betrekking tot het vaststellen hiervan, waar het gaat om medisch specialistische zorg, het hoogste bij de berekening van het gemiddelde volgens Open DIS Data betrokken tarief nog als marktconform kan worden beschouwd. De zorgverzekeraar dient derhalve bij Open DIS Data te informeren hoeveel dit tarief bedraagt. Als de uitkomst hoger is dan de reeds toegekende € 3.542,42, dient de zorgverzekeraar het verschil aan verzoeker na te betalen.

- 7.4. Ten aanzien van de toegekende vergoeding voor de 12 IC-dagen verschillen partijen van mening over het antwoord op de vraag of deze moet worden berekend op grond van het tarief voor een IC-dag type 1 of type 2. Het tarief voor een IC-dag type 2 ligt hoger dan die voor type 1. In artikel 26, tweede lid, sub b, van de Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2207a) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is bepaald dat bij ontbreken van contractafspraken tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder, alleen IC-dag type 1 in rekening mag worden gebracht. De zorgverzekeraar heeft geen contractafspraken met het Bangkok Hospital Pattaya gemaakt en mocht de vergoeding van de IC-dagen dus baseren op het tarief van type 1. Dat het Bangkok Hospital Pattaya, zoals door verzoeker is gesteld, voldoet aan de voorwaarden die gelden voor een IC-dag type 2 maakt dit niet anders. Hetzelfde geldt voor het door verzoeker aangehaalde argument dat voornoemde regeling niet is bedoeld om de volledige vergoeding van spoedeisende hulp in het buitenland te beperken en voor hetgeen overigens door hem ter sprake is aangevoerd. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar, gelet op de hiervoor aangehaalde regeling van de NZa, voor de 12 IC-dagen de juiste vergoeding heeft verleend.
- 7.5. Verzoeker heeft verder nog aangevoerd dat in het verslag van de alarmcentrale is vermeld dat een betalingsgarantie is afgegeven vanaf 19 december 2022, en dat hij de reeds gemaakte kosten na thuiskomst kon declareren bij de zorgverzekeraar. De nota's van het Bangkok Hospital Pattaya van 17 december 2022 en van de opname in het Jomtien Hospital van 17 december 2022 tot en met 19 december 2022 zijn inmiddels volledig vergoed. Alleen de kosten van de opname in het Bangkok Hospital Pattaya vanaf 19 december 2022 zijn niet volledig vergoed. De betreffende passage in het verslag van de alarmcentrale is geen toezegging, inhoudende volledige vergoeding van de kosten van deze opname. Van de stelling dat een medewerker van de zorgverzekeraar aan verzoeker zou hebben meegedeeld dat de nota van het Bangkok Hospital Pattaya volledig zou zijn vergoed in het geval deze via de alarmcentrale was ingediend, is door verzoeker geen verdere onderbouwing geleverd, zodat deze stelling door de commissie wordt gepasseerd.

Slotson

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de zorgverzekeraar bij Open DIS Data moet informeren wat het hoogste tarief is, dat bij de berekening van het gemiddelde tarief voor DBC 109999067 is gebruikt. Als dit tarief hoger is dan de reeds toegekende € 3.542,42, dient de zorgverzekeraar het verschil aan verzoeker na te betalen;
 - (ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;
 - (iii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 29 januari 2025,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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 sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 veertien 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.

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.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25, 26 en 38) en Farmaceutische zorg (artikel 35 Geneesmiddelen) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg App, op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvoelstoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover u deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld;
- l. Tot 1 januari 2025 larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- m. Tot 1 januari 2025 entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheids- onderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd:

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatie-poging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft. Brengt de gynaecoloog aangesloten bij de IGO voor verloskundige zorg een apart tarief in rekening op grond van een NZa-beleidsregel? Dan vergoeden wij de nota tot maximaal de in Nederland geldende marktprijs.

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

Oogheelkunde:	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
KNO:	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
Chirurgie:	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
Dermatologie	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
Gynaecologie:	Vulvaire en vaginale afwijkingen
Plastische chirurgie:	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Revalidatie

Revalidatie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg). Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.