

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V te Zeist
Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, herniaoperatie, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202101473
Zittingsdatum : 12 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 31 augustus 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 10 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 16 september 2021 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld zijn standpunt kenbaar te maken. Binnen de gestelde termijn heeft de commissie geen reactie ontvangen. Daarom heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 oktober 2021 gevraagd alsnog binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 oktober 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 november 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 1 december 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021042541) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 december 2021 aan partijen gestuurd, waarna verzoeker en de ziektekostenverzekeraar op 21 december 2021 op het desbetreffende advies hebben gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de respectieve wederpartijen gezonden.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 januari 2022 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de nagekomen stukken van 21 december 2021 zijn op 14 januari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in het definitief advies aandacht te besteden aan de stelling van verzoeker dat hij sinds december 2020 alles behalve klachtenvrij was, hetgeen ook lijkt te volgen uit het door hem overgelegde logboek.
In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 24 januari 2022 een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij mailbericht van 26 januari 2022 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend* en Aanvullend Tand* (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker kampte al vier jaren met rugklachten, die in december 2020 verergerden en waarvoor hij door een fysiotherapeut werd behandeld. Nadat eerst verbetering was opgetreden, volgde in mei 2021 een terugval en bleek sprake te zijn van een hernia. Hierop heeft verzoeker besloten zich tot een arts in Köln, Duitsland te wenden.
- 3.3. In mei 2021 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd de herniaoperatie in Köln te vergoeden. Bij brief van 15 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.4. Op 18 mei 2021 is verzoeker in de kliniek in Köln aan zijn rug geopereerd.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Onder meer op 21 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 1 december 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Niet ter discussie staat of een chirurgische ingreep bij patiënten met een Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) op basis van een lumbale HNP onder de zorg valt, zoals neurochirurgen plegen te bieden, dit volgt namelijk uit de in Nederland geldende richtlijnen. Daarnaast staat in de in Nederland geldende richtlijnen opgenomen dat het voldoende duidelijk is dat de chirurgische ingreep veilig en effectief is. In beginsel betreft dit zorg conform de stand van wetenschap en praktijk. Het geschil betreft de vraag of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de hernia-operatie.

Uit bestudering van de in Nederland geldende richtlijnen blijkt dat bij de beoordeling of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde operatie, de duur van de klachten en de conservatieve behandeling op het moment van de operatie een rol speelt. De richtlijnen geven aan dat indien de pijn niet afneemt na 10-12 weken chirurgisch ingrijpen bij een LRS op basis van een HNP overwogen kan worden. In de overwegingen staat benoemd dat een operatieve behandeling zinvol kan blijken bij bewezen niet-succesvolle conservatieve behandeling. Uit het behandelverslag van de fysiotherapeut blijkt dat verzoeker na de klachten die ontstonden in december 2020, weer klachtenvrij was geworden met een conservatieve behandeling. De klachten die begin mei zijn ontstaan kunnen daarom als een nieuwe episode worden gezien. Tijdens deze nieuwe episode was verzoeker nog niet, zoals de richtlijnen voorschrijven, 10-12 weken conservatief behandeld. Er was nog geen sprake van een bewezen niet-succesvolle conservatieve behandeling. Daarnaast was er bij verzoeker geen sprake van een spoedindicatie voor een operatie. Indicaties voor een eventuele spoedoperatie kunnen zijn een (progressieve) parese of een cauda equinasyndroom. Uit het medisch dossier van verzoeker blijkt dat hier geen sprake van was: de neurochirurg beschrijft dat er bij het onderzoek geen sprake was van een parese en dat er geen afwijkende bevindingen waren bij het neurologisch onderzoek. Verzoeker was derhalve niet redelijkerwijs aangewezen op een operatie op het moment dat hij deze onderging op 18 mei 2021.

Ten aanzien van de argumentatie van verweerder met betrekking tot waarom verzoeker niet redelijkerwijs zou zijn aangewezen op een operatie, merkt het Zorginstituut het volgende op:

De verweerder benoemt dat er bij acuut LRS een behandeling met epidurale corticosteroïdinjecties toegepast moet worden voorafgaand aan operatief ingrijpen. Uit de in Nederland geldende richtlijnen blijkt echter niet dat epidurale corticosteroïdinjecties altijd voorafgaand aan chirurgisch ingrijpen toegepast moeten worden. De NVN-richtlijn LRS uit 2020 benoemt dat een glucocorticoïdinjectie overwogen kan worden bij patiënten met een acuut LRS met ernstige pijnklachten ondanks adequate pijnbehandeling. In de overwegingen beschrijft de richtlijn dat de bewijskracht van het effect van epidurale injecties met steroïden bij het lumbaal radiculair syndroom gering is, en het effect beperkt lijkt. Indien adequate pijnmedicatie of andere conservatieve vormen van pijnvermindering tekortschieten voor de patiënt en de patiënt (door de pijn) ook niet kan bewegen, dan kan worden overwogen te informeren over de mogelijkheden voor epidurale steroïdinjecties. De richtlijn benoemt dat hierbij de (mogelijk beperkte) voordelen en de mogelijke nadelen dienen te worden besproken en dat het besluit om hiervoor al dan niet te verwijzen in samenspraak tussen arts en patiënt genomen dient te worden. De richtlijn van de NVN uit 2019 omschrijft dat epidurale corticosteroïdinjecties overwogen kunnen worden als er aanhoudende pijn is ondanks conservatieve behandeling in de eerste weken tot maanden, wanneer er geen chirurgische indicatie is.

De verweerder benoemt dat uit een recent onderzoek is gebleken dat een behandeling met epidurale corticosteroïden niet (significant) minder goed is dan een operatie om de pijn te bestrijden. Daarbij blijkt volgens de verweerder dat er bij de operatie meer complicaties voorkomen dan bij de epidurale corticosteroïdinjecties en dat de behandeling met epidurale corticosteroïdinjecties kosteneffectiever is. Daarom moet er volgens de verweerder eerst met epidurale corticosteroïdinjecties behandeld worden alvorens tot operatie over te gaan. Conclusies uit een dergelijk onderzoek moeten echter in het licht van de gehele literatuur over dit onderwerp in beschouwing worden genomen en het beleid kan niet worden gebaseerd op één enkele studie. Voor de beoordeling of de verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de operatie, baseren we ons op de richtlijnen. Die onderschrijven zoals gezegd niet dat er eerst een epidurale corticosteroïdinjectie toegepast had moeten worden, voordat men overging tot chirurgische behandeling. Wel is verzoeker op andere gronden, zoals hierboven uiteengezet, niet redelijkerwijs aangewezen op een operatie.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie kan geconcludeerd worden dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op een hernia-operatie. Er was immers nog geen sprake van een bewezen niet-succesvolle conservatieve behandeling. Daarnaast was er bij verzoeker geen sprake van een spoedindicatie voor een operatie. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de operatie ten laste van de basisverzekering."

- 3.7. Bij brief van 24 januari 2022 heeft het Zorginstituut in zijn definitief advies aan de commissie, naar aanleiding van de op 14 januari 2022 toegestuurde aantekeningen van de hoorzitting en de na het voorlopige advies van 1 december 2021 door verzoeker op 21 december 2021 nog overgelegde stukken, voor zover hier relevant, het volgende verklaard:

"Hierbij merkt het zorginstituut het volgende op. Uit het logboek van verzoeker blijkt dat verzoeker vanaf januari 202[1] inderdaad niet klachtenvrij is geweest. Wel is duidelijk een verbetering van de klachten te zien met conservatieve behandeling met in april 202[1] nog lichte restklachten. Begin mei 202[1] treden dan opnieuw zeer heftige klachten op. Dit zien wij als een recidief van de HNP en daardoor als een nieuwe episode. Ook al is er daarvoor geen sprake geweest van een klachtenvrije periode maar nog van restklachten. Ons advies wijzigt dan ook niet op basis van de aanvullende informatie."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de te Köln uitgevoerde herniaoperatie te 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 18 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 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook is hierin het relevante artikel uit Vo. nr. 883/2004 opgenomen. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat zijn rugklachten in december 2020 verergerden en dat hij alleen met behulp van intensieve fysiotherapie en zware medicatie nog enigszins kon functioneren. In mei 2021 volgde echter een zodanige terugval dat de situatie onhoudbaar werd. Uit een kort daarna gemaakte MRI volgde dat sprake was van een hernia. De problemen rondom Covid-19 en de wachtlijsten in Nederland hebben verzoeker doen besluiten de arts in Köln te consulteren. Deze arts bevestigde de diagnose hernia en adviseerde verzoeker een operatie te laten uitvoeren. Tot verzoekers ontsteltenis heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van hiermee gemoeide kosten afgewezen, met als argument dat herniaklachten zoveel mogelijk zonder operatie moeten verdwijnen en dat bij een mogelijke ingreep een wortelblokkade voorliggend is. Dit standpunt kan verzoeker niet volgen omdat hij al van december 2020 tot en met mei 2021 intensief werd behandeld en de klachten niet overgingen, sterker nog, deze namen juist toe. Verzoeker voelt zich door de ziektekostenverzekeraar niet serieus genomen. Vanwege de klachten was normaal functioneren niet meer mogelijk en was een ingreep nog de enige optie. Het is dan wrang van de ziektekostenverzekeraar te moeten horen: "het is nog niet erg genoeg, de klachten horen vanzelf over te gaan, dus wacht maar af". Verzoeker merkt op dat hij na de ingreep volledig klachtenvrij is. De ingreep heeft dus wel degelijk effect gehad.

6.3. Ter zitting heeft verzoeker erop gewezen dat hij op 21 december 2021 aan de commissie een logboek heeft toegestuurd. Hierin heeft verzoeker opgeschreven welke klachten hij vanaf begin januari 2021 heeft ervaren. Als dit logboek goed wordt bekeken valt hieruit duidelijk op te maken dat verzoeker in de maanden maart en april 2021 alles behalve klachtenvrij was. Het is dus onjuist dat het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie tot de conclusie is gekomen dat sprake was van een klachtenvrije periode en dat de verslechtering van de klachten in mei 2021 moet worden gezien als een nieuwe episode. Verder heeft verzoeker toegelicht dat hij in mei 2021, toen de klachten verergerden, geen andere mogelijkheid zag dan zich snel te laten behandelen. Al vanaf december 2020 liep hij rond met ernstige pijnklachten en normaal functioneren was niet meer mogelijk. Verzoeker was naar eigen zeggen fysiek en mentaal op.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat niet in geschil is dat de door verzoeker aangevraagde en ondergane herniaoperatie zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Bovendien is de herniaoperatie een bewezen effectieve behandeling. Het probleem doet zich in dit geval echter voor bij de voorwaarde dat een verzekerde redelijkerwijs op de zorg moet zijn aangewezen. Aan dit criterium wordt door verzoeker niet voldaan.

In de situatie van verzoeker geldt dat begin mei 2020 sprake was van een luxerend moment, waarbij er acuut onhoudbare pijnklachten zijn ontstaan, die uitstraalden in het gehele been. Dit kan worden beschouwd als een acuut Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS). De richtlijn LRS schrijft voor dergelijke situaties een wortelblokkade voor, en geen operatief ingrijpen. Anders dan het Zorginstituut stelt, is deze richtlijn op zich niet leidend in de beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een behandeling, de onderliggende wetenschappelijke literatuur is dat wel. Als zich een nieuw onderzoek aandient (met een grotere bewijslast) moet dit inderdaad worden gezien in het licht van de gehele literatuur. Wat de herniaoperatie betreft, geldt dat recent een studie (RCT uit 2021) is gepubliceerd. Hieruit volgt dat onder een grote groep patiënten is gebleken dat een wortelblokkade niet (significant) minder goed is dan een HNP-operatie om de klachten te verhelpen. Een belangrijk aspect is hierbij dat bij een operatie meer complicaties voorkomen dan bij een wortelblokkade. Een behandeling met een wortelblokkade is dus kosteneffectiever. Gelet op de uitkomsten van de studie lag het in de rede dat bij verzoeker een wortelblokkade werd uitgevoerd en niet dat operatief werd ingegrepen. De ziektekostenverzekeraar realiseert zich dat de studie pas kort geleden is afgerond en dat de uitkomsten hiervan nog niet in de richtlijnen en standaarden zijn verwerkt. Dit betekent echter niet dat de onderhavige kosten moeten worden vergoed.

Op grond van het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op een operatie. Immers, een wortelblokkade is even effectief, maar kent minder risico en is doelmatiger dan de door verzoeker ondergane ingreep.

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het Zorginstituut en hij tot dezelfde conclusie komen. Waar het Zorginstituut die conclusie baseert op de richtlijn, verwijst de ziektekostenverzekeraar ook naar eerder genoemd onderzoek, waaruit is gebleken dat een behandeling met epidurale corticosteroïden niet (significant) minder goed is dan een operatie om de pijn te bestrijden. Aangezien een epidurale injectie veel goedkoper is en minder risico's kent, is deze interventie voorliggend volgens de principes van *stepped care*. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat uit de overgelegde (medische) stukken blijkt dat verzoeker in april 2021 klachtenvrij was. Dit blijkt met name uit de overgelegde verklaring van de behandelend fysiotherapeut. Voor zover verzoeker stelt dat hij niet (tijdig) in Nederland kon worden behandeld, geldt dat hij contact had kunnen opnemen met de afdeling zorgbemiddeling. Dit heeft verzoeker echter niet gedaan.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.6. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Duitsland - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Verzoeker heeft kort vóór de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Of hij hierbij een redelijke termijn heeft gehanteerd kan in het midden blijven, aangezien de ziektekostenverzekeraar erin is geslaagd aan verzoeker voorafgaand aan de geplande operatiedatum mee te delen dat hij van mening is dat de door verzoeker aangevraagde behandeling in Duitsland niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Later heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat dit standpunt niet juist is en dat de reden van afwijzing is dat verzoeker (nog) niet redelijkerwijs was aangewezen op een herniaoperatie. Met betrekking tot die afwijsggrond overweegt de commissie het volgende.
- 6.7. Verzoeker heeft in Duitsland een neurochirurgische verwijdering van een hernia op niveau L5/S1 ondergaan. Het staat vast dat deze ingreep bij patiënten met een Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) op basis van een lumbale HNP, zoals verzoeker, zorg is zoals neurochirurgen die plegen te bieden. Verder is niet (meer) in geschil dat de uitgevoerde ingreep veilig en effectief

is en daarom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Aldus is sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, zoals ook blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 1 december 2021. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de behandeling.

- 6.8. Het Zorginstituut heeft de door partijen overgelegde stukken bestudeerd en adviseert de commissie op basis hiervan tot afwijzing van het verzoek. Volgens het Zorginstituut was nog geen sprake van een bewezen niet-succesvolle conservatieve behandeling en daarom was verzoeker niet redelijkerwijs aangewezen op een herniaoperatie.
Het Zorginstituut licht hierbij in zijn voorlopig advies van 1 december 2021 toe dat verzoeker na de klachten die ontstonden in december 2020 weer klachtenvrij was, toen in mei 2021 de nieuwe klachten optraden. Deze zijn te beschouwen als een nieuwe episode, waarbij - opnieuw - eerst conservatieve behandeling was aangewezen. Dit zou slechts anders kunnen zijn bij een spoedindicatie voor een operatie, maar die situatie deed zich bij verzoeker niet voor.
- 6.9. Verzoeker heeft ter zitting, en onder verwijzing naar een door hem bijgehouden logboek, aangevoerd dat hij, anders dan het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 1 december 2021 stelt, in het voorjaar van 2021 allesbehalve klachtenvrij was. Volgens verzoeker kon hij alleen met behulp van zware (pijn)medicatie en intensieve fysiotherapie functioneren.
Het Zorginstituut heeft in zijn definitief advies van 24 januari 2022 op deze stelling van verzoeker gereageerd. De conclusie van het Zorginstituut is dat verzoeker weliswaar niet helemaal klachtenvrij was, maar dat de ingezette conservatieve behandeling wel effect had, aangezien er in april 2021 nog sprake was van lichte restklachten. De verergering van de klachten in mei 2021 wordt door het Zorginstituut gezien als een recidief van de HNP en moet om die reden als een nieuwe episode worden beschouwd. De commissie neemt deze conclusie van het Zorginstituut over en maakt die tot de hare, ook al omdat uit de stukken blijkt dat op enig moment de vraag is opgekomen of de behandelingen fysiotherapie nog moesten worden voortgezet. Dat het hierop volgende recidief van de HNP door verzoeker anders werd beleefd, en dat hij daarom heeft gekozen voor een operatie, is weliswaar begrijpelijk, maar hierin ziet de commissie geen aanleiding om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat, nu niet is gebleken van een bewezen niet-succesvolle conservatieve behandeling, verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op de te Köln uitgevoerde herniaoperatie op niveau L5/S1.
- 6.10. Hetgeen het Zorginstituut heeft opgemerkt over de door de ziektekostenverzekeraar genoemde mogelijkheid van een wortelblokkade als voorliggende behandeloptie maakt het voorgaande niet anders. Hoewel het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 1 december 2021 overweegt dat een epidurale corticosteroïdinjectie niet eerst hoefde te worden toegepast, laat dit de conclusie dat conservatieve behandeling - met name in de vorm van pijnstilling en fysiotherapie - mogelijk was onverlet.
Een en ander leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was de kosten van de te Köln uitgevoerde herniaoperatie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Tevens werd verzoeker de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht onthouden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 maart 2022,

L. Ritzema

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. (...)*”

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 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 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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel [17.1](#) van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.