

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B , vertegenwoordigd door C te D en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : EU/EER, Italië, geneeskundige zorg, second opinion  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, Vo. nr. 883/2004  
Zaaknummer : 202200604  
Zittingsdatum : 22 februari 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,  
en

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

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 3 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 april 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 1 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 augustus 2022 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 31 augustus 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022031104) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 september 2022 aan partijen gestuurd. Verzoekster is bij die gelegenheid gevraagd aan de commissie het operatieverslag toe te sturen. De ziektekostenverzekeraar is daarna verzocht dit stuk inhoudelijk te beoordelen. De ziektekostenverzekeraar heeft de uitkomst hiervan bij brief van 12 oktober 2022 aan de commissie meegedeeld. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan verzoekster gestuurd met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoekster heeft bij brief van 25 oktober 2022 aan de commissie meegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost.
- 2.4. Bij brief van 28 oktober 2022 heeft de commissie de nagekomen stukken naar het Zorginstituut gestuurd, met de vraag een aangepast voorlopig advies uit te brengen. Dit advies heeft het Zorginstituut bij brief van 7 november 2022 uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 november 2022 aan partijen gestuurd. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 24 november 2022 aanvullende informatie overgelegd. Een kopie hiervan is op 25 november 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 1 februari 2023 respectievelijk 9 februari 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Tandongevallen en Buitenland Wereld (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster is professioneel wielrenster en heeft op 13 september 2021, vanwege klachten aan haar rechterbeen, een second opinion gehad bij dr. Chiesa, verbonden aan het IRCCS Ospedale San Raffaele te Milaan, Italië. Op 15 september 2021 heeft zij geïnformeerd naar de vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten. Een operatie in eerdergenoemd ziekenhuis vond plaats op 30 september 2021.

3.3. In zijn verwijzing van 20 september 2021 heeft de behandelend sportarts in Nederland over verzoekster verklaard:

*"[Verzoekster] underwent a number of medical examinations and the diagnosis made was as follows:*

*- right leg showed subtle kinking in the proximal iliac artery at the iliac bifurcation, no intravascular narrowing and normal vessel length (...)*

*Medical recommended treatment: conservative approach*

*Patient would like to consult you for a second opinion about the observed abnormalities and the surgical options."*

3.4. Bij brieven van 12 en 22 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de second opinion en de daaropvolgende operatie in Milaan niet worden vergoed.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 21 december 2021 om heroverweging van zijn afwijzende beslissingen gevraagd. Bij brief van 28 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

3.6. Bij brief van 31 augustus 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3.7. Bij brief van 7 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een aangepast advies uitgebracht.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft in eerste instantie aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de second opinion en de hierop volgende operatie te Milaan, ten bedrage van totaal € 25.180,02, te vergoeden. In dit verband heeft zij toegelicht dat zij onder behandeling was van een sportarts, verbonden aan het Sport Medisch Centrum Maastricht-Parkstad te Maastricht. Deze arts verwees haar naar een sportarts van het Maxima MC. Omdat de aandoening waarmee verzoekster kampt zelden voorkomt, en er weinig specialisten zijn op het desbetreffende gebied, volgde doorverwijzing naar dr. Chiesa in Milaan. Deze arts stelde de diagnose 'right iliac artery endofibrosis' en besloot te opereren.

4.2. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde afwijsgonden treffen volgens verzoekster geen doel. Zo is de verwijzend sportarts volgens het ministerie van VWS te beschouwen als een medisch specialist. Ook is verzoekster in contact gebleven met de Nederlandse arts van het Sport Medisch Centrum Maastricht-Parkstad, waarmee is voldaan aan de voorwaarden in het kader van de second opinion. Verder steunen de beide sportartsen in Nederland de beslissing tot operatief ingrijpen. Zo verklaart de arts van het Maxima MC in de brief van 23 februari 2022 dat na de conservatieve behandeling de klachten verergerden, waardoor de verwachting was dat operatief ingrijpen moest plaatsvinden. Voor zover testresultaten beschikbaar zijn leek opereren een logische keuze.

- 4.3. Verzoekster heeft, naar aanleiding van de nadien door de ziektekostenverzekeraar toegezegde vergoeding, bij brief van 25 oktober 2022 toegelicht dat het geschil nog niet is opgelost, omdat zij het niet eens is met de hoogte hiervan. Deze vergoeding is door de ziektekostenverzekeraar namelijk gebaseerd op een onjuiste declaratiecode. De complexiteit van de operatie die verzoekster heeft ondergaan is uitgebreider dan de ingreep die onder deze code valt. Navraag bij het Maxima Medisch Centrum (MMC) in Nederland leert dat declaratiecode 15E720 meer passend is. Het hieraan verbonden tarief zou in dat geval bij het desbetreffende medisch centrum € 21.380,- bedragen. Het landelijk gemiddelde tarief ligt op € 18.945,-, met dien verstande dat het MMC de enige zorgaanbieder in Nederland is die operaties van "right iliac artery endofibrosis" kan uitvoeren. Om die reden is het tarief van het MMC weliswaar hoger dan het landelijk gemiddelde, maar nog steeds marktconform. Het MMC heeft echter een lange wachttijd voor deze operatie. Verzoekster zou verhinderd zijn om de noodzakelijke zorg te krijgen indien de vergoeding slechts 65% bedraagt van de daadwerkelijk gemaakte kosten. Verzoekster verwijst in dat kader naar de Richtlijn nr. 2011/24/EU en Vo. nr. 883/2004, alsmede op de gehanteerde Treeknorm die in een geval als dit in volledige vergoeding van de kosten voorziet.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de second opinion en de daaropvolgende operatie, uitgevoerd te Milaan. In dit verband heeft hij aanvankelijk, onder verwijzing naar artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering, aangevoerd dat deze verzekering geen dekking kent voor de kosten van een sportarts en dat een sportarts om die reden ook geen geldige verwijzing kan afgeven. Daarbij geldt dat een verzekerde met de uitkomst van de second opinion moet terugkeren naar de behandelend arts in Nederland. Dat is hier niet gebeurd, maar er is door de arts in Milaan een ander zorgtraject ingezet. Voorts is niet voldaan aan artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering, in die zin dat de operatie niet doelmatig en doeltreffend is. Er bestond geen absolute noodzaak voor; verzoekster kon conservatief worden behandeld, zoals blijkt uit de stukken van het Sport Medisch Centrum Maastricht-Parkstad.
- 5.2. Na ontvangst van het operatieverslag heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 oktober 2022 evenwel aan de commissie meegedeeld dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat hiervoor een vergoeding mogelijk is van maximaal € 7.755,55 op basis van declaratiecode 15C442.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 31 augustus 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

*"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

### Second opinion

*Verweerder geeft aan dat verzoekster na de second opinion niet is teruggekeerd naar de oorspronkelijke behandelaar. Ondanks dat het uitgangspunt bij een second opinion is dat de behandeling niet wordt overgenomen en dat de verzekerde dezelfde behandelaar blijft houden, is het mogelijk dat een verzekerde na de second opinion de behandeling wil laten overnemen door de arts die de second opinion heeft uitgevoerd of een arts naar wie hij door deze laatste is doorverwezen. Het overnemen van de behandeling is iets anders dan een second opinion uitvoeren. Bij een second opinion gaat de verzekerde altijd met de uitkomst hiervan terug naar de oorspronkelijke behandelaar. Als de second opinion-arts de behandeling overneemt of doorverwijst naar een geheel andere behandelaar en de verzekerde gaat hiermee akkoord, lijkt deze voorwaarde wat formalistisch. In een dergelijk geval kan de verzekerde ook op een andere manier (bijvoorbeeld telefonisch of op schrift) overleg voeren met zijn oorspronkelijke behandelaar en hem kenbaar maken dat hij de behandeling elders wil voortzetten. Indien de second opinion-*

arts een ander behandelplan voorstelt dan de oorspronkelijke behandelaar dient de verzekerde in overleg met de oorspronkelijke behandelaar te besluiten welke behandeling hij ondergaat en waar hij deze wil ondergaan. Dit volgt uit het standpunt van 2010. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet met zekerheid vastgesteld worden of er contact (eventueel telefonisch) is geweest met de oorspronkelijke behandelaar. Verzoekster schrijft dat zij altijd in nauw contact is geweest met haar eerste behandelaar in Nederland en uit het dossier blijkt dat allebei de Nederlandse behandelaren de keuze voor een operatie in Italië ondersteunen.

#### Medisch-specialistische zorg

Indien de behandeling is overgenomen door de second opinion-arts in Italië dient te worden beoordeeld of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en of verzoekster ook redelijkerwijs aangewezen was op deze zorg. De Italiaanse arts heeft de diagnose 'right iliac artery endofibrosis' (een verdikte binnenste laag van de rechter bekken slagader) gesteld. Op de nota van 14 september 2021 staat dat er een 'endarterectomy for lower extremity' in rekening is gebracht. Het dossier bevat geen medische informatie met betrekking tot de operatie (bijvoorbeeld een operatieverslag) waardoor het niet zeker is welke operatie er precies is uitgevoerd. Daardoor kan ook de stand van de wetenschap en praktijk niet beoordeeld worden. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan overigens niet op voorhand gesteld worden dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde operatie.

#### **Nader onderzoek**

Om te kunnen beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de in Italië uitgevoerde operatie dient medische informatie met betrekking tot deze operatie te worden toegevoegd aan het dossier. Wanneer duidelijk is welke operatie verzoekster heeft ondergaan is het in eerste instantie aan verweerder om te beoordelen of de operatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de informatie.

#### **Het advies**

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande. (...)"

- 6.2. Het Zorginstituut heeft in het aangepaste advies van 7 november 2022, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

#### DBC-zorgproduct

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 geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Verweerder is uitgegaan van DBC-zorgproductcode 099699055 (15C442). Het DBC-zorgproduct heeft als consumentenomschrijving: "Uitgebreide operatie bloedvaten tijdens een ziekenhuisopname bij een aandoening van slagaders of haarvaten." De door verweerder gebruikte DBC-zorgproductcode is passend. Er zijn geen aanwijzingen dat een zorgactiviteit aan de orde is in cluster Oper aorta/bloedvat abdominaal/ bloedvat thoracaal open dan wel in cluster Oper aorta/bloedvat abdominaal/ bloedvat thoracaal endovasculair. Alleen als dit het geval is kan naar DBC-zorgproduct 099699104 worden afgeleid.

#### **Conclusie**

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproduct 099699055 (15C442) met consumentenomschrijving: "Uitgebreide operatie bloedvaten tijdens een ziekenhuisopname bij een aandoening van slagaders of haarvaten" passendis.

### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: DBC-zorgproduct 099699055 (15C442) met consumentenomschrijving: "Uitgebreide operatie bloedvaten tijdens een ziekenhuisopname bij een aandoening van slagaders of haarvaten." Is een voor de uitgevoerde operatie passende DBC. (...)"

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg alsmede die uit Vo. nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie constateert dat partijen niet langer verdeeld zijn over de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster de kosten van de second opinion en de daaropvolgende operatie te Milaan te vergoeden. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding is nog in geschil.

### Zorgverzekering

- 8.3. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, te weten Italië, gegaan om daar een second opinion en een operatieve ingreep te ondergaan. Er is in dit verband sprake van planbare zorg, waarop artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 ziet. Voorwaarde voor toepassing van deze bepaling van de verordening is dat sprake is van verzekerde zorg in de bevoegde lidstaat (Nederland) en dat vooraf toestemming wordt gevraagd aan het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in die lidstaat (de ziektekostenverzekeraar). Ten aanzien van de second opinion overweegt de commissie dat aan de tweede voorwaarde niet is voldaan, aangezien door verzoekster is verklaard dat deze plaatsvond op 13 september 2021, terwijl de aanvraag volgens haar werd gedaan op 15 september daaropvolgend. Onder bijzondere omstandigheden kan het toestemmingsvereiste de verzekerde niet worden tegengeworpen, zo blijkt uit jurisprudentie van het Europese Hof (Elchinov, C173/09). Dergelijke bijzondere omstandigheden zijn echter gesteld noch gebleken. Hieruit volgt dat de verordening buiten toepassing blijft en dat de aanspraak op vergoeding van de second opinion moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dat verband oordeelt de commissie dat aan de toepasselijke voorwaarden niet is voldaan, nu het uitgangspunt bij een second opinion is dat betrokkene met de bevindingen van de tweede arts terugkeert naar de behandelend arts. Dat is in dit geval niet gebeurd en was kennelijk ook nooit het voornemen van verzoekster. Uit de brief van de behandelend arts van het Maxima MC van 23 februari 2022 blijkt dat verder onderzoek zou moeten plaatsvinden, maar dat verzoekster vanwege de wachttijden besloot zich te laten opereren in Italië. Overigens wordt hier ook in de verwijsbrief van 20 september 2021 – die is opgesteld nadat de second opinion was verricht – al op gehint. Gesteld wordt immers: "Patient would like to consult you for a second opinion about the observed abnormalities and the surgical options." Hieruit volgt dat vergoeding van de kosten van de second opinion terecht is geweigerd door de ziektekostenverzekeraar.

8.4. Ten aanzien van de *second opinion* overweegt de commissie dat aan de tweede voorwaarde niet is voldaan, aangezien door verzoekster is verklaard dat deze *second opinion* plaatsvond op 13 september 2021, terwijl de aanvraag volgens haar werd gedaan op 15 september daaropvolgend. Onder bijzondere omstandigheden kan het toestemmingsvereiste de verzekerde niet worden tegengeworpen, zo blijkt uit jurisprudentie van het Europese Hof (Elchinov, C173/09). Dergelijke bijzondere omstandigheden zijn echter gesteld noch gebleken. Hieruit volgt dat de verordening buiten toepassing blijft en dat de aanspraak op vergoeding van de *second opinion* moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dat verband oordeelt de commissie dat aan de toepasselijke voorwaarden niet is voldaan, nu het uitgangspunt bij een *second opinion* is dat betrokkene met de bevindingen van de tweede arts terugkeert naar de behandelend arts. Dat is in dit geval niet gebeurd en was kennelijk ook nooit het voornemen van verzoekster. Uit de brief van de behandelend arts van het Maxima MC van 23 februari 2022 blijkt dat verder onderzoek zou moeten plaatsvinden, maar dat verzoekster vanwege de wachttijden besloot zich te laten opereren in Italië. Overigens wordt ook in de verwijfsbrief van 20 september 2021 – die is opgesteld nadat de *second opinion* was verricht – hierop al gehint. Gesteld wordt immers: *“Patient would like to consult you for a second opinion about the observed abnormalities and the surgical options.”* Hieruit volgt dat vergoeding van de kosten van de *second opinion* terecht is geweigerd door de ziektekostenverzekeraar.

8.5. Met betrekking tot de door verzoekster op 30 september 2021 ondergane operatie overweegt de commissie als volgt. In haar e-mailbericht van 15 september 2021 schrijft verzoekster:

*“I have a consultation. I had a problem with my right leg and was diagnosed at a hospital in the Netherlands. But they refused surgery, so my symptoms continued to worsen. I will have surgery at an Italian hospital at the end of September. So I got a pre-quote from the doctor and apply for it. Please tell me the procedure in the future.”*

De commissie is van oordeel dat dit e-mailbericht kan worden beschouwd als een aanvraag in het kader van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Vervolgens moet evenwel worden vastgesteld dat de operatie reeds op 30 september 2021 werd uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar is aldus geen redelijke termijn gegund om de aanvraag te beoordelen. Eerder genoemd arrest Elchinov maakt dit niet anders. Het feit dat verzoekster akkoord ging met het inplannen van de ingreep op een – te korte – termijn, ligt in haar risicosfeer en maakt niet dat kan worden gesproken van bijzondere omstandigheden. Dit betekent dat de verordening buiten toepassing blijft.

8.6. Voor zover het gaat om de vergoeding van de operatie ten laste van de zorgverzekering is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproductcode 099699055 (declaratiecode 15C442) met als omschrijving *“Ov aandoeningen arterien | Oper perifere vaten zeer zwaar | Met VPLD | Hart/Vaat arterie/arteriole/capillair (...) Uitgebreide operatie bloedvaten tijdens een ziekenhuisopname bij een aandoening van slagaders of haarvaten”*. Het betreft een code uit het zogenoemde vrije segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het Zorginstituut heeft de keuze voor dit DBC-zorgproduct beoordeeld, en komt in zijn advies van 7 november 2022 tot de conclusie dat dit passend is voor de uitgevoerde ingreep. De commissie ziet geen aanleiding van deze opvatting van het Zorginstituut af te wijken. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat de vergoeding bij de genoemde DBC-zorgproductcode € 7.755,55 bedraagt. Dit tarief is afkomstig uit de ‘Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg basisverzekering 2022’. De operatie is evenwel uitgevoerd in 2021, zodat het tarief van dat jaar van toepassing is. Het in dat jaar toepasselijke tarief bedroeg € 7.405,33. Aangezien dit tarief lager ligt dan het door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster toegezegde tarief, zal de commissie hierin verder niet treden en geldt in deze het toegezegde hogere bedrag.

Wat verzoekster heeft aangevoerd over de hoogte van het tarief in het MMC maakt het voorgaande niet anders, nu verzoekster hierbij is uitgegaan van een niet passend DBC-zorgproduct. Ook de verwijzing naar de richtlijn treft in dit verband geen doel. Bedoelde richtlijn

is immers niet rechtstreeks werkend en met de implementatie hiervan is geen uitbreiding van de verzekerde zorg beoogd.

Ongeacht of de niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland of daarbuiten is gevestigd, is de vergoeding gelijk. Dat de buitenlandse zorgaanbieder een hoger tarief berekent ligt in de risicosfeer van verzoekster. Om die reden kan ook haar verwijzing naar het 'hinderpaalcriterium' van artikel 13 Zvw niet slagen. De door de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 13 Zvw vastgestelde vergoeding (het zogenoemde 'uitgangstarief'), is inderdaad veel lager dan het in rekening gebrachte tarief, maar op dit verschil ziet genoemd criterium niet. Dit heeft namelijk alleen betrekking op de restitutiekorting die op het 'uitgangstarief' in mindering wordt gebracht. Verzoekster heeft niet onderbouwd waarom deze korting in haar geval een feitelijke hinderpaal oplevert. Uit de aangehaalde Treeknorm volgt evenmin dat de ziektekostenverzekeraar tot een hogere vergoeding is gehouden. Dit alles leidt tot de conclusie dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 8.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt alleen dekking voor een aanvullende vergoeding in geval van spoedeisende zorg in het buitenland. Daarvan is in de situatie van verzoekster geen sprake.

#### *Slotsom*

- 8.8. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 7.755,55. Aangezien de ziektekostenverzekeraar pas naar aanleiding van het nader onderzoek heeft besloten deze vergoeding aan verzoekster te verlenen, dient de ziektekostenverzekeraar wel het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### **9. Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 7.755,55;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 2 maart 2023,

A.I.M. van Mierlo

### **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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1.     *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2.     *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal 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 gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
    - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
  - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Besured Basis Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heb je recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heb je recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

#### Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert je bij welke zorgaanbieder je voor jouw zorgvraag terecht kunt. Ook als je te maken hebt met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kan je contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kan je bereiken via onze website.

#### Medische noodzaak

Je hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als je op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 1.2 Wie mag de zorg verlenen

Jouw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vind je welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heb je geen recht op vergoeding.

### 1.3 Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vind je op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

## Artikel 16. Medisch specialistische zorg

### Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze 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;  
Je hebt hiervoor een verwijzing nodig van jouw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld jouw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die je al hebt besproken met jouw eerste behandelaar. Je moet met de second opinion terugkeren naar jouw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij jou thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vind je 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 vind je 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 je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover je deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover je 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 je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage, voor zover je 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 je 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 je 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 je deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura anti-bacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover je 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 je 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 je deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek 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 je:
  - 1. wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
  - 2. niet hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
  - 3. hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor jou 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. Kijk voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

**Je hebt geen recht op:**

- 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 van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- e. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als je een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat je de leeftijd van 43 jaar hebt 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 kan je 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 overeenkomst 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.

Wil je weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? Je vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je 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, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

**Toestemming**

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

**Voor welke zorg heb je vooraf toestemming nodig?**

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

|                              |                                                                                                                    |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Oogheelkunde:</b>         | refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties                                 |
| <b>KNO:</b>                  | oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.                                                |
| <b>Chirurgie:</b>            | gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties. |
| <b>Dermatologie:</b>         | benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).                            |
| <b>Gynaecologie:</b>         | vulvaire en vaginale afwijkingen.                                                                                  |
| <b>Plastische chirurgie:</b> | zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie                                                          |

Wij raden je aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Jouw medisch specialist is verplicht je te melden dat je kosten van zorg zelf moet betalen als je vooraf geen toestemming hebt gevraagd.

**Extra informatie**

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

## Artikel 17. Revalidatie

### 17.1 Revalidatie

**Dit krijg je vergoed**

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor jou 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;
- je met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven jouw 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 je je kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).