

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202401104

Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 4 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 13 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 november 2024 aan verzoekster gezonden.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 februari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 10 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Bij brief van 27 februari 2025 heeft ook verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën van deze stukken zijn op 28 februari 2025 aan de respectieve wederpartij gestuurd. Bij brieven van 18 maart 2025 en 20 maart 2025 hebben partijen de commissie een reactie doen toekomen. Kopieën hiervan zijn op 24 maart 2025 aan de respectieve wederpartij gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Werkt Beter en VGZ Tand Goed (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft op 17 juni 2022 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een neusoperatie in Hamburg, Duitsland. Op 4 juli 2022 heeft de behandeling

plaatsgevonden.

- 2.3. Bij brief van 19 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen. Diezelfde dag heeft verzoekster om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 3 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing nader toegelicht.
- 2.5. Op 20 oktober 2023 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar een brief gestuurd. Met zijn brief van 31 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Op 8 februari 2024 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar nogmaals schriftelijk benaderd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop met zijn brief van 23 februari 2024 gereageerd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Hamburg, Duitsland, uitgevoerde behandeling volledig dan wel gedeeltelijk te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Verder heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de door haar vanwege de onderhavige procedure gemaakte kosten dient te vergoeden.
- 3.2. Bij brief van 4 juli 2024 heeft verzoekster toegelicht dat zij is gediagnosticeerd met Choane Atresie aan één kant van haar neus(holte). Ter onderbouwing hiervan heeft zij een onderzoeksverslag van een radioloog van 29 juni 2021 overgelegd. Verzoekster heeft al vanaf haar kindertijd klachten. Deze klachten bestaan uit frequente bloedneuzen, benauwdheid waardoor zij niet kon sporten, voortdurende verkoudheidsklachten, veel snot, vermoeidheidsklachten en hoofdpijn. Van een besmetting met het coronavirus heeft verzoekster bovengemiddeld last gehad. Medio 2021 is een CT-scan gemaakt in een ziekenhuis in Delft. Hierop was een afwijking te zien. De behandelend arts aldaar gaf aan niet te beschikken over de apparatuur om deze afwijking te verhelpen. Op 21 juni 2021 heeft verzoekster een verwijsbrief ontvangen. In november 2021 is zij op consult geweest bij een arts in Duitsland. Volgens deze arts was er meer aan de hand dan alleen de Choane Atresie. Met deze informatie heeft verzoekster zich in januari 2022 laten behandelen in het Erasmus Medisch Centrum (EMC) in Rotterdam. Hierbij is haar neusholte doorboord. Deze behandeling gaf geen, althans onvoldoende verbetering van de klachten. Bij een controle in mei 2022 was de behandelend arts tevreden, maar verzoekster had nog steeds klachten. Om die reden heeft zij contact opgenomen met de arts in Duitsland. Deze arts vond een operatieve behandeling noodzakelijk. Dit blijkt uit zijn verklaring van 9 juni 2022. Op 15 juni 2022, ruim twee weken voor de geplande behandeling, heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Ondanks dat verzoekster meerdere malen contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, is niet op de aanvraag beslist voordat de geplande behandeling plaatsvond. Telefonisch is verzoekster steeds gerustgesteld, omdat toestemming ook achteraf kon worden gegeven. Bepalend was hierbij dat de aanvraag voorafgaand aan de behandeling werd ingediend. Bij deze telefoongesprekken was de moeder van verzoekster aanwezig. Op 4 juli 2022 is verzoekster in Hamburg behandeld. Na de behandeling zijn haar klachten verdwenen en is de kwaliteit van haar leven aanzienlijk verbeterd. Inmiddels zijn er twee jaren verstreken en heeft verzoekster geen enkele mentale of fysieke beperking meer. Anders dan vóór de behandeling, kan verzoekster nu meedoen met alles in de maatschappij.

Bij brief van 19 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen, omdat niet aan het toestemmingsvereiste zou zijn voldaan. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat de behandeling een neuscorrectie betrof. Bij verzoekster is een inwendige operatieve ingreep uitgevoerd om de Choane Atresie en de problemen die zijn ontstaan bij de behandeling in het EMC te verhelpen. Door de behandeling in het EMC is de neus scheef komen te staan. Om die reden moest ook de buitenkant van de neus worden behandeld.

- 3.3. Volgens verzoekster weigert de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de gemaakte kosten van de behandeling in Duitsland - al dan niet gedeeltelijk - te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar schiet toerekenbaar tekort in de nakoming van de zorgverzekeringsovereenkomst. Daarnaast heeft hij inbreuk gemaakt op het recht van verzoekster om zelf haar behandelaar te kiezen. Door verzoekster is tijdig om toestemming gevraagd. Ondanks dat zij daarna nog meerdere malen telefonisch contact heeft opgenomen om aandacht te vragen voor haar aanvraag, heeft de ziektekostenverzekeraar er onnodig lang over gedaan om hierop te beslissen. De aanvraag was voorzien van informatie van de Duitse arts. Op grond hiervan kon worden vastgesteld dat de behandeling noodzakelijk was. Verzoekster had veel last van haar klachten. Zij had dus een zwaarwegend belang om de behandeling te ondergaan op het moment dat een plek beschikbaar kwam. Indien verzoekster had geweten dat de kosten van de behandeling niet zouden worden vergoed, had zij deze uitgesteld.

Vanwege de geruststellende woorden van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster er echter op vertrouwd dat de benodigde toestemming ook achteraf kon en zou worden gegeven. Door zijn handelen heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster de mogelijkheid ontnomen te kiezen voor een andere behandeling. Verder beschikt verzoekster wel degelijk over een verwijzing, namelijk die van 21 juni 2021 van de KNO-arts in Delft naar het EMC in Rotterdam. Deze verwijzing is ook met de aanvraag meegestuurd. Voorts is een brief van de Duitse arts overgelegd waaruit blijkt dat de behandeling noodzakelijk is. Voor zover deze stukken niet als verwijzing kunnen worden aangemerkt, zijn het in ieder geval documenten waaruit blijkt dat geen verwijzing nodig is. De behandeling betreft namelijk geen cosmetische ingreep. Verzoekster had klachten en er bleek een blokkade in de neusholte te zitten. Dit was in Nederland onvoldoende verholpen. Niet alle blokkades werden verwijderd. Hierdoor had verzoekster nog steeds klachten. De blokkades waren ook de oorzaak van de scheefstand van de neus. Door de behandeling in Nederland is gevolgschade ontstaan. De Duitse arts heeft het inwendige deel van de behandeling verricht, waarbij de blokkades werden verwijderd. Tegelijkertijd is de scheefstand van de neus verholpen. Dat verzoekster daar in cosmetisch opzicht een rechte en mooiere neus aan heeft overgehouden, maakt niet dat de behandeling kan worden gekwalificeerd als een cosmetische ingreep. Een arts zal bij een operatie immers ook altijd proberen de wond netjes te hechten, zodat de patiënt niet onnodig met ontsierende littekens door het leven moet gaan. Dit maakt niet dat de operatie een cosmetisch karakter heeft.

Verzoekster heeft voorts aangevoerd dat zij op grond van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet zelf mag kiezen door wie zij zich laat behandelen. Dit artikel kent de mogelijkheid om voor zorg uit het basispakket naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De behandeling die verzoekster heeft ondergaan voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en is effectief gebleken. Inmiddels is zij klachtenvrij. Als verzoekster de operatie niet zou hebben ondergaan, zou zij nog steeds klachten hebben en bij een of meer zorgaanbieders lopen. Daar zouden aanzienlijke kosten voor zijn gemaakt, die voor vergoeding in aanmerking komen. Deze kosten zijn de ziektekostenverzekeraar nu bespaard gebleven. De uitgevoerde behandeling was als schadebeperkende maatregel dus ook in het belang van de ziektekostenverzekeraar.

Verzoekster was aangewezen op de zorg van de Duitse arts, omdat zij die zorg niet heeft kunnen vinden in Nederland. In dit verband heeft verzoekster nog opgemerkt dat het voor een

patiënt niet eenvoudig is om te beoordelen welke in Nederland gevestigde medisch specialisten een bepaalde behandeling kunnen uitvoeren. Op basis van informatie van een andere patiënt heeft verzoekster geconcludeerd dat de door haar ondergane behandeling in Nederland niet wordt aangeboden.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling om toestemming is gevraagd. De ziektekostenverzekeraar zou hier binnen veertien dagen op beslissen, maar dit is niet gebeurd. Het staat vast dat verzoekster op het moment van de behandeling in Duitsland niet beschikte over voorafgaande toestemming. Na het indienen van de aanvraag kreeg verzoekster te horen dat zij begin juli 2022 kon worden behandeld. Als zij dit niet zou aannemen, kwam zij weer op de wachtlijst terecht. Verzoekster heeft daarom ervoor gekozen een afspraak te laten inplannen voor de operatie. Vervolgens heeft zij meerdere malen met de ziektekostenverzekeraar gebeld om aandacht te vragen voor haar aanvraag. Als de ziektekostenverzekeraar binnen veertien dagen een afwijzende beslissing had genomen, had verzoekster de behandeling nog kunnen afzeggen of uitstellen en was zij niet met hoge kosten blijven zitten. In de telefoongesprekken heeft de ziektekostenverzekeraar echter verteld dat achteraf toestemming kon worden verleend. Hij heeft hierbij niet meegedeeld dat verzoekster de kosten zelf moest betalen als de aanvraag werd afgewezen. Ook is niet gesproken over de noodzaak van een nieuwe verwijzing. Aan verzoekster is verteld dat zij de behandeling kon ondergaan. Voor de inhoud van deze telefoongesprekken heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar zijn telefoonnotities, maar deze heeft hij niet overgelegd. Hier staat tegenover dat de moeder van verzoekster aanwezig was bij de telefoongesprekken en kan bevestigen wat door de ziektekostenverzekeraar is meegedeeld. De ziektekostenverzekeraar stelt zich daarbij ten onrechte op het standpunt dat een nieuwe verwijzing nodig was. Verzoekster beschikte al over een verwijzing naar het EMC en is hier ook behandeld. Bij deze behandeling zijn vervelende complicaties ontstaan. In dit verband heeft verzoekster verwezen naar de openbaar toegankelijke informatie op de website van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (www.ordz.nl/verwijsafspraken) waar het volgende staat vermeld: *“Wanneer complicaties direct gerelateerd aan de oorspronkelijke zorgvraag en behandeling optreden, is geen nieuwe verwijzing noodzakelijk Dit geldt ook wanneer al een afsluitende brief verstuurd is”* en *“Hierbij wordt uitgegaan van de volgende definitie van complicatie: Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be-)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade”*. Hiervan is bij verzoekster sprake. In het EMC is alleen het rechterneusgat doorboord, ondanks dat het de bedoeling was om alle blokkades op te heffen. Dit heeft gezorgd voor een verergering van de klachten aan de linkerkant van de neus. Ook heeft de behandeling geleid tot een abnormale scheefstand van de neus. Om dit alles te herstellen was een behandeling nodig. De arts van het EMC gaf aan dat hij niets meer voor verzoekster kon doen. Dit is erg kwalijk. In Nederland kan de betreffende behandeling namelijk alleen in het EMC worden uitgevoerd. Van verzoekster kon daarnaast niet worden verwacht dat zij een nieuwe verwijzing zou vragen. Zij kampte op dat moment met vervelende klachten. Het doel van een verwijzing is dat een oordeel kan worden gevormd of een behandeling is geïndiceerd. Een patiënt wordt niet verwezen als de huisarts vindt dat een behandeling niet zinvol is. Dit oordeel had ook op een andere manier kunnen worden gevormd. De ziektekostenverzekeraar had zijn medisch adviseur kunnen laten beoordelen of verzoekster zou zijn doorverwezen. Verzoekster had zelf ook een nieuwe verwijzing kunnen vragen, maar zij is hiertoe niet in de gelegenheid gesteld. Volgens de ziektekostenverzekeraar is sprake van plastische chirurgie en dus een esthetische behandeling. Verzoekster heeft beschreven welke handelingen zijn verricht, namelijk het doorboren van het neusgat en het verhelpen van de opgetreden complicaties. Deze

handelingen waren noodzakelijk, omdat het EMC haar niet verder wilde behandelen. De verwondingen die daar bij de ingreep aan de neus waren ontstaan, moesten worden hersteld. Dit heeft de Duitse arts ook gedaan. Daarbij is tevens de complicatie van de scheefstand van de neus verholpen. Het feit dat bij de behandeling technieken zijn gebruikt die een plastisch chirurg ook zou hebben gebruikt, maakt niet dat sprake is van plastische chirurgie. Plastische chirurgie was niet het doel van de behandeling. In dit verband heeft verzoekster verwezen naar de stukken van het Reinier de Graaf ziekenhuis waaruit de diagnose blijkt. Verzoekster heeft zich tot de Duitse arts gewend vanwege zijn KNO-specialisme ten aanzien van blokkades in de neus. Als zij alleen een plastisch chirurgische behandeling had willen ondergaan, had zij dat met de huisarts besproken en dit bij de ziektekostenverzekeraar aangegeven. In dat geval zou het zijn gegaan om een niet-noodzakelijke ingreep, die had kunnen worden uitgesteld, en had de toestemming kunnen worden afgewacht.

Verzoekster beschikt niet over een operatieverslag van de Duitse arts, ondanks dat zij hier meerdere malen om heeft gevraagd. Zij heeft alle informatie van de Duitse kliniek overgelegd. Het is niet duidelijk of de Duitse arts een verslag heeft geschreven, maar niet heeft toegestuurd, of dat in het geheel geen operatieverslag is opgesteld. Een eerdere consultatie bij de Duitse arts – toen nog niet duidelijk was dat verzoekster bij het EMC terecht kon – heeft plaatsgevonden op basis van de verwijzing van het Reinier de Graaf ziekenhuis. De Duitse arts heeft toen aangegeven dat hij de behandeling kon uitvoeren. Het gaat dus eigenlijk om dezelfde operatie, maar in Duitsland is de behandeling beter uitgevoerd en zijn de complicaties hersteld. Na de behandeling in het EMC is verzoekster niet naar de huisarts geweest. Het laatste contact dat zij heeft gehad, was de controle bij het EMC, waarbij haar werd verteld dat zij niet verder zou worden geholpen. Vervolgens heeft verzoekster zich gewend tot de Duitse arts. Zij heeft er toen niet aan gedacht om contact op te nemen met de huisarts, omdat zij al bij een medisch specialist in het EMC was geweest. De huisarts leek haar daarom een gepasseerd station. Verzoekster heeft ervoor gekozen de Duitse arts te benaderen, omdat zij niet wist waar zij de noodzakelijke zorg anders kon krijgen. Vervolgens heeft zij wel contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen om de situatie te bespreken. Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat van het EMC geen informatie is overgelegd.

Verder heeft verzoekster opgemerkt dat uit het dossier niet blijkt dat de behandelend artsen hebben verklaard dat geen sprake was van gevolgschade. Als informatie hierover van belang is, kan deze alsnog worden aangeleverd. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zich niet eerder op het standpunt heeft gesteld dat een nieuwe verwijzing nodig was, is hierover door verzoekster geen informatie ingebracht.

- 3.5. Bij brief van 27 februari 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie overgelegd en hierbij een toelichting gegeven. Verder heeft zij opgemerkt dat voor een louter cosmetische ingreep of plastisch chirurgische behandeling om het uiterlijk van de neus te verbeteren, er geen noodzaak zou zijn geweest om naar Duitsland uit te wijken. In Nederland zijn voldoende ziekenhuizen en klinieken die deze vorm van chirurgie aanbieden.
- 3.6. Bij brief van 20 maart 2025 heeft verzoekster verklaard dat de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde notitie van het telefoongesprek op 29 juni 2022 geen correcte weergave betreft van dat gesprek. Zij heeft hieraan toegevoegd dat de ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat zij meerdere malen met hem heeft gebeld over de status van haar aanvraag voor vergoeding van de medische behandeling in Duitsland op 4 juli 2022. De ziektekostenverzekeraar heeft maar van één van die gesprekken informatie overgelegd, namelijk van het gesprek op 29 juni 2022. De ziektekostenverzekeraar heeft niet uitgelegd waarom hij niet van alle gesprekken notities heeft verstrekt. Er wordt aldus geen volledig beeld gegeven van wat er telefonisch is besproken. De behandeling van verzoekster is uitgevoerd op 4 juli 2022. Verzoekster en haar moeder hebben tot en met 1 juli 2022 met de ziektekostenverzekeraar gebeld, omdat zij nog steeds in afwachting waren van een beslissing op de aanvraag. Tijdens een van deze

gesprekken is door de moeder van verzoekster nog specifiek gevraagd of de operatie wel zou moeten doorgaan. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar de geruststellende mededeling gedaan dat die kon doorgaan, omdat de toestemming ook achteraf nog kon worden verleend. De door de ziektekostenverzekeraar overgelegde notitie gaat enkel over de kosten van het vervoer en verblijf, en niet over de kosten van de medische behandeling. Verzoekster heeft inderdaad een keer geïnformeerd of de kosten van vervoer en verblijf ook zouden worden vergoed, maar daarop heeft de ziektekostenverzekeraar toen direct geantwoord dat dit niet het geval was. Om die reden is hiervoor ook geen aanvraag ingediend.

Het is niet juist dat aan de telefoon is gezegd dat de toestemming zou worden afgewacht en daarna een machtiging zou worden aangevraagd voor vervoer en verblijf. Van zittend ziekenvervoer was ook nooit sprake. Verzoekster is door haar ouders naar de kliniek in Duitsland gebracht en zij kon ook in een normale auto zitten. De waarschuwing die de ziektekostenverzekeraar noemt, gaat blijkens de tekst van de notitie helemaal niet over de kosten van de medische behandeling, maar over de kosten van ziekenvervoer en verblijfskosten. Die kosten zijn in de onderhavige procedure echter niet aan de orde. Verzoekster is niet gewaarschuwd dat zij de kosten van de medische ingreep zelf moest betalen als zij geen toestemming kreeg. Zij is zelfs gerustgesteld. Het is opvallend dat in de notitie niets is vermeld over de vraag wanneer de toestemmingsbeslissing zou volgen en dat de operatiedatum naderde. De situatie was enorm urgent omdat het gezin dat weekend naar Duitsland moest afreizen. Er is iedere dag met de ziektekostenverzekeraar gebeld met de vraag wanneer een beslissing zou worden genomen en of de operatie kon doorgaan.

Verder heeft verzoekster opgemerkt dat de notitie in ieder geval eenzijdig is opgesteld door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar en is geplaatst in een systeem waartoe zij geen toegang heeft. Zij heeft geen kennis kunnen nemen van de notitie en ook geen invloed gehad op de weergave. De inhoud van het gesprek is ook niet in een e-mailbericht aan verzoekster bevestigd. Als verzoekster wel inzage had gehad en deze notitie zou hebben geraadpleegd, zou zij direct hebben gebeld met de mededeling dat de notitie niet overeenkomt met wat er was besproken. De notitie is in feite de eigen stelling van de ziektekostenverzekeraar, terwijl verzoekster haar stelling heeft onderbouwd met een verklaring van haar moeder. Verzoekster heeft hiermee voldoende aannemelijk gemaakt wat er aan de telefoon is besproken en toegezegd. De ziektekostenverzekeraar heeft dit onvoldoende weerlegd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij niet gehouden is de in Duitsland gemaakte kosten te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 13 november 2024 toegelicht dat in artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor sommige vormen van zorg een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig is. Wanneer gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is vereist dat vóór af toestemming wordt gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Als deze vooraf verkregen toestemming of machtiging ontbreekt, is er geen recht op vergoeding van de kosten. Verder is in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat een verwijzing noodzakelijk is voor medisch specialistische zorg. Voor een aantal behandelingen, waaronder behandelingen van plastisch chirurgische aard, is daarnaast vooraf toestemming nodig. De voorwaarden voor aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard zijn opgenomen in artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In het onderhavige geval betreft het een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en ontbreekt de voorafgaande toestemming, terwijl tevens niet is voldaan aan het bepaalde in de artikelen 16 en 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 4.2. Ook op grond van artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet is een verwijzing noodzakelijk voor medisch specialistische zorg en deze ontbreekt. De door verzoekster overgelegde verwijzing van 21 juni 2021 is gericht aan de KNO-arts van het EMC. Uit hetgeen is beschreven onder punt 20 van het document ‘Verwijsafspraken medisch specialistische zorg’ (hierna: de Verwijsafspraken) blijkt dat een nieuwe verwijzing nodig is als een patiënt naar een ander ziekenhuis gaat terwijl het zorgtraject bij het ziekenhuis waar initieel naar verwezen is, al is gestart. Verzoekster heeft in januari 2022 een operatieve ingreep ondergaan in het EMC. De verwijzing van 21 juni 2021 is aldus gebruikt voor het starten van het zorgtraject bij het EMC. Uit hetgeen is beschreven onder punten 2 en 3 van de Verwijsafspraken blijkt dat een nieuwe verwijzing nodig is als de medisch specialist de behandeling heeft afgesloten. Na de operatieve ingreep in het EMC is de behandeling aldaar afgesloten. Dit betekent dat voor de behandeling in Duitsland een nieuwe verwijzing nodig was, en hierover beschikte verzoekster niet. Dat een voorafgaande gerichte verwijzing niet slechts een formaliteit is, volgt uit eerdere bindende adviezen van de commissie (SKGZ202100703 en SKGZ202300160). Hierin heeft de commissie overwogen dat artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet uitdrukkelijk bepaalt dat medisch specialistische zorg slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. Wanneer een zodanige, gerichte verwijzing ontbreekt, is de weigering van vergoeding van de kosten door de zorgverzekeraar terecht.
- 4.3. Voor sommige vormen van zorg is voorafgaande schriftelijke toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. Dit geldt ook voor de behandeling die verzoekster in Duitsland heeft ondergaan. Bij haar is, naast een functionele neuscorrectie, een reconstructieve totale plastische chirurgie van de buitenneus met esthetisch deel uitgevoerd. Dit blijkt uit de factuur van de behandeling van 16 juni 2022. Voor een dergelijke behandeling van plastisch chirurgische aard is vooraf toestemming nodig. Ondanks dat verzoekster niet beschikte over voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar, is de behandeling uitgevoerd. Dit is in strijd met de artikelen 1.9, 16 en 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Zonder voorafgaande toestemming bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten.
- 4.4. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar in de met haar gevoerde telefoongesprekken uitspraken gedaan die ertoe hebben geleid dat zij het vertrouwen heeft gekregen dat zij de ingreep alvast kon ondergaan, zonder de beslissing over toestemming te hoeven afwachten. Uit de telefoonnotities van de ziektekostenverzekeraar blijkt echter niet van een dergelijke toezegging. In antwoord op de vraag wat de status is van de machtiging, is door de ziektekostenverzekeraar genoteerd dat deze nog niet is toegewezen. Daarnaast is namens verzoekster gevraagd naar de vergoeding voor zittend ziekenvervoer. Daarop is het advies gegeven om de status van de machtiging nog even af te wachten. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar tijdens het gesprek verteld dat een vergoeding voor vervoer en verblijf alleen geldt indien de behandeling vanuit de zorgverzekering wordt vergoed. Er is genoteerd dat verzoekster de machtiging afwacht alvorens zij een aanvraag doet voor zittend ziekenvervoer. Verder is aan verzoekster meegedeeld dat een machtiging weliswaar achteraf kan worden aangevraagd, maar dat dit een bepaald risico met zich brengt. Bij afwijzing van de aanvraag worden de gemaakte kosten immers niet vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband erop gewezen dat op grond van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering geldt dat de partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door haar gestelde feiten of rechten, degene is die hiervan in beginsel de bewijslast draagt. Dit betekent dat het aan verzoekster is om aan te tonen dat er een zodanige toezegging is gedaan, dat zij er redelijkerwijs op mocht vertrouwen dat zij, al dan niet achteraf, toestemming zou krijgen voor de operatie. Dit is door verzoekster niet aangetoond.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster in 2022 een in- en uitwendige neuscorrectie heeft ondergaan in Duitsland. Op de factuur staat vermeld dat de

behandeling plastische chirurgie met een esthetisch gedeelte betrof. Er is een functionele septumrhinoplastiek uitgevoerd. De uitgevoerde behandeling betreft een behandeling van plastisch chirurgische aard. Dit wordt bevestigd door het feit dat de behandeling is uitgevoerd in een kliniek die is gespecialiseerd in esthetische behandelingen en door een KNO-arts met een focus op plastische chirurgie. Op grond van de artikelen 1.9 en 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering is een voorafgaande verwijzing nodig voor medisch specialistische zorg. Ook artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet bepaalt uitdrukkelijk dat medisch specialistische zorg slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. Dat een voorafgaande verwijzing geen formaliteit betreft, blijkt uit eerdere bindende adviezen van de commissie. Verzoekster beschikt niet over een voorafgaande gerichte verwijzing.

De overgelegde verwijzing is gericht aan de KNO-afdeling van het EMC. Hier is verzoekster ook behandeld. Uit de Verwijsafspraken blijkt dat geen nieuwe verwijzing nodig is bij complicaties die direct zijn gerelateerd aan de zorgvraag. Hierbij is ook vermeld dat de complicaties moeten zijn geconstateerd gedurende de behandeling of bij een direct daaropvolgende controle. De arts van het EMC heeft niet aangegeven dat sprake zou zijn van gevolgschade. Hij vond dat de behandeling succesvol was afgerond. Ook de Duitse arts heeft niet verklaard dat sprake was van gevolgschade. De ziektekostenverzekeraar gaat daarom ervan uit dat dit niet aan de orde was, althans dat door de artsen geen gevolgschade is geconstateerd. Dit betekent dat een nieuwe verwijzing nodig was. De door verzoekster overgelegde verwijzing betreft geen voorafgaande gerichte verwijzing naar de arts in Duitsland of voor de in Duitsland uitgevoerde behandeling. Deze verwijzing voldoet daarmee niet aan de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet.

Op grond van artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering is voor behandelingen van plastisch chirurgische aard voorafgaande toestemming vereist. Uit de Memorie van Toelichting bij artikel 14 van de Zorgverzekeringswet volgt dat de zorgverzekeraar een toestemmingsvereiste mag hanteren. De wetgever heeft de zorgverzekeraars een regierol gegeven. Verzoekster heeft de toestemming van de ziektekostenverzekeraar niet afgewacht. Hierdoor was hij niet in de gelegenheid om de aanspraak op de aangevraagde zorg te beoordelen. De commissie heeft in een eerder bindend advies overwogen dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is om aan het toestemmingsvereiste voorbij te gaan. Volgens artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt de eis van voorafgaande verwijzing of toestemming niet als sprake is van acute zorg. Dit is aan de orde bij zorg die redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld. Bij verzoekster speelt dit niet. Verzoekster is immers speciaal vanuit haar woonland naar het buitenland gegaan om daar een behandeling te ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verder herhaald dat uit de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat voor plastische chirurgie een verwijzing nodig is en dat een toestemmingsvereiste geldt. Dit had verzoekster kunnen nagaan.

De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat in 2022 korte notities zijn gemaakt van de met verzoekster gevoerde telefoongesprekken. Deze notities zijn niet in het geding gebracht. Mogelijk zijn de telefoonnotities ook niet meer beschikbaar. Vanaf 1 januari 2025 staan de notities van het jaar 2022 sowieso niet meer in het systeem van de ziektekostenverzekeraar. Er kan eventueel worden nagegaan of deze nog beschikbaar zijn. In de brief van 3 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar overigens al meegedeeld dat uit zijn notities niet blijkt dat is toegezegd dat de behandeling zonder toestemming kan worden ondergaan.

De ziektekostenverzekeraar heeft voorts verklaard dat hij ernaar streeft aanvragen binnen veertien dagen te behandelen. Bij verzoekster is dit niet gelukt. De doorlooptijd is echter niet zodanig overschreden dat sprake is van een buitenproportionele termijn. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat bij de aanvraag een (oude) verwijzing werd meegestuurd. Hieruit blijkt dat verzoekster wel degelijk op de hoogte was van de noodzaak van een verwijzing.

- 4.6. Bij brief van 10 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een kopie van een notitie van een telefoongesprek met verzoekster op 29 juni 2022 overgelegd.
- 4.7. Bij brief van 18 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoekster zonder voorafgaande verwijzing van haar huisarts naar Duitsland is gereisd om zich daar te laten behandelen. Indien de arts in het EMC, zoals door verzoekster is gesteld, heeft verklaard dat geen verdere behandelingsmogelijkheden beschikbaar waren, had het voor de hand gelegen dat verzoekster zich tot haar huisarts zou wenden voor een verwijzing. Dit heeft zij evenwel nagelaten. In plaats daarvan heeft zij (op eigen initiatief) besloten naar Duitsland te gaan om zich daar te laten behandelen. De verklaring van de huisarts dat verzoekster zou zijn terugverwezen naar de KNO-arts als zij zich na de operatie had gemeld, doet niets af aan de juridische gevolgen van haar beslissing om zonder voorafgaande verwijzing naar Duitsland te gaan voor een behandeling. Dit betreft immers een hypothetische situatie, en sluit niet aan bij zoals daadwerkelijk is gehandeld.
- Het gaat in dit geval niet om een ingreep met uitsluitend een cosmetische procedure. De operatie had echter ten minste gedeeltelijk een cosmetisch of plastisch chirurgisch karakter. Op de factuur staat immers vermeld dat het een plastisch chirurgische ingreep aan de uitwendige neus betreft, met een esthetisch gedeelte. De benaming van de operatie, namelijk een functionele septumrhinoplastiek, impliceert een correctie van de buitenkant van de neus. Rhinoplastiek is een procedure waarbij de vorm van de uitwendige neus wordt aangepast. Dit valt onder plastisch chirurgische behandelingen. Aangezien de aard van de behandeling mede op basis van een factuur moet worden vastgesteld, mag de ziektekostenverzekeraar ervan uitgaan dat de factuur correcte gegevens bevat met betrekking tot de uitgevoerde behandeling. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoekster tijdens het telefoongesprek op 29 juni 2022 wel degelijk is geadviseerd om de status van de machtiging af te wachten. Tevens is tijdens dat gesprek aangegeven dat de machtiging achteraf kan worden aangevraagd, zij het met de expliciete waarschuwing dat dit een risico met zich brengt indien de aanvraag wordt afgewezen. In dat laatste geval worden de kosten niet vergoed.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg, behandelingen van plastisch chirurgische aard, en de eis van een voorafgaande verwijzing naar tweedelijnszorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepaling uit Verordening (EG) nr. 883/2004. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoekster is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar om voorafgaande toestemming gevraagd, maar het antwoord hierop niet afgewacht en de behandeling ondergaan. Een dergelijk geval staat gelijk aan de situatie waarin geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof van Justitie volgt dat de verordening in dat geval buiten

toepassing blijft. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd onderscheidenlijk de beslissing op die aanvraag wordt afgewacht. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld noch gebleken. De klachten bestonden al sinds de kindertijd van verzoekster en na de in januari 2022 in het EMC uitgevoerde ingreep was de behandelend medisch specialist volgens verzoekster tevreden over het resultaat. De aanvraag voor de onderhavige behandeling – van de toen volgens verzoekster nog resterende klachten – werd gedaan op 17 juni 2022, en de operatie vond een kleine drie weken later, op 4 juli 2022, plaats. Verzoekster heeft, anders dan dat zij al op korte termijn voor de ingreep kon worden ingepland, geen feiten of omstandigheden gesteld waaruit de conclusie kan worden getrokken dat de aanvraag niet eerder kon worden gedaan onderscheidenlijk dat de beslissing op de aanvraag niet kon worden afgewacht. Dat de ziektekostenverzekeraar ernaar streeft aanvragen binnen een termijn van twee weken af te handelen, en dat deze termijn met enkele dagen is overschreden, maakt dit niet anders. Dit betekent dat de verordening verder buiten toepassing blijft en dat de aanspraak op de zorg dient te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van artikel 9 biedt de zorgverzekering dekking voor zorg in het buitenland.

- 6.3. De commissie overweegt dat op basis van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering voor, al dan niet machtigingsvrije, medisch specialistische zorg een verwijzing is vereist. Deze eis geldt tevens voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, op grond van artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie merkt op dat het hierbij niet alleen behandelingen om esthetische redenen betreft. Voor behandelingen van plastisch chirurgische aard is naast een verwijzing de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. Wordt gebruik gemaakt van niet-gecontracteerde zorg, dan is hiervoor eveneens de toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist. Het staat vast dat deze ontbreekt. Verzoekster heeft evenwel gesteld dat de ontbrekende toestemming haar niet kan worden tegengeworpen. De commissie zal, alvorens dat te beoordelen, ingaan op de kwestie van de verwijzing.
- 6.4. Verzoekster heeft in eerste instantie aangevoerd dat zij in het bezit is van een geldige verwijzing. In dit verband heeft zij gewezen op de verwijzing van 21 juni 2021 en een verklaring van de Duitse arts. De commissie overweegt dat om te kunnen spreken van een geldige verwijzing in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering, een gerichte voorafgaande verwijsbrief nodig is en dat deze ontbreekt. De door verzoekster overgelegde verwijzing van 21 juni 2021 betreft een verwijzing van het Reinier de Graaf ziekenhuis naar het EMC voor verdere behandeling. In het EMC is verzoekster in januari 2022 ook verder behandeld. De verwijzing van 21 juni 2021 is niet te beschouwen als een verwijsbrief naar de behandelend arts in Duitsland of als een verwijsbrief voor de uitgevoerde behandeling (septorhinoplastiek) in Nederland of Duitsland. Dit geldt ook voor de door verzoekster overgelegde verklaringen van de Duitse arts waaruit de noodzaak van de behandeling volgens haar zou blijken. De stelling van verzoekster dat geen nieuwe verwijzing nodig was, omdat met de behandeling in Duitsland een complicatie werd verholpen van de ingreep in het EMC, wordt niet door de commissie gevolgd. Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde document ‘Verwijsafspraken medisch specialistische zorg’ van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport blijkt dat geen nieuwe verwijzing nodig is bij complicaties die direct zijn gerelateerd aan de zorgvraag. Hierbij is vermeld dat de complicaties moeten zijn geconstateerd gedurende de behandeling of bij een direct daaropvolgende controle. De commissie concludeert op basis van de feitelijkeheden in het dossier dat geen sprake was van complicaties die direct waren gerelateerd aan de zorgvraag bij het EMC. Dit blijkt althans niet uit de door verzoekster overgelegde medische verklaringen. Daarbij komt dat verzoekster

na de behandeling in het EMC geen contact heeft opgenomen met haar huisarts in verband met deze vermeende complicaties, terwijl dit dan wel op haar weg had gelegen. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat uit de door haar in dit verband overgelegde documenten blijkt dat geen verwijzing nodig was. De commissie volgt verzoekster hierin niet. Op grond van artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt de eis van een voorafgaande verwijzing niet als sprake is van acute zorg, dat wil zeggen van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Van acute zorg is in het geval van verzoekster niet gebleken. Dat zij op korte termijn voor de ingreep kon worden ingepland maakt die conclusie niet anders. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat niet is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering ten aanzien van de verwijzing. Waarom de ziektekostenverzekeraar, zoals door verzoekster is gesteld, haar hiervoor had moeten waarschuwen, vermag de commissie niet in te zien. Het vereiste was voor haar immers kenbaar via de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat bij de aanvraag de verwijzing naar het EMC was gevoegd, waaruit valt op te maken dat verzoekster ook met deze eis bekend was.

- 6.5. De stelling van verzoekster dat de kosten van behandeling in Duitsland niet hoger zijn dan die in Nederland, maakt de hiervoor getrokken conclusie niet anders. Ook indien de septorhinoplastiek in Nederland zou zijn uitgevoerd, geldt dat niet is voldaan aan de voorwaarde van een gerichte voorafgaande verwijzing voor medisch specialistische zorg. De verklaring van de moeder van verzoekster kan evenmin leiden tot een andere uitkomst. Deze verklaring bevat een feitelijke beschrijving van wat er volgens de moeder van verzoekster is gebeurd na de operatie in januari 2022. Dit betreft geen medische informatie waaruit kan worden opgemaakt dat de behandeling in Duitsland tot doel had het verhelpen van een complicatie van de behandeling in het EMC, zoals bedoeld in de Verwijsafspraken, of dat sprake was van acute zorg, zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Gelet op het voorgaande behoeft de kwestie van de ontbrekende toestemming geen bespreking.
- 6.6. Verzoekster heeft in meer algemene zin nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar recht om te kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder dient te respecteren vanwege het gestelde in artikel 13 Zvw. De commissie merkt hierover op dat dit keuzerecht niet onvoorwaardelijk is. De wetgever heeft in artikel 14, tweede lid, Zvw uitdrukkelijk bepaald dat geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden, slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. Met het stellen van de eis van een voorafgaande verwijzing heeft de ziektekostenverzekeraar uitvoering gegeven aan een wettelijk voorschrift. Dit betreft geen formaliteit, en hiervoor is geconcludeerd dat een voorafgaande gerichte verwijzing – naar de arts in Duitsland voor een septorhinoplastiek - ontbreekt. Ook heeft verzoekster aangevoerd dat de behandeling in Duitsland ervoor heeft gezorgd dat de ziektekostenverzekeraar andere kosten bespaard zijn gebleven. De commissie overweegt dat, los van de vraag naar die gestelde besparing, dit vanzelfsprekend niet ertoe kan leiden dat hierdoor kan worden voorbijgegaan aan de constatering dat niet is voldaan aan het formele vereiste van een voorafgaande verwijzing. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar in verschillende telefoongesprekken uitingen heeft gedaan die haar hebben gerustgesteld, wordt door de commissie gepasseerd, aangezien deze gesprekken kennelijk niet zijn gegaan over de noodzakelijke verwijzing. Door de ziektekostenverzekeraar kan dan in ieder geval ook niet het vertrouwen zijn gewekt dat het ontbreken hiervan verzoekster niet zou worden tegengeworpen.
- 6.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Duitsland uitgevoerde septorhinoplastiek ten laste van de

zorgverzekering. Gelet hierop ziet de commissie evenmin aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de onderhavige procedure te vergoeden.

Slotsom

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 april 2025,

H.A.J. Kroon

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 er 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

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.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

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 geneeskundige 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.

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, 2.6, 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.

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 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;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde 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;
 - 5°. 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 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.

1.6. Insturen van nota's

Als u 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 een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

1.10. Wanneer heeft u recht op vergoeding van de kosten van verzekerde zorg?

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.11. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- Vergoeding van vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
- Vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- Vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee')
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders
- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten
- Vergoeding van de kosten van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. Recht op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan heeft u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

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 blaasspoelvloeistoffen 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 anti-bacterieel 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. Een overzicht van de door ons gecontracteerde IGO's vindt u op onze website.

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).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

IVF in het buitenland

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden. Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

19.2. Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg

Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de vruchtbaarheid bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed voor vrouwen van 43 jaar of ouder.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een gynaecoloog of uroloog.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 20. Audiologische zorg

Audiologische zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat zorg in verband met:

- Onderzoek naar de gehoorfunctie
- Advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur
- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur
- Psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. Correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. Correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. Correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden, als 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. Correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - Afwezigheid van een inframammairplooï (plooï onder de borst) en;
 - Klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

Dit is niet verzekerd:

- a. Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
- b. Liposuctie van de buik
- c. Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Transplantatie van weefsels en organen is alleen geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan moet de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn en in dat land wonen.

De zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. Het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. De in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie