

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300307

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van een tweetal in Izmir, Turkije, uitgevoerde operaties alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de betreffende kosten niet worden vergoed, omdat verzoeker voor de genoten medisch specialistische zorg geen gerichte verwijzing had. Daarnaast heeft verzoeker nagelaten voorafgaande toestemming te vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Er was geen sprake van acute zorg.
- 1.2. De commissie overweegt dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering voor medisch specialistische zorg een voorafgaande verwijzing, die ontbreekt, vereist is. Indien sprake is van acute zorg geldt deze voorwaarde niet. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat het ging om acute zorg. Dit betekent dat vergoeding van de kosten van de beide operaties terecht werd geweigerd. Het punt van de ontbrekende voorafgaande toestemming behoeft daarom geen bespreking. Van een telefonische toezegging is niet gebleken. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 12 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 december 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 13 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 februari 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Op 21 februari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024006736) een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is, eveneens op 21 februari 2024, aan partijen gezonden.

- 2.4. Op 25 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullend stuk aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is, eveneens op 25 maart 2024, aan verzoeker gestuurd.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 maart 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. Op 2 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is, eveneens op 2 april 2024 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailberichten van 4, 9 en 11 april 2024 heeft verzoeker hierop gereageerd. Verder heeft verzoeker op het aanvullende stuk, dat op 25 maart 2024 aan hem is gezonden, gereageerd. Kopieën van deze e-mailberichten zijn op 12 april 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft in 2022 tweemaal een operatie in verband met een hernia nucleii pulposi (HNP) ondergaan in een ziekenhuis in Izmir, Turkije. Op enig moment heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de hiermee gemoeide kosten gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop verklaard dat de kosten niet worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Op 21 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een brief gestuurd.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Izmir uitgevoerde operaties alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. In zijn brief van 2 december 2022 heeft verzoeker toegelicht dat hij met veel pijn aankwam in Turkije. Hij mocht daar geen MRI-scan laten uitvoeren, omdat deze al in Nederland had plaatsgevonden. De uitkomsten van de in Nederland uitgevoerde MRI-scan kreeg hij echter niet mee. De beide operaties in Turkije waren noodzakelijk. In Nederland maakte verzoeker al maanden gebruik van het geneesmiddel Tramadol 200 mg. Hij zou nog drie tot zes maanden moeten wachten op de noodzakelijke zorg, omdat op dat moment sprake was van de COVID19-pandemie en zijn situatie blijkbaar niet urgent genoeg was. De ziektekostenverzekeraar heeft hem de benodigde zorg ontnomen.
- 4.3. Verzoeker heeft in zijn brief van 2 februari 2023 toegelicht dat hij al zijn hele leven last had van zijn rug, namelijk aan de rechter onderzijde. Eind 2021 kreeg hij erge pijn in zijn linker zijde. Na veel artsenbezoeken en het gebruik van geneesmiddelen voor de pijn, werd uiteindelijk een MRI-scan uitgevoerd. Vanwege de COVID-19 pandemie duurde het allemaal erg lang. Toen hij een oproep voor een gesprek met een neuroloog ontving, had hij al maanden enorme pijn. Verzoeker moest toen nog zeven weken wachten, terwijl op de MRI-scan zichtbaar was dat hij al maanden geen leven meer had en bekend was dat hij veel medicijnen gebruikte. Verzoeker heeft toen besloten dat hij niet meer kon wachten en hij heeft een afspraak gemaakt in het ziekenhuis in Izmir. Hier is hij na

aankomst direct geopereerd. Na drie weken kwam de pijn echter terug en na onderzoek is hij nogmaals geopereerd. Op een gegeven moment kreeg verzoeker weer steken in zijn linkerbeen met uitstraling naar zijn voet.

Verzoeker is nog steeds niet hersteld en gebruikt tot op heden Tramadol 200 mg.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij in 2021 kampte met ernstige rugklachten. Hiervoor is hij regelmatig naar zijn huisarts geweest. Medio 2021 heeft hij zijn huisarts om een spoedoperatie gevraagd. Op dat moment werd er - vanwege de coronapandemie - niet geopereerd in Europa. Uiteindelijk heeft verzoeker besloten om voor een operatie naar Turkije te gaan. In Nederland kon hij niet worden geopereerd. Uitwijken naar Turkije was de enige mogelijkheid. In Turkije heeft verzoeker contact opgenomen met de alarmcentrale en heeft hij de alarmcentrale om toestemming gevraagd. De alarmcentrale heeft een kostengarantie afgegeven, maar wilde niet alle kosten vergoeden. Hem is verteld dat hij de operaties kon laten uitvoeren en dat de kosten vervolgens in Nederland werden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat geen spoed bestond om naar Turkije te gaan. Verzoeker had een acuut probleem en het was niet mogelijk om nog langer met klachten rond te lopen. Er was sprake van acute zorg. Hiervan is sprake als een verzekerde met klachten naar de alarmcentrale belt. Daarbij is het niet van belang of de klachten in Nederland of het buitenland zijn begonnen. Gelet op het feit dat sprake was van acute zorg, was een verwijzing of voorafgaande toestemming niet nodig.
- 4.5. Bij e-mailbericht van 4 april 2024 heeft verzoeker opgemerkt dat hij meerdere telefoongesprekken heeft gevoerd met de alarmcentrale. Deze gesprekken zijn opgenomen. Uit de opnames van deze gesprekken blijkt dat hem vergoeding van de operaties is toegezegd. Bij e-mailberichten van 9 en 11 april 2024 heeft verzoeker aangevoerd dat het de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar was om de opnames veilig te stellen. Het was de ziektekostenverzekeraar al langer bekend dat tussen partijen een geschil bestond. De ziektekostenverzekeraar had de opnames veilig moeten stellen. Dit is echter niet gebeurd. Daarentegen zijn gespreksnotities opgesteld en overgelegd die niet overeenkomen met de inhoud van de telefoongesprekken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de in Turkije gemaakte kosten niet worden vergoed. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 13 februari 2024 toegelicht dat in artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor de kosten van (verzekerde) zorg in het buitenland een maximale vergoeding geldt van 80% van de gemiddelde tarieven zoals die in Nederland worden gehanteerd. Voor vergoeding van in het buitenland ondergane medisch specialistische zorg gelden evenwel voorwaarden.
- 5.2. Zo is op grond van artikel 1.9 van de voorwaarden van zorgverzekering voor sommige vormen van zorg een verwijzing of voorschrift nodig waaruit blijkt dat een verzekerde is aangewezen op de zorg. In artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor medisch specialistische zorg een verwijzing is vereist. Verder is in artikel 1.9 opgenomen dat in een aantal gevallen toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig is voordat de zorg wordt geleverd. Als een verzekerde vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan is er geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg. In artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat wanneer een verzekerde zich in het buitenland wil laten behandelen, en hij hiervoor één of meerdere nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig is. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 14, tweede lid, Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook is in artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat toestemming vereist is voor zorg in het buitenland indien dit in de artikelen 11 tot en met 40 is vermeld. Op basis van artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft een verzekerde geen toestemming nodig als sprake is van een onverwachte opname en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot de verzekerde in het woonland is teruggekeerd. Als een verzekerde één of meerdere nachten wordt opgenomen, dan dient

de verzekerde te bellen met de alarmcentrale. De alarmcentrale bepaalt vervolgens de spoedeisendheid van de zorg.

Op grond van artikel 1.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft een verzekerde, als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, recht op zorgbemiddeling. Uit de gegevens van de ziektekostenverzekeraar blijkt niet dat verzoeker contact met hem heeft opgenomen voor bemiddeling naar een andere, gecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoeker heeft in plaats daarvan ervoor gekozen naar Turkije te reizen. Aldaar aangekomen heeft hij contact opgenomen met de alarmcentrale omdat hij last had van zijn been. De alarmcentrale heeft garant gestaan voor de kosten van de ambulante behandeling. Voorts heeft de alarmcentrale beoordeeld dat de MRI en de operatie electieve zorg betroffen. Ook waren de klachten reeds aanwezig vóór het vertrek naar Turkije. Er is daarom sprake geweest van planbare zorg.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar een bindend advies van 20 september 2023 (SKGZ 202201947) waarin de commissie heeft geoordeeld dat op grond van artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering voorafgaande toestemming nodig is indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, met uitzondering van acute zorg die niet redelijkerwijs kan worden uitgesteld. Artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering bevat volgens de commissie een soortgelijke bepaling, maar dan specifiek voor zorg in het buitenland, en waarbij het toestemmingsvereiste is gekoppeld aan een opname in een ziekenhuis of andere instelling gedurende ten minste één nacht.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoeker geen gerichte verwijzing had voor de genoten medisch specialistische zorg. Er was geen sprake van acute zorg. Ondanks dat verzoeker één of meerdere nachten in het ziekenhuis is opgenomen, heeft hij geen voorafgaande toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Er is daarom niet voldaan aan de geldende voorwaarden.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat uit de gespreksnotities van de alarmcentrale blijkt dat op 22 februari 2022 een kostengarantie is afgegeven voor het onderzoek dat diezelfde dag is uitgevoerd. Deze kosten zijn vergoed. Op dat moment was nog geen medische informatie beschikbaar. Door de alarmcentrale is uitgelegd dat als verzoeker moest worden opgenomen een medisch dossier moest worden overgelegd. Later die dag heeft verzoeker nogmaals contact opgenomen met de alarmcentrale, omdat een MRI-scans moest worden gemaakt. De alarmcentrale heeft meer informatie opgevraagd. Daarna heeft verzoeker opnieuw contact opgenomen met de alarmcentrale en zijn situatie verduidelijkt. Toen is besproken dat er geen verdere hulpvraag bestond, dat de MRI-scan als electief werd beschouwd en dat de vergoeding hiervan niet door de alarmcentrale werd gegarandeerd. De alarmcentrale heeft uitgelegd dat verzoeker de kosten kon voorschieten en achteraf declareren. Er is niet toegezegd dat zorg zou worden vergoed.
- Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat uit artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat een voorafgaande verwijzing nodig was voor de operaties. Hierover beschikte verzoeker niet. De eis van een voorafgaande verwijzing is niet slechts een formaliteit waaraan achteraf kan worden voldaan. Artikel 14 Zvw bepaalt uitdrukkelijk dat de zorgverzekeraar in de voorwaarden van de zorgverzekering opneemt dat bepaalde zorg slechts toegankelijk is na een verwijzing. Nu een voorafgaande gerichte verwijzing ontbreekt, is niet voldaan aan artikel 1.9 in samenhang met artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 14 Zvw. Daarbij komt dat als sprake is van een behandeling in het buitenland waarvoor een verzekerde een of meer nachten wordt opgenomen in het ziekenhuis of een andere instelling - zoals hier het geval - voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist. Dit blijkt uit artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat de ziektekostenverzekeraar de eis van voorafgaande toestemming mag stellen volgt uit de memorie van toelichting bij artikel 14 Zvw. De wetgever heeft de zorgverzekeraar hiermee uitdrukkelijk een regierol gegeven. Nu geen voorafgaande machtigingsaanvraag van verzoeker is ontvangen, is de ziektekostenverzekeraar de kans ontnomen om te beoordelen of aanspraak bestond op de uitgevoerde behandelingen. Ook

was zorgbemiddeling hierdoor niet mogelijk. Het is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar om aan deze contractuele afspraak tussen partijen voorbij te gaan. Uit artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat van de eisen van voorafgaande verwijzing en toestemming kan worden afgeweken in geval van acute zorg. Dit is gebaseerd op artikel 14 Zvw. Acute zorg is zorg die niet kan worden uitgesteld. Als het zorg in het buitenland betreft, gaat het om zorg die niet redelijkerwijs kan worden uitgesteld tot terugkeer van de verzekerde in het woonland. Uit het dossier blijkt dat van acute zorg geen sprake is. Voorafgaand aan het vertrek naar Turkije is middels een onderzoek in Nederland een hernia vastgesteld. Dat de klachten van verzoeker aanwezig waren voorafgaand aan het vertrek naar Turkije, volgt uit de verschillende verslagen in het dossier. Verzoeker is naar het Anatolia Hospital in Turkije gegaan voor een consult. Uit het verslag van dit consult blijkt dat hij zich in een ander ziekenhuis, namelijk in een ziekenhuis in Izmir, wilde laten behandelen. Dit is ook gebeurd. Vervolgens is verzoeker teruggedaan naar het Anatolia Hospital voor een 'followup'. Op 10 maart 2022 is een MRI-scan uitgevoerd en na de uitslag van deze scan heeft verzoeker zich nogmaals tot het ziekenhuis in Izmir gewend voor een operatie op 15 maart 2022. Het doel van de reis naar Turkije was om medisch specialistische zorg in het buitenland te verkrijgen. Verzoeker heeft ook besloten om naar een ander ziekenhuis in Turkije te gaan. De opnames in de ziekenhuizen waren niet onverwachts en er was sprake van planbare zorg. Verzoeker is op eigen initiatief naar Turkije gegaan. Vanuit het buitenland contact opnemen met de alarmcentrale is niet de juiste manier om voorafgaande toestemming te vragen voor planbare zorg.

6. Advies Zorginstituut

6.1. In de brief van 21 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 15 februari 2024 om advies gevraagd over het geschil tussen verzoeker en verweerder. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviesbevoegdheid heeft.

Het geschil gaat over de vergoeding van een tweemaal in Turkije uitgevoerde herniated nucleus pulposus (HNP) behandeling. Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop.

Volgens verweerder is geen sprake geweest van acute zorg en wordt niet voldaan aan de geldende polisvoorwaarden. De afwijsgonden van verweerder zijn het ontbreken van voorafgaande toestemming en het ontbreken van een gerichte verwijzing. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit".

7. Bevoegdheid van de commissie

7.1. 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.

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, de eis van voorafgaande verwijzing, en het toestemmingsvereiste, alsmede artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid en artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) 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. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan gebruik te kunnen maken had verzoeker het zogenoemde formulier N/Tur III-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze althans onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Verzoeker heeft van deze weg geen gebruik kunnen of willen maken. Het is niet aan de commissie achteraf te beoordelen of, en tot welk bedrag, de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering hadden moeten worden vergoed. Dit betekent dat de onderhavige beoordeling beperkt blijft tot die aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat recht op zorg in het buitenland. In artikel 1.9. van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat een verzekerde voor sommige vormen van zorg een verwijzing, voorschift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig heeft. Of dit nodig is, blijkt uit het betreffende zorgartikel. Voorts is in artikel 1.9. van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat een verwijzing, voorschift en/of toestemming vooraf niet nodig is voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. In de begripsomschrijving die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt acute zorg als volgt omschreven: *"Zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Acute zorg wordt ook wel spoedzorg genoemd. Als het zorg betreft die in het buitenland wordt verleend dan betreft acute zorg ook zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd"*.
- 8.4. De beide, bij verzoeker te Izmir uitgevoerde operaties vanwege een HNP betreffen medisch specialistische zorg. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor medisch specialistische zorg. Dit blijkt uit artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van dit artikel is voor medisch specialistische zorg een verwijzing vereist van een van de in dat artikel genoemde zorgverleners. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker niet beschikte over een zodanige verwijzing. De commissie overweegt dat de voorwaarde van een voorafgaande verwijzing niet slechts een formaliteit is. Artikel 14, tweede lid, Zvw bepaalt uitdrukkelijk dat geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden, slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen.
- 8.5. Zoals hiervoor is opgemerkt, geldt de eis van een voorafgaande verwijzing op grond van artikel 1.9. niet als sprake is van acute zorg. Verzoeker heeft weliswaar toegelicht waarom de behandeling volgens hem geen verder uitstel dulde, maar dit betekent niet dat de zorg daarmee acuut werd. Integendeel, het staat vast dat de noodzaak tot operatief ingrijpen niet tijdens het verblijf is opgekomen. Verzoeker is speciaal naar Turkije gereisd om te worden behandeld en heeft kennelijk zelf, op basis van zijn al langer bestaande klachten, de in Nederland gemaakte MRI-scan en zijn medicijngebruik, geoordeeld dat de ambulante behandeling aldaar niet volstond en ervoor gekozen tot tweemaal toe een HNP-operatie te ondergaan. Ook de stelling van verzoeker dat sprake is van acute zorg als in het buitenland naar de alarmcentrale wordt gebeld, kan niet worden gevolgd. Nu het geen acute zorg betreft en niet is voldaan aan de voorwaarde van een gerichte verwijzing, behoeft het punt van de ontbrekende voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar verder geen bespreking.
- 8.6. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat uit de telefoongesprekken die hij heeft gevoerd met de alarmcentrale blijkt dat hem vergoeding van de operaties is toegezegd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling van verzoeker, onder overlegging van de door de alarmcentrale gemaakte gespreksnotities, gemotiveerd bestreden. Verder heeft hij toegelicht dat de opnames van de telefoongesprekken tussen verzoeker en de alarmcentrale niet meer beschikbaar zijn. De commissie overweegt dat, nu verzoeker onder verwijzing naar de telefoongesprekken aanspraak maakt op volledige vergoeding van de kosten, gelet op artikel 150

Rv, de stelplicht en bewijslast op hem rust. Dit betekent dat hij aannemelijk moet maken dat hem, in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering, een ongeclausuleerde en eenduidige toezegging is gedaan. Met betrekking hiertoe geldt dat in het algemeen geldt dat het lastig is om vast te stellen wat er in een telefoongesprek is gezegd, waaronder wat de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan is geweest. Naar het oordeel van de commissie is verzoeker er niet in geslaagd aannemelijk te maken dat telefonisch een dergelijke toezegging is gedaan.

- 8.7. Het voorgaande leidt ertoe dat vergoeding van de beide operaties in Izmir terecht werd geweigerd.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 april 2024,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

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.

**Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek
Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op'
01-05-1983 en zichtdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden**

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

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.

1.6. Tijdsige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdsig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdsige zorgverlening, gaan wij uit van:

- Medisch inhoudelijke factoren
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

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.

- 8.3.2 Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
 - De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
 - De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

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

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

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

Let op

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

Europese gezondheidskaart (EHIC)

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

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

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

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

Let op

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

9.3. Toestemming en/of verwijzing

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

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

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

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

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 blaasspoelvlloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijn syndroom 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 darm passage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover u deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld;
- l. Tot 1 januari 2025 larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- m. Tot 1 januari 2025 entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

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

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

Dit is niet verzekerd:

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

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

Hier kunt u terecht

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

Integrale geboortezorg

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

Let op

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

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

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

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

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

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

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

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

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

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

Extra informatie

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

Artikel 17. Revalidatie

17.1 Revalidatie

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

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

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

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