



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, onderzoeken en
behandelingen bij achalasie, behandeling door arts van eigen keuze,
ontbreken verwijzing en voorafgaande toestemming

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4
Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202100352

Zittingsdatum : 28 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 april 2021 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 31 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 juni 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 28 juli 2021 gehoord.
- 2.4. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld met elkaar in overleg te treden om te komen tot een oplossing. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar het voorstel heeft gedaan eenmalig een vergoeding te verlenen ter hoogte van € 3.735,77, mits het verzoek bij de commissie wordt ingetrokken. In het andere geval vervalt het voorstel. Verzoekster heeft op 23 augustus 2021 aan de zorgverzekeraar meegedeeld niet in te gaan op het voorstel, en een uitspraak te wensen van de commissie.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft zich in verband met achalasie gewend tot de Helios Kliniek in Krefeld, Duitsland. Aldaar zijn enkele onderzoeken en behandelingen uitgevoerd. Verzoekster heeft de kosten hiervan gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Verzoekster is vervolgens door de behandelend arts in de Helios Kliniek verwezen naar het Elisabeth Krankenhaus in Essen, alwaar een perorale endoscopische myotomie is uitgevoerd. Verzoekster heeft op 9 april 2021 telefonisch aan de commissie verklaard dat de met de behandeling in Essen samenhangende kosten geen onderdeel van het geschil vormen.

- 3.3. De arts in Krefeld heeft op 27 augustus 2019 per brief over verzoekster verklaard:

“(…) Bei Ihnen liegt eine Achalasie Typ II vor, die durch 2 pneumatische Kardiadilatationen mit 30 und 35 mm Ballondurchmesser, zuletzt am 01.08.2019 behandelt wurde. Nach etwa 60% igerinitialer Beschwerdeverbesserung trat im Verlauf eine Beschwerdepersistenz auf, sodass auf weitere Ballondilatationen verzichtet wurde.

Wie bereits telefonisch besprochen, empfehle ich eine perorale endoskopische Myotomie der distalen Speiseröhre und der Cardia, weswegen ich Sie gerne an Frau Privatdozentin Dr. med. (...),

Chefarztin der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie, Elisabeth-Krankenhaus Essen, (...), verweisen möchte. (...)"

3.4. De zorgverzekeraar heeft op 20 januari 2021 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de onderzoeken en behandelingen in de Helios Kliniek niet worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering.

3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 29 januari 2021 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de onderzoeken en behandelingen in de Helios Kliniek alsnog aan haar te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg alsmede die uit Vo. nr. 883/2004, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

6.2. Verzoekster was in verband met achalasie onder behandeling in een ziekenhuis in Nederland. Zij heeft zich gewend tot Bureau International. Haar werd aangeraden contact op te nemen met de Helios Kliniek in Krefeld. Nadat zij daar een eerste consult had gehad, heeft verzoekster - wederom op aanraden van Bureau International - aan haar huisarts een verwijsbrief gevraagd voor behandeling in genoemde kliniek. De huisarts heeft deze verwijsbrief op 15 maart 2019 opgesteld. Verzoekster was in de veronderstelling dat zij zou worden behandeld door de arts bij wie zij het eerste consult had gehad. Bij de kliniek werd haar echter verteld dat zij door een willekeurige arts zou worden behandeld. Als zij wilde worden behandeld door de arts van haar keuze, waren hier meerkosten aan verbonden. Verzoekster is hierop akkoord gegaan met de meerkosten. Uiteindelijk zijn deze echter niet in rekening gebracht, omdat de behandeling niet het gewenste effect had. Verzoekster heeft een nota van de kliniek ontvangen voor een lager bedrag, en deze gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar wijst vergoeding hiervan af, terwijl het gaat om een door hem gecontracteerde kliniek.

6.3. Verzoekster gaat niet in op het, in vervolg op de behandeling ter zitting, door de zorgverzekeraar gedane voorstel haar een vergoeding van € 3.735,77 te verlenen, onder de voorwaarde dat zij haar verzoek bij de commissie intrekt. Zij is namelijk van mening dat haar door de zorgverzekeraar groot onrecht is aangedaan.

De aangeboden, onverplichte vergoeding is gebaseerd op het tarief voor niet-gecontracteerde zorg, terwijl het gaat om gecontracteerde zorg. Zij wil daarom graag alsnog een uitspraak van de commissie.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.4. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de Helios Kliniek inderdaad een gecontracteerd ziekenhuis is. De declaraties voor zorg die binnen het contract vallen, kunnen door de kliniek rechtstreeks bij de zorgverzekeraar worden ingediend. Als een declaratie van de verzekerde zelf wordt ontvangen, wijst het systeem deze automatisch af. In dat geval kan een verzekerde een aanvraag indienen, zodat de zorgverzekeraar kan beoordelen of aanspraak bestaat op vergoeding. De zorgverzekeraar heeft in dat verband een geldige verwijzing nodig, een diagnose en een behandelplan. Ook wordt dan gevraagd om een kostenbegroting.
- In de situatie van verzoekster is door de zorgverzekeraar geen aanvraag ontvangen voor een behandeling in de Helios Kliniek. Ook heeft verzoekster voorafgaand aan de behandeling niet om toestemming gevraagd. Verzoekster is vanwege verdenking op achalasie door haar huisarts verwezen naar een arts in de Helios Kliniek. Zij is in verband met dezelfde aandoening ook in het AMC geweest. De verwijzing door de huisarts is pas afgegeven nadat het eerste consult in de Helios Kliniek had plaatsgevonden. Vanuit deze kliniek is verzoekster verwezen naar het Elisabeth Krankenhaus in Essen. De vergoeding voor de aldaar uitgevoerde ingreep is afgewezen omdat verzoekster hiervoor geen voorafgaande toestemming had.
- 6.5. De zorgverzekeraar heeft na de zitting aanvullende informatie opgevraagd bij de behandelend artsen van verzoekster. Omdat deze informatie nog steeds zeer summier is, kan geen goede inhoudelijke beoordeling worden uitgevoerd. Om verzoekster tegemoet te komen, is het voorstel gedaan haar een onverplichte vergoeding te verlenen op basis van het niet-gecontracteerde tarief van € 3.735,77, op voorwaarde dat zij haar verzoek bij de commissie zou intrekken. De zorgverzekeraar is van oordeel dat verzoekster ervan op de hoogte was dat de zorg die zij afnam niet onder het contract viel, zodat een vergoeding op basis van het gecontracteerde tarief niet aan de orde is. Aangezien verzoekster het aanbod heeft afgewezen, is dit vervallen.

Overwegingen

- 6.6. Vast staat dat verzoekster voorafgaand aan de opname in de Helios Kliniek onder behandeling was van een arts in een ziekenhuis in Nederland. Zij heeft zich op eigen initiatief gewend tot Bureau International. Deze organisatie is verbonden aan de Helios Kliniek en beantwoordt vragen over opname en behandeling aldaar. Uit de door verzoekster ondertekende overeenkomst met de Helios Kliniek blijkt dat zij erop is gewezen dat zij vooraf bij de zorgverzekeraar moest informeren of vergoeding zou plaatsvinden. Ook in artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld dat in sommige gevallen voorafgaande toestemming nodig is. Dit is nader uitgewerkt in artikel 15 van de voorwaarden, waar wordt verwezen naar een lijst die is gepubliceerd op de website van de zorgverzekeraar. Dit betreft een limitatieve lijst met vooraf aan te vragen DBC-zorgproducten, afkomstig van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat de behandeling die verzoekster heeft ondergaan, voorkomt op deze lijst, zodat voorafgaande toestemming had moeten worden gevraagd. Verzoekster heeft deze stelling niet gemotiveerd weersproken, zodat als vaststaand wordt aangenomen dat de toestemming van de zorgverzekeraar vereist was.
- 6.7. Gebleken is dat verzoekster geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd voor de behandeling in de Helios Kliniek. De zorgverzekeraar mocht daarom vergoeding op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering weigeren.
- Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 voorziet in de mogelijkheid van een geplande behandeling in een andere EU-lidstaat. Ook in dat verband geldt dat in beginsel voorafgaande toestemming moet worden gevraagd. Bijzondere omstandigheden kunnen ertoe leiden dat hiervan wordt afgeweken, zoals blijkt uit jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie. Dergelijke omstandigheden zijn echter gesteld noch gebleken. Ook langs de weg van de verordening is daarom geen vergoeding van de onderhavige kosten mogelijk.
- Door de zorgverzekeraar is nog opgemerkt dat de verwijzing door de huisarts heeft plaatsgevonden nadat er al een eerste consult was geweest in de Helios Kliniek. Dit onderdeel behoeft geen verdere

bespreking, nu vergoeding reeds mocht worden geweigerd vanwege de ontbrekende voorafgaande toestemming.

Om diezelfde reden kan ook de hoogte van het toepasselijke tarief onbesproken blijven. De vraag of mag worden uitgegaan van het gemiddeld gecontracteerde tarief komt immers pas aan de orde als het bestaan van een vergoedingsplicht voor de zorgverzekeraar is vastgesteld. Hiervoor is geoordeeld dat vanwege het ontbreken van voorafgaande toestemming geen vergoedingsplicht bestaat.

- 6.8. Op grond van artikel 15 van de zorgverzekering is geen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig indien het gaat om een second opinion. Hiertoe was evenwel vereist dat verzoekster met de bevindingen van de arts in de Helios Kliniek was teruggegaan naar haar behandelend arts in Nederland. Dit is niet gebeurd; de behandeling is door de tweede arts overgenomen. Om die reden kunnen de betreffende kosten niet op deze voet worden vergoed.

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 september 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN



1. Polisvoorwaarden



2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)



3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 215 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is 2 x € 125: € 250 per dag Af: eigen bijdrage is 2 x € 17,50: € 35 per dag € 215 per dag
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 215 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	Ja. De eigen bijdrage is € 370,73 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,40 per uur.

Medische noodzaak

Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt 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
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur
- Begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- Tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- Tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische dissectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkyliserende 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;

- i. 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.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als 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.

U heeft geen recht op:

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling 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-vitrofertilisatiepoging 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 fysisch audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Integrale geboortezorg

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

Let op

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

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst 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 voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

- Oogheelkunde:** Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.
- KNO-heelkunde:** Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- Heelkunde:** Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- Dermatologie:** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

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.

Let op

Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard heeft u altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 20, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Extra informatie

1. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
2. 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 16. Revalidatie

16.1. Revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

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

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekerder 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 zorgverzekerder kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;

- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. 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;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Artikel 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. (...)*”