



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, België, medisch specialistische zorg, cystectomie met vervangblaas, redelijker wijs
aangewezen
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo.nr. 883/2004
Zaaknummer : 201902337
Zittingsdatum : 1 april 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Verzoekster heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) met het klachtenformulier van 21 december 2019 gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 13 februari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 14 februari 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Bij brief van 13 maart 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020008421) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 13 maart 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 april 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 2 april 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 6 april 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat hij op basis van de huidige informatie geen definitief advies kan uitbrengen.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster heeft de afgelopen jaren medische klachten gehad. Zij heeft nu veel pijnklachten en is incontinent voor urine. Ook heeft zij een gat in haar blaas. Zij heeft al een stoma en ziet een tweede stoma, voor urine, niet zitten. Zij is naar het UZ te Leuven gegaan, omdat de uroloog aldaar haar mogelijk op een andere manier kan helpen. Op 18 september 2019 heeft zij een aanvraag ingediend voor een cystectomie met vervangblaas al dan niet met exploratieve laparotomie.

3.3. De behandelend uroloog uit Leuven heeft bij brief van 2 september 2019 over verzoekster verklaard:
“(…)

Status presens

Deze dame komt met de vraag naar een cystectomie en vervangblaas omwille van een vesicovaginale fistel na behandeling voor cervixcarcinoom. Ze heeft reeds verscheidene abdominale ingrepen achter de rug, waarvan sommige verwickeld met abdominale infecties.

Op dit ogenblik is ze quasi cachectisch. Ze rookt.

Omwille van chronische pijn is ze morfinedependent en neemt ze gabapentine en amitriptyline. Ze heeft reeds een colostoma en wenst absoluut geen Brickerstoma.

(...)

Bespreking

In principe is een ingreep natuurlijk mogelijk, maar in dit geval kan er geen enkele garantie gegeven worden.

Er zijn verschillende negatief prognostische factoren, zoals het roken, de cachectische status en de status na multipele en verikkelde ingrepen en de status na radiotherapie.

Indien een ingreep uitgevoerd wordt, is er een grote kans op accidentele enterotomies en darmfistulisatie. Er is een grote kans dat een vervangblaas helemaal niet uitvoerbaar blijkt en dat de ureters geïncarcereerd zullen zijn.

Misschien moet er dan toch een Bricker aangelegd worden.

Met alle comorbiditeiten, schatten we de Charlson comorbidity index op 5 met een geschatte 10 jaarsoverleving van 21%.

Indien we er in slagen een vervangblaas met catheteriseerbaar stoma aan te leggen, weten we dat deze een kans op revisiechirurgie hebben van 40%!"

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 1 oktober 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 11 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. De behandelend uroloog uit Rotterdam heeft bij e-mailbericht van 31 januari 2020 over verzoekster verklaard:

"Met bovengenoemde patiënte had ik op 31-01-2020 telefonisch contact op de Polikliniek urologie.

Actieve diagnose

Urine incontinent door vesicovaginale fistel, stress incontinentie, overactieve blaas bij stugge versteende urine blaas als gevolg van multiple oncologische behandelingen.

(...)

Beloop

Mevrouw is bekend met vesicovaginale fistel door een groot onherstelbaar gat in de verkalkte achterwand van de zeer kleine blaas, welke in het bestralingsveld lag in 2013. Zij heeft daardoor veel last van continue urine lekkage via de vagina. Zonder de fistel is er overloop incontinentie door een blaas inhoud van slechts 50 ml. Zij gebruikt zeker 5 inleggers per dag naast de katheter die in haar urethra zit. Complicerend hierbij is dat zij last heeft van een stenotische urine leider (door de bestraling) waardoor haar rechter nier bedreigd wordt. Om de 4-6 weken krijgt zij hiervoor onder narcose een nieuwe stent. Een urine deviatie kan deze verschrikkelijke en onmenselijke situatie verhelpen. Mevrouw heeft al een stoma voor ontlasting en wenst geen tweede incontinent stoma op de buik. Mevrouw wil een continent stoma via Indiana pouch, hetgeen technisch uitdagend is gezien de meerdere gecompliceerde buikoperaties, inclusief de hemicolectomie rechts en gevaarlijke darmfistels door bestralingsenteritis. Onze urologen durven hoogstens een incontinent urostoma aan volgens Bricker, welke operatie ook per- en postoperatief al heel veel problemen kan opleveren.

Conclusie

Vesicovaginale fistel, laag compliante blaas met verkalking en defecte sluitspier na EBRT, ureter stenose rechts waarvoor regelmatig wissel dubbel J en status na meerdere gecompliceerde buikoperaties.

Beleid

Mevrouw wil af van de CAD, lekkage langs de CAD en lekkage langs de fistel en van de dubbel J stent, hetgeen alleen kan door aanleg van een urostoma. Zij wil geen extra zak op buik, maar wil een katheriseerbaar urostoma. In het Erasmus Medisch Centrum vinden onze chirurgen de aanleg van een katheriseerbaar stoma te risicovol, maar in Leuven is men bereid dit te proberen te doen."

3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft, daarnaar gevraagd, op 13 februari 2020 het medisch advies overgelegd:

"17-10-2019

De informatie uit de bijlage zat ook al bij de originele aanvraag. Wil je voor de zekerheid controleren of je het juiste bestand hebt toeg[e]voegd? Want de brief van de arts geeft zelf heel duidelijk mijn eerdere oordeel aan. Zonder nieuwe informatie is het eerdere oordeel daarom hetzelfde.

1-10-2019

Betreft aanvraag cystectomie en vervangblaas ivm vesicovaginale fistel na behandeling cervixcarcinoom. Veel negatief prognostische factoren. Voorgelegd aan medisch advies. Deze aanvraag moet worden afgewezen, [uit] de brief van de specialist komt duidelijk naar voren dat verzekerde deze ingreep zelf graag wilt, maar dat er teveel risico's aan zitten / geen doelmatige zorg.

Betreft aanvraag cystectomie en vervangblaas ivm vesicovaginale fistel na behandeling cervixcarcinoom. Veel negatief prognostische factoren. Voorgelegd MA."

3.8. Bij brief van 13 maart 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Beoordeling

Het Zorginstituut is niet bevoegd om de doelmatigheid van de behandeling in geschil te beoordelen. Dit behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Echter lijkt de afwijzing van verweerder niet primair betrekking te hebben op de doelmatigheid van de ingreep. Door verweerder wordt het bestaan van grote risico's en een geringe kans van slagen van de ingreep als argument bij de afwijzing aangevoerd. Het kostenaspect dat bij doelmatigheid een centrale rol heeft wordt niet genoemd. Het geschil ziet daarom op de vraag of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de ingreep.

Er is een indicatie voor de aanleg van een urostoma vanwege urine incontinentie en een ureterstenose, maar er zijn relatieve contra-indicaties voor een katheteriseerbaar urostoma vanwege eerdere gecompliceerde buikoperaties en radiotherapie en andere negatief prognostische factoren (roken en cachexie). Hierdoor is de operatie technisch mogelijk niet haalbaar en zijn er grote risico's op complicaties zoals beide urologen schetsen. Ook bij second opinion kan geen enkele garantie over het slagen van de ingreep worden gegeven, toch komt deze uroloog tot de conclusie dat verzoekster in aanmerking komt voor een katheteriseerbaar urostoma. Uit het dossier wordt echter niet duidelijk op basis van welke argumenten de uroloog van het UZ Leuven - in tegenstelling tot de uroloog van het Erasmus MC - een andere afweging maakt.

Nader onderzoek

Op basis van de informatie in het dossier kan niet beoordeeld worden of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een katheteriseerbaar urostoma. Het is niet duidelijk op basis van welke argumenten een katheteriseerbaar urostoma is aangewezen, ondanks de beschreven hoge risico's en de lage kans van slagen. Dit zou nader onderzocht moeten worden."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog toestemming moet verlenen voor de aangevraagde ingreep.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit Verordening 883/2004, de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en doelmatigheid 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.

Standpunten van partijen

- 6.2. Verzoekster voert het volgende aan.
Zij is al zes jaar ernstig ziek. Haar lichaam heeft door bestralingen veel schade opgelopen. Verzoekster is urine incontinent met vesicovaginale fistel, stress incontinentie, overactieve blaas bij stugge versteende urine blaas als gevolg van multiple oncologische behandelingen. Ook heeft zij een gat in haar blaas en is zij een deel van haar darmen kwijt. Verzoekster heeft een stoma voor haar darmen.
- 6.3. De uroloog in het Erasmus MC heeft voorgesteld een Brickerstoma aan te brengen bij verzoekster. Hierbij zou de uitwendige stomazak echter over de al aanwezige stomazak komen te zitten. Dit is niet wenselijk. Een inwendige stoma zou een alternatief kunnen zijn. Deze wordt gemaakt van een deel van de darm. Haar Nederlandse arts kon dit niet doen bij haar, omdat hij hiervoor het eerste deel van de dikke darm gebruikt. Verzoekster heeft dit deel van haar darm echter niet meer. De Nederlandse uroloog heeft daarom gezocht in zijn netwerk en heeft twee zorgaanbieders gevonden, in België en Duitsland, die voor deze ingreep een ander deel van de darm gebruiken. Verzoekster heeft gekozen voor de zorgaanbieder in België. De Belgische uroloog wil de ingreep, een cystectomie en vervangblaas omwille van een vesicovaginale fistel na behandeling voor cervixcarcinoom, bij verzoekster uitvoeren. Hij heeft haar ook al een alternatief geboden voor als bij opening van haar buik blijkt dat de aangevraagde ingreep toch niet kan worden uitgevoerd. In dat geval wordt de urineleider aangesloten op de reeds bestaande stoma. Verzoekster benadrukt dat iedere operatie aan haar buik zeer risicovol is, gezien haar voorgeschiedenis.
- 6.4. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster verteld dat haar rechternier het onlangs heeft begeven en op de linkernier is daarom een PCN-drain aangebracht. Zij heeft benadrukt dat haar artsen haar hebben verteld dat zij geen tijd meer heeft voor uitstel van de behandeling. Gezien haar klachten en de complicaties die verzoekster nu heeft, is de aangevraagde ingreep aan te merken als passende zorg.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar voert het volgende aan.
Uit de door hem ontvangen informatie blijkt dat de aangevraagde behandeling niet doelmatig is. De behandeling is immers erg risicovol. De arts heeft dit in de toelichting bij de aanvraag zelf verklaard. Weliswaar heeft iedere operatie een kans op complicaties, maar een behandeling is niet doelmatig als de kans op complicaties voor de ingreep al bekend zijn en deze wijzen op grote risico's tijdens of na de behandeling.

Het oordeel van de commissie

- 6.6. Verzoekster wil naar een andere EU-lidstaat, te weten België, gaan om daar een behandeling te ondergaan, bestaande uit het aanbrengen van een katheteriseerbaar urostoma. Het betreft planbare zorg. Hierop is artikel 20 van de Verordening van toepassing. Met inachtneming van de toepasselijke regelgeving oordeelt de commissie als volgt.
- 6.7. Voor zover hier van belang moet aan drie eisen worden voldaan, wil een verzekerde recht hebben op zorg of vergoeding van de kosten daarvan. In de eerste plaats moet de zorg in kwestie een verzekerde prestatie zijn. In de tweede plaats moet de verzekerde 'redelijkerwijs aangewezen' zijn

op die prestatie, ofwel: er moet voor de zorg een (verzekerings)indicatie bestaan. In de derde plaats moet de zorg doelmatig zijn.

- 6.8. De zorg die verzoekster in Leuven wil ontvangen, vormt een verzekerde prestatie ingevolge de zorgverzekering. Dit is onweersproken. Ook de commissie gaat daarvan uit.
- 6.9. De tweede eis is dat voor de zorg een (verzekerings)indicatie bestaat. Volgens het Zorginstituut heeft het geschil betrekking op de vraag of verzoekster 'redelijkerwijs is aangewezen' op de ingreep in het UZ Leuven, anders gezegd, of voor die ingreep een (verzekerings)indicatie bestaat. De ziektekostenverzekeraar heeft zich over deze vraag niet duidelijk uitgelaten, ook niet ter zitting van de commissie. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar deze afwijzingsgrond prijsgegeven. Naar redelijkheid en billijkheid kan hij zich daarop niet meer beroepen. Gelet op de processuele houding van de ziektekostenverzekeraar hoeft de commissie ook niet meer in te gaan op het advies van het Zorginstituut om nader onderzoek naar de indicatie te verrichten.
- 6.10. Hieraan voegt de commissie het volgende toe. Onbetwist is dat verzoekster is aangewezen op medisch-specialistische behandeling. Zij is daarvoor door haar behandelend arts naar het UZ Leuven verwezen. Verzoekster heeft voor Leuven gekozen omdat haar behandelend arts in het Erasmus MC te Rotterdam haar niet de behandeling kunnen geven die geïndiceerd is en overeenkomt met haar wensen. In het UZ Leuven kan dat volgens haar wel. Onder deze omstandigheden is verzoekster redelijkerwijs aangewezen op behandeling in het ziekenhuis van haar keuze, het UZ Leuven. Dat aan die behandeling risico's kleven, brengt hierin geen verandering. Verzoekster is zich van de risico's bewust. Er is geen reden tot twijfel over dat verzoekster ook in Leuven zal worden behandeld overeenkomstig de professionele standaard. De keuze van de behandeling, met instemming van verzoekster, behoort tot de verantwoordelijkheid van de betrokken artsen.
- 6.11. Artikel 20 van de Verordening is van toepassing wanneer daarmee wordt beoogd in andere EU-lidstaat een 'voor zijn gezondheid passende behandeling' te krijgen. De commissie vat deze formulering zo op, dat voor de aangevraagde behandeling een indicatie moet bestaan. Uit het bovenstaande blijkt dat aan deze eis is voldaan.
- 6.12. De derde eis houdt in dat de beoogde zorg doelmatig moet zijn. Beschikbare alternatieven moeten tegen elkaar worden afgezet. De beoordeling ligt primair bij de zorgverzekeraar. Deze heeft aangevoerd dat de aangevraagde behandeling risicovol is. De ziektekostenverzekeraar heeft echter geen alternatief genoemd behalve een stoma volgens Bricker. Ook daarbij zijn aan de ingreep risico's verbonden. Verzoekster heeft toegelicht dat als wordt gekozen voor de door haar gewenste behandeling, de uroloog te Leuven een 'plan B' heeft, te weten het omleiden van de urineleider naar de bestaande stoma. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hierover niet uitgelaten.
- 6.13. De arts in het UZ Leuven heeft verzoekster gezien. Hij heeft de risico's ingeschat. De ziektekostenverzekeraar heeft geen informatie aangeleverd waaruit blijkt dat de beoordeling door de Belgische arts onjuist of onvolledig is. Hij heeft niet gesteld of aangetoond dat het risico van de ingreep in Leuven groter is dan dat van een stoma volgens Bricker. Het beroep op ondoelmatigheid van de behandeling in het UZ Leuven faalt. Het is – ook ter zitting – onvoldoende onderbouwd.

Slotson

- 6.14. De aangevraagde behandeling is een verzekerde prestatie. Verzoekster is aangewezen op deze behandeling, en de behandeling is doelmatig. De ziektekostenverzekeraar heeft het tegendeel niet gesteld en/of niet onderbouwd.

Toepassing van het recht van de Europese Unie

- 6.15. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar niet kunnen aangeven dat de beoogde behandeling ook kan plaatsvinden bij een door hem gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland of daarbuiten. Dit betekent dat de gevraagde toestemming op grond van de Verordening ten onrechte is geweigerd. De ziektekostenverzekeraar dient alsnog binnen veertien dagen na dagtekening van dit bindend advies aan verzoekster een S2-formulier af te geven.
- 6.16. Op grond van de Patiëntenrichtlijn, die in de nationale wetgeving van de lidstaten is geïmplementeerd, heeft verzoekster de mogelijkheid te kiezen voor vergoeding op basis van het nationale stelsel van de bevoegde lidstaat (.). Dit betekent vergoeding op basis van de zorgverzekering, met toepassing van een eventuele restitutiekorting en onder inhouding van het eigen risico, voor zover aan de orde.
- 6.17. Verzoekster hoeft echter geen expliciete keuze te maken tussen de Verordening of de polis. Gesteld dat verzoekster na afgifte van het S2-formulier wordt geconfronteerd met kosten van medische zorg van de Belgische zorgaanbieder die voor haar rekening blijven, dan heeft zij recht op aanvulling op basis van de zorgverzekering.
- 6.18. Beslist wordt als volgt.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist als volgt:

- (i) de ziektekostenverzekeraar zal binnen twee weken na datering van dit bindend advies onder verstrekking van een S2-formulier aan verzoekster toestemming verlenen voor de aangevraagde ingreep;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar zal aan verzoekster de kosten vergoeden die aan haar eventueel niet zullen worden vergoed op basis van het S2-formulier;
- (iii) een en ander laat de toepassing van het eigen risico van verzoekster en een eventuele restitutiekorting onverlet;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar zal het entreegeld van € 37,- aan verzoekster voldoen.

Zeist, 6 april 2020,

G.R.J. de Groot

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>)

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Eigen Keuze is een restitutieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

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

1.2. Medische noodzaak

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

1.3. Wie mag de zorg verlenen

U heeft vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota heeft ontvangen, dan kunt u 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.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- 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 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

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;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 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.

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:

- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

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 39) 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 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.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op vergoeding van de kosten van 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:

- a. Tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. 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;
- c. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. 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;
- e. 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;
- f. 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;
- g. 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;
- h. 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;
- 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 vergoeding van de kosten van:

- 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 fysicus 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. 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, 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 vergoeding van de kosten van 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.

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

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

- embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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. (...)*”