



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen Stad Holland
Zorgverzekeraar OWM U.A. te Schiedam

Zaak : EU/EER, België, bariatrische chirurgie, gastric bypass, indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr.
883/2004

Zaaknummer : 201901666

Zittingsdatum : 3 juni 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (. G.R.J. de Groot, . H.A.J. Kroon en . drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,
tegen

Stad Holland Zorgverzekeraar OWM U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 14 januari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft in de brief van 10 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 14 april 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 22 april 2020 respectievelijk 7 mei 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 11 mei 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020018195) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is dezelfde dag aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden te reageren. Verzoeker heeft per brief van 20 mei 2020 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is op 22 mei 2020 ter kennisneming aan de zorgverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. De behandelend gezondheidszorgpsycholoog heeft op 5 april 2016 over verzoeker, voor zover hier van belang, verklaard:
"(...)
Er is geen sprake van ernstige psychopathologie, noch van een eetstoornis. Zijn dagelijks gebruik van alcohol is fors met tenminste een fles wijn per dag. Zijn eetpatroon is goed op orde. Meneer is zich ervan bewust dat hij zijn drankgebruik moet minderen en is hiertoe ook gemotiveerd. Hij heeft met de diëtist afgesproken het gebruik terug te brengen naar 2 glazen per dag; het verloop hiervan wordt tijdens de analyse dag met hem besproken. Patiënt kan mijns in ziens het traject ten aanzien van de ingreep vervolgen. Patiënt wordt geadviseerd tijdig hulp in te schakelen indien hij postoperatief problemen ervaart.
"(...)"
- 3.3. Verzoeker had al langer ernstig overgewicht. Hij zou in september 2016 een gastric bypass ondergaan in het ziekenhuis Franciscus Gasthuis & Vlietland (verder: de Nederlandse zorgaanbieder). Deze ingreep is door omstandigheden in de privésfeer toen niet doorgegaan. Verzoeker heeft zich in 2017 opnieuw gemeld bij de Nederlandse zorgaanbieder voor het ondergaan van

een gastric bypass. Deze zorgaanbieder vond de ingreep op dat moment echter niet langer aangewezen.

- 3.4. De behandelend internist endocrinoloog en physician assistent i.o., verbonden aan de Nederlandse zorgaanbieder, hebben in dit verband op 21 november 2017, voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:

"(...)

Reden verwijzing

(...)

Eetpatroon: hartig, snoept niet, drinkt 1 fles wijn per dag en drinkt regelmatig bier op zijn werk[.]

(...)

afwijkende leverwaarden passend bij de alcoholconsumptie

Conclusie

58 jarige man met morbide obesitas BMI 40.11 met DM2, hypertensie, osas, coxartrose en knieklachten. Alcoholabusus met leverenzymstoornissen.

Bij het LO en lab geen metabole/endocrinologische verklaringen voor zijn overgewicht.

Dhr. mag nog niet verder gaan in het traject naar bariatricie. Er werd tijdens het multidisciplinaire overleg besloten dat de patiënt 1 jaar gestopt moet zijn met alcohol om geopereerd te worden.

Beleid

Patiënt wordt over 1 jaar herbeoordeeld indien alcohol consumptie gestopt is.

(...)"

- 3.5. Het medisch dossier van de Nederlandse zorgaanbieder over verzoeker luidt, voor zover hier van belang,

"(...)

04-04-2016 Samenvatting dossier

(...)

Alcohol: ja

Zo ja, hoeveel eenheden gemiddeld per dag? 7

(...)

23-02-2018 Consult

(...)

U heeft deze patiënt naar ons verwezen met de vraagstelling bariatrische chirurgie. Hr. is bij ons besproken in het bam mdo en daar is het volgende beleid afgesproken: Patiënt moet één jaar gestopt zijn met alcohol en tevens moet hij de aangekomen 7 kilo zijn afgevallen, terug naar het streefgewicht (zie ook naslag 07/11/2017). Hr. komt derhalve momenteel niet in aanmerking voor bariatrische chirurgie.

(...)"

- 3.6. Verzoeker heeft zich vervolgens gewend tot ziekenhuis AZ Sint-Jan te Brugge, België (verder: de Belgische zorgaanbieder). De Belgische zorgaanbieder was bereid een gastric bypass bij verzoeker te verrichten. Deze zorgaanbieder heeft, voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:

"(...)

3. Consult endocrinologie

- In bijlage vindt u de goedkeuring van de internist waarbij hij geen contra-indicaties meldde in verband met mogelijke uitvoering van een bariatrische ingreep. Na de ingreep zal de inname van Gliclazide gestopt mogen worden.

(...)

- 3.7. Namens verzoeker is de zorgverzekeraar verzocht om vergoeding van de ingreep. Deze aanvraag heeft de zorgverzekeraar op 18 mei 2018 ontvangen. De laparoscopische gastric bypassis op 1 juni 2018 uitgevoerd. De zorgverzekeraar heeft in het kader van de beoordeling van de aanvraag informatie opgevraagd. Bij brief van 18 juli 2018 heeft hij aan verzoeker meegedeeld dat hij het verzoek om vergoeding afwijst.

3.8. Ziekenhuis AZ Sint-Jan heeft op 6 augustus 2018 over verzoeker verklaard:

"(...)

Patiënt voldoet aan de RIZIV- criteria voor terugbetaling (idem criteria Nederlandse zorgverzekeraars):

-> Een BMI van 39,8[;]

-> Comorbiditeiten: diabetes + slaapapnoe.

Daarnaast lijdt hij aan navolgende ernstige comorbiditeiten: hypercholesterolemie, hypertensie, ruglast, knielast, snurken.

(...)"

3.9. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 13 november 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.10. Het advies van het Zorginstituut van 11 mei 2020 luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Beoordeling

Het Zorginstituut heeft in verschillende standpunten aangegeven onder welke voorwaarden (indicaties) en met welke technieken bariatrische chirurgie voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

Bariatrische ingrepen zijn over het algemeen complex en alleen effectief als er een zorgvuldige indicatiestelling plaatsvindt en als er een adequaat voor- en natraject is. In verschillende eerdere adviezen heeft het Zorginstituut het belang aangegeven van dit adequate multidisciplinaire voor- en natraject. Onder een multidisciplinair voortraject wordt verstaan: de betrokkenheid van een internist, diëtist en psycholoog/psychiater; als voorwaarde kan worden gesteld dat één van de begeleiders of de huisarts daarbij de regiefunctie heeft vervuld.

Indicaties voor bariatrische chirurgie zijn: BMI > 40 kg/m, BMI 35-40 kg/m in combinatie met ernstige comorbiditeit, op voorwaarde dat de patiënt voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan en bereid is mee te werken aan levenslange follow-up. Tenslotte, mogen er geen contra-indicaties voor de ingreep zijn.

In de richtlijn "Morbide obesitas" van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde uit 2011 worden de indicatiestelling (inclusief de contra-indicaties), en het preoperatieve en postoperatieve (voor- en na-) traject nader beschreven. Hierin wordt ook gesteld dat alcoholmisbruik of drugsverslaving als contra-indicatie moet worden beschouwd. Hierbij moet worden aangevuld dat dit geen contra-indicatie betreft die evidence-based is, maar gebaseerd op de mening van (internationale) experts. Ten aanzien van dit laatste komt uit het dossier naar voren dat het alcoholgebruik van verzoeker de primaire reden is geweest voor de behandelend arts in Nederland om de ingreep te contra-indiceren. Daarmee is verzoeker dus niet aangewezen op de ingreep. Het is niet geheel helder in hoeverre er een multidisciplinair voor- en natraject is gevolgd, echter is nader onderzoek hiernaar niet aangewezen omdat sprake is van een contra-indicatie en verzoeker daarmee niet voldoet aan de indicatievoorwaarden.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoeker niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor bariatrische chirurgie. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van bariatrische chirurgie ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Geschil


4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden de kosten van de bij hem te Brugge uitgevoerde gastric bypass te vergoeden.


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 14 van de zorgverzekering.


 6. Beoordeling


 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg en uit Vo. nr. 883/2004 over grensoverschrijdende zorg binnen de EU/EER, 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.

 6.2. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan om daar een laparoscopische gastric bypass te ondergaan. In deze situatie is sprake van planbare zorg en is artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Op basis van dit artikel heeft een verzekerde onder voorwaarden recht op vergoeding van zorg volgens het sociale verzekeringsstelsel van de betreffende EU-lidstaat, in dit geval België. De zorg moet behoren tot het verzekerde pakket in Nederland én niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar zijn.

 6.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar vóór de gastric bypass om toestemming gevraagd. De zorgverzekeraar heeft verklaard de aanvraag op 18 mei 2018 te hebben ontvangen. Naar de commissie begriipt was de aanvraag niet compleet en is nadere informatie opgevraagd. De ingreep stond gepland op 1 juni 2018 en de gevraagde informatie werd pas daarna ontvangen. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar aldus geen redelijke termijn gegund voor de beoordeling van de aanvraag. Hij heeft de uitkomst van de beoordeling bovendien niet afgewacht en de gastric bypass op 1 juni 2018 laten uitvoeren. Deze situatie moet worden gelijkgesteld met die als ware vooraf in het geheel geen toestemming gevraagd. Gelet op de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, C444-05) blijft Vo. nr. 883/2004 dan buiten toepassing. Getoetst moet worden of op basis van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding.

 6.4. Partijen verschillen van mening of is voldaan aan artikel 2, vijfde lid, van de zorgverzekering. In dit artikel is opgenomen dat aanspraak bestaat op zorg die valt onder dekking van de zorgverzekering, althans voor zover verzekerde naar aard en inhoud redelijkerwijs op de betreffende vorm van zorg of dienst is aangewezen.

 6.5. Verzoeker heeft gesteld dat is voldaan aan voornoemd artikel. Het in 2016 in Nederland doorlopen voortraject én het in 2018 in België doorlopen voortraject waren multidisciplinair en adequaat. Op de betrokkenheid van een psycholoog of psychiater na, waren alle benodigde disciplines bij het voortraject in België betrokken. Verzoeker heeft in Nederland een psychiater gezien. Verzoeker vermag niet in te zien waarom het in 2016 doorlopen voortraject niet als voortraject van de gastric bypass in 2018 kan worden beschouwd. Er was nog geen twee jaar verstreken, terwijl de richtlijnen van de International Federation for the Surgery of Obesity (IFSO) niets zeggen over de geldigheid van een succesvol doorlopen voortraject. Verzoeker benadrukt dat het opnieuw doorlopen van een voortraject geen toegevoegde waarde had. Het verleden en het in Nederland doorlopen voortraject leren dat afvallen op eigen kracht niet mogelijk was. Het behalen van een streefgewicht en de voedingsdeskundige en psychologische begeleiding ná de ingreep zijn bovendien aanbevelingen van de IFSO. Deze aanbevelingen zijn niet evidence based en hebben tot doel de effectiviteit van de behandeling te bevorderen. Deze aanbevelingen mogen verzoeker niet worden tegengeworpen, omdat de behandeling bij hem effectief is gebleken.

 6.6. De zorgverzekeraar voert aan dat niet is geïndiceerd conform de richtlijnen van de IFSO. Zo is niet voldaan aan de voorwaarde die de Nederlandse zorgaanbieder heeft gesteld, namelijk dat verzoeker gedurende een jaar moest stoppen met het drinken van alcohol. Ook is geen sprake

van een adequaat, multidisciplinair voor- en natraject. Het eenmalige gesprek met de diëtiste en de verklaring van de internist dat verzoeker voor een gastric bypass in aanmerking komt, zijn onvoldoende om hiervan te kunnen spreken. Verder is niet gebleken dat de gastric bypass een 'last resort' was en dat cognitieve gedragstherapie onderdeel vormde van de nazorg. Tevens was het eerder door de Nederlandse zorgaanbieder gestelde streefgewicht niet behaald ten tijde van de bariatrische ingreep. De zorgverzekeraar benadrukt dat een adequaat voor- en natraject noodzakelijk is om de effectiviteit van de ingreep op lange termijn te waarborgen.

- 6.7. Uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat bariatrische ingrepen over het algemeen complex zijn, en dat deze alleen effectief zijn als een zorgvuldige indicatiestelling heeft plaatsgevonden en een adequaat multidisciplinair voor- en natraject aan de orde is. De indicatiestelling, waaronder de contra-indicaties, en het voor- en natraject zijn beschreven in de richtlijn 'Morbide obesitas' uit 2011. In dit document worden alcoholmisbruik of drugsverslaving als contra-indicatie genoemd. Deze contra-indicaties zijn niet evidence based, maar gebaseerd op de mening van (internationale) experts.

Het Zorginstituut constateert dat verzoeker niet voldoet aan de indicatiecriteria, omdat volgens de behandelend arts in Nederland sprake was van een contra-indicatie in de vorm van het alcoholgebruik van verzoeker. Hij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de ingreep ten laste van de zorgverzekering. Het Zorginstituut constateert ook dat niet duidelijk is in hoeverre een adequaat multidisciplinair voor- en natraject is gevolgd. Omdat verzoeker niet voldoet aan de indicatiecriteria, is nader onderzoek hiernaar echter niet noodzakelijk.

- 6.8. Verzoeker heeft tegen het advies van het Zorginstituut ingebracht dat de door de behandelend arts gestelde voorwaarde te stoppen met het gebruik van alcohol hem ten onrechte wordt tegen-gevoerd. Stoppen met drinken is niet als voorwaarde gesteld in de richtlijn 'Morbide obesitas' en lijkt evenmin een 'RIZIV-criterium'. Het alcoholgebruik van verzoeker was in 2016 bovendien geen contra-indicatie. Zijn alcoholgebruik is sindsdien niet toegenomen. Het alcoholgebruik van verzoeker kon in 2017, ten tijde van de herbeoordeling door de Nederlandse zorgaanbieder, daarom evenmin een contra-indicatie vormen. De Belgische zorgaanbieder heeft het alcoholgebruik van verzoeker, gelet op de bij de zorgverzekeraar ingediende aanvraag, ook meegewogen in zijn indicatiestelling. Deze zorgaanbieder heeft vervolgens geconstateerd dat werd voldaan aan de 'RIZIV-criteria'. Deze criteria bepalen volgens de Belgische zorgaanbieder de aanspraak op vergoeding, ook in Nederland.

- 6.9. Het standpunt van verzoeker dat alcoholgebruik geen contra-indicatie vormt, is juist. Alcoholmisbruik is dit, gelet op het advies van het Zorginstituut, echter wel. Uit de verklaring van 21 november 2017 blijkt dat hiervan volgens de Nederlandse zorgaanbieder sprake was. Dit, en het niet behalen van het streefgewicht, leidde volgens de informatie in het medisch dossier tot de conclusie dat verzoeker niet was aangewezen op een gastric bypass. Gesteld noch gebleken is dat het alcoholgebruik van verzoeker na 21 november 2017 dusdanig was afgenomen dat niet langer sprake was van een contra-indicatie. De conclusie van de Belgische zorgaanbieder dat geen sprake is van een contra-indicatie, zoals vermeld in zijn verklaring van 15 mei 2018, kan daarom niet overtuigen. Uit de verklaring van de Belgische zorgaanbieder van 6 augustus 2018 blijkt evenmin dat de indicatiestelling heeft plaatsgevonden conform de richtlijn 'Morbide obesitas' uit 2011. De daarin gestelde aanspraak op vergoeding wordt bovendien alleen gebaseerd op de ten tijde van de gastric bypass aanwezige body mass index (BMI) en comorbiditeiten. Uit het advies van het Zorginstituut blijkt evenwel dat ten aanzien van de indicatiestelling méér voorwaarden gelden, namelijk dat de patiënt voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan, dat hij bereid is mee te werken aan levenslange follow-up en dat er geen contra-indicaties zijn. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over.

Impliciete toestemming zorgverzekeraar

- 6.10. Verzoeker stelt dat tussen de zorgverzekeraar en de betrokken Nederlandse zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt in welk geval een gastric bypass voor rekening van de zorgverzekeraar mag worden uitgevoerd. Verzoeker voldeed in 2016 kennelijk aan deze afspraken, omdat hij de ingreep

toen volgens de zorgaanbieder mocht ondergaan. Hiermee is door de zorgverzekeraar impliciet toestemming gegeven voor het ondergaan van een gastric bypass. Verzoeker ontleent aan deze impliciete toestemming zonder meer aanspraak op vergoeding van de nadien verrichte bariatrische chirurgie in België.

- 6.11. De zorgverzekeraar heeft hier tegen ingebracht dat hij verzoeker destijds geen concrete goedkeuring voor een gastric bypass heeft gegeven. Voorafgaande toestemming was bij de gecontracteerde Nederlandse zorgaanbieder overigens niet vereist. Over het leveren van de betreffende zorg hebben de zorgverzekeraar en deze zorgaanbieder namelijk afspraken gemaakt. Voor de Belgische zorgaanbieder, die verzoeker uiteindelijk heeft behandeld, geldt het voorgaande niet. Verzoeker kan aan de gestelde impliciete goedkeuring daarom geen aanspraak op vergoeding van de uitgevoerde gastric bypass ontleen.
- 6.12. De commissie begrijpt uit het standpunt van de zorgverzekeraar dat hij de beoordeling van de aanspraak op bariatrische chirurgie heeft overgelaten aan de betrokken Nederlandse zorgaanbieder. Deze laatste dient de aanspraak te beoordelen aan de hand van de tussen hen gemaakte afspraken. Vast staat dat de Nederlandse zorgaanbieder in 2016 heeft geoordeeld dat verzoeker hieraan voldeed en dat hij aanspraak had op een gastric bypass ten laste van de zorgverzekering. Uit de stukken blijkt evenwel dat de situatie in 2017 was veranderd, en dat inmiddels sprake was van een contra-indicatie. De stelling van verzoeker dat zijn alcoholgebruik in 2017 gelijk was aan of lager was dan die ten tijde van de indicatiestelling in 2016, kan niet overtuigen. Uit de verklaring van de betrokken gezondheidszorgpsycholoog van 5 april 2016 blijkt dat verzoeker zijn alcoholgebruik moest terugbrengen tot twee glazen per dag. Uit de verklaring van de betrokken internist endocrinoloog en physician assistent i.o. van 21 november 2017 volgt dat het alcoholgebruik toen vele malen hoger was. Daarnaast kan de beoordeling door de Nederlandse zorgaanbieder - te weten die uit 2016 - de zorgverzekeraar niet binden in een andere rechtsverhouding. Met de Belgische zorgaanbieder zijn op dit punt immers geen afspraken gemaakt zodat geenszins vast staat dat deze zorgaanbieder bij de beoordeling is uitgegaan van de verzekeringsvoorwaarden en geldende richtlijnen. Uit de verwijzing naar de 'RIZIV-criteria' kan dit althans niet worden afgeleid.
- 6.13. Dit betekent dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie had voor de door hem in Brugge ondergane gastric bypass, zodat niet is voldaan aan artikel 2, vijfde lid, van de zorgverzekering. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de hiermee gemoeide kosten, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, bijvoorbeeld dat de ingreep succesvol is geweest, kan niet leiden tot een ander oordeel.
- 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 juni 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>)

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

lid 1 De basis

De verzekeringnemer heeft bij ons een zorgverzekering afgesloten. Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de Wet langdurige zorg (Wlz);
- e. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- f. het aanvraagformulier dat u heeft ingevuld.

Wij leggen de zorgverzekering vast in de polis en stellen deze polis jaarlijks aan u ter beschikking. Op het polisblad is vermeld wie de verzekeringnemer en eventuele verzekerde(n) zijn.

lid 2 Interpretatieverschillen

Hoewel wij de zorgverzekering zo volledig en nauwkeurig mogelijk hebben geformuleerd, kunnen meningsverschillen ontstaan over de uitleg. In die situaties is de tekst van de relevante geldende wet- en regelgeving doorslaggevend.

lid 3 De verzekeringspas

Bij inschrijving ontvangen alle verzekerden die op het polisblad zijn genoemd, een eigen verzekeringspas. Op vertoon van deze pas kunt u terecht bij zorgaanbieders die zorg verlenen waar u volgens de polisvoorwaarden aanspraak op maakt. Op de achterzijde van de pas vindt u de EHIC (zie ook de Inleiding).

lid 4 Aard van uw zorgverzekering

Uw zorgverzekering is een restitutieverzekering. Dat wil zeggen dat u recht heeft op vergoeding van (de kosten van) zorg en vrij bent in de keuze van zorgaanbieder.

De zorgaanbieders kunnen de nota's rechtstreeks naar ons sturen als wij dit met hen hebben afgesproken. In andere situaties kunt u de nota's zelf naar ons toesturen. Op www.stadholland.nl vindt u onder 'Vind uw zorgverlener' met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

lid 5 Inhoud en omvang van zorg

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 10 Behandeling in het buitenland

lid 1 Algemeen

Voor vergoedingen van behandeling in het buitenland onderscheiden we:

- verzekerden die wonen in Nederland (zie lid 2 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in een ander EU-/EER-land of verdragsland en al dan niet tijdelijk in Nederland of een ander verdragsland verblijven (zie lid 3 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een EU-/EER-land of verdragsland (zie lid 4 van dit artikel).

lid 2 Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg die is geleverd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland, dan krijgt u maximaal dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 3 Wonen/verblijven in een ander EU-/EER-land of verdragsland en zorg in dat land, Nederland of ander verdragsland

In deze situaties heeft u naar keuze recht op:

- vergoeding van zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU- sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.
- Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden;
- vergoeding van verzekerde zorg door een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 4 Wonen/verblijven in buitenland, maar niet in EU-/EER-land of verdragsland en zorg in het buitenland

Als u buiten Nederland woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op een vergoeding van de kosten van verzekerde zorg door een zorgaanbieder buiten Nederland. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 5 Vergoeding en machtiging

Als u zorg inroept waarbij u opgenomen moet worden of in een instelling moet verblijven, de zogenoemde intramurale zorg, moet u daarvoor vooraf van ons toestemming hebben gekregen. Indien u kiest voor verblijf op een eenpersoonskamer, kan het ziekenhuis hiervoor extra kosten (kamersupplementen en honorariumkosten) bij u in rekening brengen. Deze extra kosten worden niet vergoed.

Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt deze toestemmingseis niet. U moet een spoedopname altijd binnen 48 uur aan SOS International melden.

Het toestemmingsvereiste geldt niet als u zorg inroept die niet gepaard gaat met opname of verblijf, de zogenoemde extramurale zorg.

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan is het wellicht vooraf onduidelijk of en, zo ja, in hoeverre u die zorg vergoed krijgt. Daarom raden wij u in alle gevallen aan, zoals aangegeven in artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden, bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf contact met ons op te nemen. Wij kunnen u dan mededelen:

- a. of u verzekerd bent voor die zorg;
- b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;
- c. hoe hoog de vergoeding zal zijn;
- d. of u voor deze zorg bij zorgaanbieders terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

lid 6 Bevoegde zorgaanbieder

Zorg in het buitenland komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze wordt verleend door een zorgaanbieder die op grond van de wet- en regelgeving van het desbetreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

lid 7 Vergoeding van medisch noodzakelijke zorg

Als u in het buitenland medisch noodzakelijke zorg inroept, dat wil zeggen zorg die naar het oordeel van onze medisch adviseur redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, dan zullen wij deze zorg volledig vergoeden.

Artikel 11 Overige voorwaarden

lid 1 Recht op andere zorg dan in voorwaarden omschreven

In de artikelen 15 tot en met 42 van deze polisvoorwaarden staat voor welke zorg u volgens deze zorgverzekering recht heeft op vergoeding. U kunt echter ook recht hebben op vergoeding van andere vormen van zorg. De voorwaarden hiervoor zijn dat:

- a. vaststaat dat deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt; en
- b. wij u van tevoren toestemming hebben gegeven voor die vorm van zorg; en
- c. die vorm van zorg wettelijk niet is uitgesloten.

lid 2 Opname in andere dan verzekerde klasse

Als u opgenomen wordt in een ziekenhuis en daar terechtkomt in een andere klasse dan de aldaar geldende laagste klasse, vergoeden wij aan u het tarief van de laagste klasse.

lid 3 Begin en einde van recht op vergoeding van kosten van zorg

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zorg waarop u volgens deze polisvoorwaarden recht heeft als u die zorg heeft ontvangen in de periode dat deze zorgverzekering loopt.

Als wij een declaratie ontvangen van een DBC of zorgproduct beginnend voor de einddatum van uw zorgverzekering bij Stad Holland, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin die zorgverzekering van kracht was.

Artikel 14 Klachten en Geschillen

lid 1 Algemeen

U kunt klachten hebben over de uitvoering van uw zorgverzekering, de manier waarop u door ons bent behandeld, de verwerking van uw persoonsgegevens, of een zorgaanbieder. Van een geschil is sprake wanneer u het niet eens bent met een beslissing die wij bij de uitvoering van uw zorgverzekering hebben genomen.

lid 2 Nederlands recht

Op de Zorgverzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

lid 3 Rechtsbescherming

a. Verzoek om heroverweging van een beslissing of klacht

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de zorgverzekering hebben genomen, kunt u ons vragen de beslissing te heroverwegen. Daarvoor moet u schriftelijk per post of digitaal een verzoek aan onze Raad van Bestuur sturen. Klachten kunt u indienen via het klachtenformulier op de website www.stadholland.nl. Het klachtenformulier kunt u online indienen of per post (t.a.v. de Raad van Bestuur, Postbus 173, 3100 AD Schiedam).

b. Naar de rechter of geschillencommissie

U kunt naar de rechter gaan als u als u het niet eens bent met de uitkomst van een heroverweging of als wij binnen dertig dagen na een verzoek om heroverweging geen reactie hebben gegeven. U kunt een klacht of geschil ook voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ heeft een Ombudsman die bemiddelt en een Geschillencommissie die bindend adviseert.

c. Klacht indienen bij de NZa

Als u onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u daarover een klacht indienen bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een bindende uitspraak.

d. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet tijdig aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. De wettelijke regels over Arbitrage en het Arbitrage Reglement staan vermeld op de website www.e-court.nl.

Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Algemeen

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2 van dit artikel);
- behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3 van dit artikel).

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikelen 37 en 38 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 42 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

lid 2 Klinische en niet-klinische medisch-specialistische zorg

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

lid 2.1.1 Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.

lid 2.1.2 Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

lid 2.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Voor meer informatie zie www.stadholland.nl.

Voor andere medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in dit artikel is geen machtiging vereist. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

- a. U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, GGD-arts infectieziektenbestrijding KNMG, GGD-arts tuberculosebestrijding KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant, arts voor verstandelijk gehandicapten of medisch specialist (hieronder valt ook de sportarts). In het geval van spoedeisende hulp is geen verwijzing noodzakelijk.
- b. Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.
- c. Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

lid 2.3 Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Wettelijk maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij 75% van de rekening gebrachte kosten.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 3 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslaptte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 - 1. lip-, kaak- of gehemeltespelen;
 - 2. misvorming van het benig aangezicht;
 - 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - 4. geboortevlekken;
 - 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;

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 het Interimbesluit forensische zorg.
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°. 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.

VERORDENING (EG) Nr. 883/2004

Artikel 20

Reizen met het oogmerk verstrekkingen te ontvangen buiten de woonstaat (of lidstaat van de woonplaats)

1. Tenzij in deze verordening anders 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 de 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.
3. De leden 1 en 2 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van een verzekerde.
4. Indien de gezinsleden van een verzekerde wonen in een andere lidstaat dan de lidstaat waar de verzekerde woont, en die andere lidstaat heeft gekozen voor vergoeding op basis van vaste bedragen, worden de kosten van de in lid 2 bedoelde verstrekkingen gedragen door het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden. In dat geval wordt voor de toepassing van lid 1 het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden als het bevoegde orgaan beschouwd.