



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, bariatrische chirurgie, indicatie, toestemming, telefonische toezegging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 201902021
Zittingsdatum : 6 mei 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

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. Bij brief van 22 januari 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 16 maart 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 maart 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Op 14 april 2020 heeft Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020014320) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 14 april 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 20 mei 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Goed en VGZ Tand Beter (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster kampte met overgewicht. Ondanks verschillende pogingen om gewicht te verliezen is haar dit niet gelukt. De huisarts heeft verzoekster verwezen naar een medisch specialist om de mogelijkheid van bariatrische chirurgie te bespreken. Zij heeft zich eerst gewend tot een medisch specialist in het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam. Vervolgens heeft zij zich gewend tot een medisch specialist in het ASZ Aalst te Aalst, België. Verzoekster heeft besloten aldaar op 20 maart 2019 een bariatrische ingreep te ondergaan met klinische opname.

- 3.3. De behandelend arts heeft bij brief van 18 februari 2019 over verzoekster verklaard:
"(...) Patiënte kampt reeds sinds vele jaren met overgewicht. Zij onderging reeds meerdere conservatieve pogingen tot gewichtsreductie, zoals Cambridge, Sonja Bakker. De patiënte verklaart reeds meer dan een jaar dieetpogingen ondernomen te hebben, doch bereikte hiermee geen afdoende resultaat. Patiënte beweegt onder begeleiding van een personal coach. Patiënte zegt naar eigen zeggen sterk gemotiveerd te zijn voor het laten uitvoeren van een heelkundige interventie voor de behandeling van het overgewicht. Bij klinisch onderzoek weerhouden we een gewicht van 135 kg voor een lengte van 178 cm. Dit resulteert in een BMI van 42,6. Er is een geleidelijke gewichtsstijging. Op heden heeft ze haar maximale gewicht bereikt. Voedings-anamnestic is er sprake van een onregelmatig eetpatroon met wel eetbuien bij stress en patiënte nuttigt geen ontbijt. Patiënte eet normale volumes. Bij deze patiënte is er een te grote calorie-intake via sweeting. Patiënte eet regelmatig tussendoortjes. Patiënte gebruikt geen suikerhoudende dranken. Er is geen alcoholgebruik. Uit de comorbiditeit weerhouden we: Regelmatig reflux, ruglast, dyspneu d'effort. (...)
Uit een eerste oriënterende anamnese blijkt patiënte mogelijk een geschikte candidate te zijn voor een eventuele bariatrische ingreep. Ik overliep met patiënte de verschillende heelkundige opties en besprak de mogelijke complicaties en de implicaties op het eetpatroon. Patiënte is nog steeds gemotiveerd tot het ondergaan van bariatrische heelkunde. Er dienen echter nog enkele noodzakelijke preoperatieve onderzoeken gepland te worden, deze zullen verricht worden in . Ik zie patiënte graag terug op de consultatie Obesitasheelkunde na het doorlopen van de onderzoeken. In functie van deze resultaten zal gëvalueerd worden of uw patiënte in aanmerking komt voor een eventuele bariatrische ingreep. (...)"
- 3.4. Op 20 maart 2019 heeft de behandelend arts over verzoekster verklaard:
"(...) Patiënt wordt gevolgd op de dienst obesitasheelkunde. Patiënt verklaart sterk gemotiveerd te zijn voor het laten uitvoeren van een heelkundige interventie voor de behandeling van het overgewicht. Bij klinisch onderzoek weerhouden we een gewicht van 137 kg voor een lengte van 178 cm. Dit resulteert in een BMI van 43,2. Uit de pre-operatieve onderzoeken blijken er geen contra-indicaties voor een geplande bariatrische ingreep. Na een multidisciplinair overleg wordt overeengekomen dat patiënt in aanmerking komt voor een laparoscopische Roux-en-Y gastric bypass procedure, dit na evaluatie van de voorgeschiedenis, het dieetpatroon en de wensen van de patiënt, in combinatie met de resultaten van de technische onderzoeken. Bij deze operatie wordt een dubbel effect nagestreefd. Vooreerst wordt door het aanleggen van een kleine maagpouch restrictie bekomen waardoor het volume van de maaltijden drastisch wordt ingeperkt. Bovendien wordt naast een capaciteitsvermindering van de maag eveneens een (beperkte) malabsorptie gecreëerd, waardoor er minder opname zal gebeuren van suikers en vetten. In tegenstelling tot de meer malabsorptieve ingrepen (type Scopinaro of duodenal switch) zijn de risico's op de negatieve effecten van malabsorptie (geurhinder, diarree, proteïnemalnutritie) veel minder uitgesproken. Tenslotte wordt door deze constructie nog een aanvullend hormonaal effect bekomen, door een verminderde productie van het eetlust-stimulerend hormoon Ghreline. Op deze manier zal dus ook het hongergevoel onderdrukt worden. Een louter restrictieve operatie (type maagband of sleeve gastrectomie) is bij deze patiënt minder geïndiceerd. Met patiënt werden de langetermijn gevolgen van deze operatie op het eetpatroon en de mogelijke complicaties uitgebreid besproken en overlopen. De patiënt vermeldt nog steeds gemotiveerd te zijn tot bariatrische heelkunde. Een operatiedatum werd overeengekomen op 20-03-2019. (...)"
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van de bariatrische ingreep die zij in België heeft ondergaan te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 augustus 2019 aan verzoekster meegedeeld dat hij daartoe niet bereid is.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 30 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. Op 14 april 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) 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/m², BMI 35-40 kg/m² 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. Bij contra-indicaties moet bijvoorbeeld gedacht worden aan psychiatrische/psychologische stoornissen, zeker daar waar sprake is van eetstoornissen.

In de richtlijn "Morbiditas 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. In de richtlijn wordt ook gesteld dat zwangerschap of een zwangerschapswens 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.

Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster voldoet aan criteria voor bariatrische chirurgie, ondanks dat verzoekster wel een BMI van boven de 40 heeft. Zo is er geen sprake van een adequaat multidisciplinair voortraject en bestaat er een zwangerschapswens. Ten aanzien van dit laatste komt duidelijk uit het dossier naar voren dat dit de primaire reden is voor het afzien van het intensieve traject zoals dat in België bestaat, en te kiezen voor een operatie op korte termijn in België. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de bariatrische ingreep die zij in België heeft ondergaan (deels) moet vergoeden.
- 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 de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg, waaronder bariatrische chirurgie, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit de Europese Verordening (Vo.) nr. 883/2004 vermeld. Daarnaast zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Europese Verordening nr. 883/2004

- 6.2. Op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens het sociale verzekeringsstelsel van een andere EU-lidstaat, waaronder België, op voorwaarde dat de zorg behoort tot het verzekerde pakket in én deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in beschikbaar is. Uit de jurisprudentie van het Europese Hof volgt dat de verordening buiten beschouwing blijft als een verzekerde niet voorafgaand aan de behandeling hiervoor toestemming vraagt aan de ziektekostenverzekeraar. De eerste vraag die moet worden beantwoord is of verzoekster de hier bedoelde toestemming heeft gevraagd en zo ja, of de ziektekostenverzekeraar deze toestemming terecht heeft geweigerd. Hierover hebben partijen het volgende aangevoerd.
- 6.3. Verzoekster voert aan dat de ziektekostenverzekeraar de ingediende declaratie eerst heeft afgewezen, omdat bepaalde medische informatie ontbrak. Deze informatie heeft zij vervolgens aangeleverd. De ziektekostenverzekeraar wees de declaratie opnieuw af, echter dit keer omdat verzoekster niet voorafgaand aan de ingreep toestemming had gevraagd. Dit laatste betwist verzoekster. Zij stelt dat zij in februari 2019 contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar over de voorgenomen ingreep. De ziektekostenverzekeraar heeft haar op dat moment niet laten weten dat zij hiervoor schriftelijk toestemming moest vragen. Verder voert verzoekster aan dat zij in augustus 2019 opnieuw telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit contact heeft de ziektekostenverzekeraar haar toegezegd dat zij recht heeft op vergoeding van 80% van de gemaakte kosten. Overigens is verzoekster van mening dat zij voldoet aan de voorwaarden om aanspraak te maken op bariatrische chirurgie.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoekster geen aanvraag heeft ingediend voorafgaand aan de behandeling, terwijl dit op grond van de verzekeringsvoorwaarden wel een vereiste is. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat niet is gebleken dat verzoekster een pre-operatief traject heeft doorlopen, waarbij een internist, diëtist en psycholoog zijn betrokken. Dit is op grond van toepasselijke richtlijnen wel een vereiste om aanspraak te kunnen maken op de behandeling. Om die redenen komt de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking. Daarnaast voert de ziektekostenverzekeraar aan - onder verwijzing naar de door hem geregistreerde contactmomenten - dat geen telefoongesprek is geregistreerd in februari 2019. De ziektekostenverzekeraar erkent dat in de maanden augustus en september 2019 enkele keren contact heeft plaatsgevonden met verzoekster over de vergoeding van de ingreep. Uit de registraties van die contactmomenten volgt dat aanvullende informatie aan verzoekster is gevraagd om - achteraf - tot een goede beoordeling te kunnen komen van de ingediende declaratie. Tijdens deze contactmomenten is geen toezegging gedaan over een eventuele (gedeeltelijke) vergoeding.
- 6.5. De commissie overweegt dat het aan verzoekster is aannemelijk te maken dat zij voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gevraagd en verkregen. Hierin is zijn niet geslaagd. Het staat vast dat zij geen schriftelijke toestemming heeft gevraagd en verkregen. Verder blijkt uit de overgelegde registraties van de contactmomenten niet dat er telefonisch contact heeft plaatsgevonden met de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft ook anderszins niet aannemelijk gemaakt dat dit contact wel heeft plaatsgevonden en zij bij die gelegenheid om toestemming voor de behandeling heeft gevraagd en deze heeft verkregen. Dit betekent dat artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 buiten beschouwing blijft. Rest de vraag of verzoekster recht heeft op vergoeding van de gemaakte kosten op grond van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 6.6. De commissie overweegt dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat voor bepaalde vormen van zorg te eisen dat een verzekerde vooraf toestemming vraagt. Dit volgt uit de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw. Dit stelt de ziektekostenverzekeraar in staat voorafgaand aan een behandeling te toetsen of de gevraagde zorg een verzekerde prestatie is op grond van de Zvw, de verzekerde hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft, of de zorg doelmatig is en of aan de overige criteria die in de verzekeringsvoorwaarden staan is voldaan. Als een verzekerde geen voorafgaande toestemming vraagt, wordt deze mogelijkheid de ziektekostenverzekeraar ontnomen. Dit vormt op zichzelf al een gegronde reden een aanvraag of declaratie die pas achteraf wordt ingediend af te wijzen.
- 6.7. In artikel 9.3 van de zorgverzekering staat dat een verzekerde voorafgaand aan een behandeling in het buitenland hiervoor toestemming moet vragen aan de ziektekostenverzekeraar als de verzekerde één of meer nachten in een ziekenhuis of instelling wordt opgenomen. Zoals hiervoor is overwogen, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat zij voorafgaand aan de behandeling hiervoor toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Evenmin is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar afstand heeft gedaan van het recht om zich op deze afwijsggrond te beroepen. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de behandeling niet hoeft te vergoeden op grond van de zorgverzekering. De vraag of verzoekster een (verzekerings)indicatie had voor deze behandeling kan daarmee onbeantwoord blijven.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor bariatrische chirurgie. De ziektekostenverzekeraar is om die reden niet gehouden de ingreep op grond van deze verzekering(en) te vergoeden.

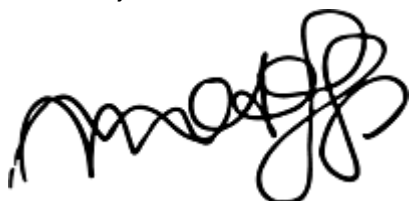
Telefonisch toezegging

- 6.9. Het is aan verzoekster aannemelijk te maken dat de ziektekostenverzekeraar een toezegging heeft gedaan op grond waarvan hij - eventueel in afwijking van de toepasselijke voorwaarden - is gehouden aan haar een (gedeeltelijke) vergoeding toe te kennen. Verzoekster is er niet in geslaagd aan te tonen dat een dergelijke toezegging is gedaan. Hoewel vaststaat dat verzoekster en de ziektekostenverzekeraar in augustus en september 2019 contact hebben gehad over de ingediende declaratie, is noch uit de registraties van deze contactmomenten noch anderszins gebleken dat ten tijde van die contactmomenten een toezegging is gedaan over een (gedeeltelijke) vergoeding hiervan.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juni 2020,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 8. Vrijwillig eigen risico

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

Eigen risico x $\frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2019 telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
- De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
- De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

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

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

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

Artikel 9. Buitenland

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

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

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

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

Let op

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

Europese gezondheidskaart (EHIC)

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

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

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

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

Let op

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

9.3. Toestemming en/of verwijzing

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

Tips bij het indienen van een klacht

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

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

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 <hr/> € 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:

- 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:

- 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 (ooglaserverhandelingen 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).

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. (...)*”

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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.