



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ  
Aanvullende Verzekering N.V. te Houten

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, klinische opname voor de behandeling van  
scoliose met de Schroth therapie, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, voorwaarden  
aanvullende ziektekostenverzekering 2016

Zaaknummer : 201800968

Zittingsdatum : 6 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
2. ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 19 februari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 6 augustus 2019, zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 7 augustus 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 3 september 2019 heeft Zorginstituut Nederland (zaaknummer: 2019040733) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 4 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 november 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting, de voorgedragen pleitnota's en de nagekomen stukken zijn op 12 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 25 november 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat deze informatie geen aanleiding geeft het voorlopig advies aan te passen en dat dit als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering PNO Ziektekosten Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering PNO Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij e-mailbericht van 21 december 2016 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor de klinische behandeling van scoliose door middel van Schroth therapie in de Asklepios Katharina Schroth Klinik in Bad Sobernheim, Duitsland. Bij de aanvraag heeft verzoekster een - gedeeltelijk - door de kliniek ingevuld S2-formulier overgelegd.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 februari 2017 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen op de grond dat de gevraagde behandeling niet doelmatig is.

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 3 mei 2017 en 23 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 2 september 2016 heeft de behandelend arts in Duitsland over verzoekster verklaard: *"(...) Patientin leidet an einer idiopathischen Skoliose mit progredientem Verlauf. Aufgrund des starken Beschwerden ist eine weitere Verschlechterung der Skoliose nicht auszuschliessen. Die Folge davon sind Einschränkungen der Herz-, Lungenfunktion mit ggf. der Notwendigkeit einer operativen Versorgung der Skoliose. Die Durchführung einer Skoliose-Heilbehandlung ist somit indiziert. Die Durchführung der Rehabilitationsmalinahme sollte in einer Einrichtung stattfinden in der skoliosespezifische Therapiemalnahmen durchgeführt werden. Ambulante Malnahmen sind nach meinem fachärztlichen Urteil ausgeschöpft. (...)"*
- 3.6. Op 24 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief gestuurd aan de Asklepios Katharina Schroth Klinik en gevraagd aanvullende informatie aan te leveren. Deze brief luidt, voor zover hier van belang:
- "(...) Our insured, [verzoekster, geboortedatum] has been under treatment in your clinic in 2013 due to an idiopathic scoliosis. She has undergone intensive Schroth therapy for three weeks under the guidance of doctor Odak.*

*In 2017, [verzoekster] has submitted an application with us for financial compensation of the same therapy that she received in your clinic in 2013. PNOzorg rejected this application, because our medical advisor considered the requested care as ineffective. Besides, after the treatment in 2013, another intensive three weeks of Schroth therapy is not in accordance with state of science and practice. We refer you to the international guideline of SOSORT.*

*In addition, we would like to refer you to the judgement of the court Arnhem-Leeuwarden in December 2017. PNOzorg cannot ignore the similarity in both cases and stands with the judgement. We refer you to the following link, where you can find the complete statement (in Dutch). <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:GHARL:2017:11105>*  
(...)

*We kindly request your respond to our point of view, because it is possible future PNOzorg clients will receive treatment in your clinic. (...)"*

- 3.7. In reactie op voornoemde brief heeft de Asklepios Katharina Schroth Klinik als volgt gereageerd: *(...) We would like to show you some studies, which confirm the effectiveness of the Schroth therapy and above all an inpatient rehabilitation stay.*

- Farzaneh, G. Yahya, S. & Reza, S. (2015). *The effect of Schroth training course on certain postural and biomechanical parameters of the spine among students with idiopathic scoliosis. In Biological Forum (Vol. 7, No. 1, p. 1885). Research Trend.*
- Kim, K. D. & Hwangbo, P. N. (2016). *Effects of the Schroth exercise on the Cobb's angle and vital capacity of patients with idiopathic scoliosis that is an operative indication. Journal of physical therapy Science, 28(3), 923-6.*
- Kuru T., Yeldan I, Dereli, E.E., Özdinpler AR, Dikici F, folak 1. *The efficacy of three-dimensional Schroth exercises in adolescent idiopathic scoliosis: a randomised controlled clinical trial. Clin. Rehabil. 2016;30(2):181-90.*
- Kuru, T., Yeldan, I., Dereli, E. E. Özdinpler, A.R., Dikici, F., & Polak, I. (2016). *The efficacy of three-dimensional Schroth exercises in adolescent idiopathic scoliosis: a randomised controlled clinical trial. Clinical rehabilitation, 30(2), 181-190.*
- Kwan, K.Y.H., Cheng, A.C., Koh, H.Y., Chiu, A.Y. & Cheung, K.M.C. (2017). *Effectiveness of Schroth exercises during bracing in adolescent idiopathic scoliosis: results from a preliminary study —SOSORT Avvard 2017 Winner. Scoliosis and spinal disorders, 12(1), 32.*

- Hebei, A. & Hebei, V.A. (2016). Severe Progressive scoliosis in an adult female possibly secondary thoracic surgery in childhood treated with scoliosis specific Schroth physiotherapy: Case presentation. *Scoliosis and spinal disorders*, 11(2), 41
- Hee, I.J., Seong, H. I., Bae, Y.H, Jang, I.Y., Chae. S.I., Kim, K.H., & Hee, S.M. (2016). Effect of the Schroth method of emphasis of active holding on Cobb's angle in patients with scoliosis: a case report. *Journal of physical therapy Science*, 28(10), 2975-2978.
- Otman S., Kose, N., Yakut, Y. (2005) The efficacy of Schroth's 3-dimensional exercise therapy in the treatment of adolescent idiopathic scoliosis in Turkey. *Saudi Med* 26(9):1429-1435
- Park, J.H., Feon, H.S., & Park, H.W. (2017). Effects of the Schroth exercise on idiopathic scoliosis: a meta-analysis. *European journal of psysical and rehabilitation medicin*
- Schreiber, S., Parent, E.C., Hedden, D.M., Moreau, M., Hill, D., & Lou, E. (2014). Effect of Schroth exercises on curve characteristics and clinical outcomes in adolescent idiopathic scoliosis: protocol for a multicentre randomised controlled trial. *Journal of physiotherapy*, 60(4), 234.
- Schreiber, S. Parent, E.C. Hill, D.L. Hedden, D.M., Moreau, M.J., & Southon, S.C. (2017). Schroth physiotherapeutic scoliosis-specific exercises for adolescent idiopathic scoliosis: how many patients require treatment to prevent one deterioration?-results from a randomized controlled trial-"SOSORT 2017 Award Winner". *Scoliosis and spinal disorders*, 12(1), 26.
- Schreiber, S., Parent, E. C. Moez, E. K., Hedden, D. M., Hill, D., Moreau, M. J & Southon, S. C. (2015). The effect of Schroth exercises added to the Standard of care on the quality of life and muscle endurance in adolescents with idiopathic scoliosis—an assessor and statistician blinded randomized controlled trial:"SOSORT 2015 Award Winner". *Scoliosis*, 10(1), 24.
- Schreiber, S., Parent, E.C., Moez, E.K., Hedden, D.M., Hill, D.L., Moreau, M. & Southon, S.C. (2016). Schroth physiotherapeutic scoliosis-specific exercises added to the Standard of care lead to better Cobb angle outcomes in adolescents with idiopathic scoliosis-an assessor and statistician blinded randomized controlled trial. *PLoS One*, 11(12). eO 168746.
- Struktinskaitė, V., Raistenskis, J., Sidlauskienė, A., Strukėinskienė, B., & Griškonis, S. (2018). Effects of the Schroth method for trunk muscles' static endurance and spine mobility in girls with idiopathic scoliosis. *Sveikatos mokslai/Health Sciences*, 27(5), 71-75.
- Yang, M., Lee, J.H. & Lee, D.H. (2015). Effects of consecutive application of stretching, Schroth, and strengthening exercises on Cobb's angle and the rib hump in an adult with idiopathic scoliosis. *Journal of physical therapy Science*, 27(8), 2667-2669.

All above-named studies confirm a health-promoting and remedial effect and substantiate the positive impact of our Schroth inpatient rehabilitation and the specific Schroth scoliosis exercises. (...)"

3.8. Bij brief van 3 september 2019 heeft het Zorginstituut verklaard:

"(...) Op grond van artikel 2.4, lid 1, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) omvat geneeskundige zorg, zorg zoals onder meer medisch specialisten die plegen te bieden. In eerdere adviezen heeft het Zorginstituut aangegeven dat de Schroth based BSPTS behandeling op zich geen geneeskundige zorg is zoals medisch specialisten plegen te bieden en daarom niet gezien kan worden als medisch specialistische revalidatie (MSR). Onderdelen van de behandeling kunnen wel vallen onder de aanspraak voor (extramurale) paramedische zorg zoals fysiotherapeuten/oefentherapeuten plegen te bieden voor progressieve scoliose. Op grond van art. 1 lid 1 onder b sub 2 Bijlage 1 Bzv komt deze zorg voor vergoeding in aanmerking.

De behandeling is echter gedeclareerd als MSR. In 2015 heeft Zorginstituut Nederland een standpunt uitgebracht waarin is bepaald wanneer MSR voldoet aan het wettelijke criterium plegen te bieden:

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is alleen aangewezen voor patiënten met complexe problematiek, dat wil zeggen samenhangende problemen op meerdere (ICF)domeinen van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie). Voor de goede orde: het gaat hier dus om de complexiteit van de problematiek van de patiënt en zijn of haar hulpvraag en zijn of haar omgeving en niet per se om de complexiteit van de geboden zorg.

*Kenmerk van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie is dat in het revalidatieteam gericht gewerkt wordt aan het verbeteren van de participatie gegeven de (rest)beperkingen van de aangeboren of verworven aandoening.*

*Het revalidatieteam kan, naast de revalidatiearts, onder meer bestaan uit: een psycholoog/orthopedagoog, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een verpleegkundige, een logopedist en een revalidatietechnicus. De revalidatiearts is hierbij medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de revalidatiezorg die wordt geleverd door een interdisciplinair team.*

*In eerdere adviezen heeft het Zorginstituut beoordeeld dat een MSR behandeling gebaseerd op de methode volgens Schroth niet voldoet aan het bovenstaande.*

#### *Conclusie*

*De aangevraagde behandeling is geen zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)"*

#### 4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de klinische behandeling van scoliose door middel van Schroththerapie in de Asklepios Katharina Schroth Klinik in Bad Sobernheim, Duitsland, 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 een 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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook zijn hierin de relevante bepalingen uit de Europese Verordening nr. 883/2004 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### **Zorgverzekering**

6.2. Verzoekster wenst een behandeling te ondergaan in een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland. In deze situatie is sprake van planbare zorg en is artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van de kosten van zorg conform de sociale ziektekostenverzekering van de EU-lidstaat van behandeling, mits de betreffende zorg in Nederland tot het verzekerde pakket behoort en deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. In dit verband moet een verzekerde toestemming vragen bij zijn zorgverzekeraar, zodat hij een en ander in dit kader kan beoordelen. De eerste vraag die moet worden beantwoord is of de ziektekostenverzekeraar toestemming op grond van de verordening mocht weigeren.

-  6.3. Uit het advies van het Zorginstituut van 3 september 2019 blijkt dat de behandeling die door verzoekster is aangevraagd geen zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Volgens het Zorginstituut is de behandeling echter wel onder die noemer aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hierop niet beroepen. Dit is dan ook geen onderdeel van het geschil tussen partijen. De bevindingen van het Zorginstituut op dit punt blijven om die reden verder onbesproken.
-  6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster meegedeeld dat hij geen toestemming geeft voor de gevraagde behandeling, omdat deze volgens hem niet doelmatig is. Hierbij voert hij aan dat verzoekster een dergelijke behandeling ook reeds in 2013 heeft ondergaan. De ziektekostenverzekeraar meent dat het doel van de behandeling is een verzekerde oefeningen aan te leren die hij/zij vervolgens zelf kan blijven doen, eventueel onder supervisie van een fysiotherapeut. Daarbij wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat in Nederland meerdere fysiotherapeuten werkzaam zijn die bekend zijn met de Schroth therapie en die verzoekster hierin kunnen ondersteunen. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat uit de medische stukken in het dossier niet is af te leiden dat 'harde eindpunten' zijn behaald gedurende het behandeltraject in 2013. Ook leidt de ziektekostenverzekeraar uit de wetenschappelijke literatuur af dat een intensieve therapie enkel bewezen effectief is bij onvolgroeide lichamen en progressieve scoliose. Hiervan is volgens de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster geen sprake.
-  6.5. Verzoekster voert aan dat zij bekend is met een zeer ernstige vorm van progressieve scoliose. Dit leidt tot ernstige (pijn)klachten en een overprikkeld zenuwstelsel. De spieren moeten harder werken om de kromming van de rug op te vangen. Ook de gewrichten, wervels en tussenwervelschrijven worden zwaarder belast. Hierdoor is er kans op wervelinzakking en een vergrote kans op osteoporose. De scoliose leidt ook tot een vervorming van de ribbenkast, waardoor organen - zoals het hart en de longen - in hun functie worden beperkt. Eind 2011 is verzoekster onder behandeling gekomen van een Schroth fysiotherapeut. In december 2013 is zij drie weken in de Asklepios Katherina Schroth Klinik verbleven, waar zij een intensieve training/therapie heeft gevolgd. Dit heeft haar erg goed gedaan. Sindsdien doet zij dagelijks oefeningen en is zij onder behandeling gebleven van een team van fysiotherapeuten die bekend zijn met de Schroth therapie. Daarnaast is zij de afgelopen drie jaar onder behandeling geweest van een arts in Duitsland, die aan haar een Cheneau brace heeft voorgeschreven. Verzoekster heeft ervaren dat de Schroth therapie haar progressieve scoliose tot stilstand heeft gebracht, of ten minste de progressie sterk heeft verminderd. Zij wenst nu opnieuw een klinische behandeling te ondergaan in de Asklepios Katherina Schroth Klinik. Verzoekster begrijpt niet dat de ziektekostenverzekeraar de gevraagde behandeling als niet doelmatig aanmerkt en deze vergelijkt met het zelfstandig uitvoeren van oefeningen. Een opname in een kliniek, waarbij voor een periode van enkele weken dagelijks zes uren van training, therapie, behandelingen en rust met elkaar worden afgewisseld, heeft namelijk een veel grotere impact. Ook kan geen twijfel bestaan over de effectiviteit van de behandeling. In dit verband verwijst zij naar de studies die zijn aangedragen door de kliniek in Duitsland. Verder voert verzoekster aan dat er geen alternatieve behandelopties zijn. (Pijn)medicatie helpt, maar geneest niet en voor een operatie komt zij niet in aanmerking. Weliswaar zijn operatietechnieken in ontwikkeling, maar op dit moment worden deze nog aangemerkt als 'experimenteel'. Verzoekster moet dan ook oefeningen blijven doen en fysiotherapiebehandelingen blijven volgen, waarschijnlijk voor de rest van haar leven.
-  6.6. De commissie overweegt dat verzoekster slechts aanspraak heeft op een bepaalde vorm van zorg of diensten voor zover zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en de zorg doelmatig is. Dit staat in artikel 2, derde lid, van de zorgverzekering.

Volgens de ziektekostenverzekeraar is uit de medische stukken niet gebleken dat verzoekster niet uit kan komen met het zelfstandig uitvoeren van de aangeleerde oefeningen en de fysiotherapiebehandelingen die zij ondergaat. Verzoekster heeft het tegendeel niet aannemelijk gemaakt. Uit de verklaringen van verzoekster volgt dat de zorg die zij vanaf eind 2011 heeft ontvangen, ertoe heeft geleid dat de progressie van haar scoliose is afgenomen en dat haar (pijn)klachten zijn verminderd. Hieruit is niet af te leiden dat de behandelingen die zij op dit moment ondergaat, ook na de klinische behandeling in de Asklepios Katherina Schroth Klinik in 2013, niet (meer) toereikend zijn. Verder ontbreken verklaringen van de behandelend arts en/of fysiotherapeut waaruit blijkt dat de zorg die verzoekster op dit moment ontvangt niet toereikend is en een klinische behandeling nog de enige optie is. Verzoekster heeft dan ook niet aannemelijk gemaakt dat de gevraagde behandeling doelmatig is in haar situatie. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet was gehouden toestemming te verlenen voor de behandeling op grond van de verordening. Verzoekster heeft ook geen recht op vergoeding van de kosten van de behandeling op grond van de zorgverzekering.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 december 2019,

H.A.J. Kroon

### **Zorgverzekeraar**

ONVZ Ziekttekostenverzekeraar N.V., gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

### **ZZP GGZ-zorgproduct**

Een pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met verblijf dat van toepassing is als het verblijf langer heeft geduurd dan 365 aaneengesloten dagen.

## Grondslag van de Basisverzekering

### **Artikel 2**

**lid 1** De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering (met toelichtingen) en het ingevulde aanvraagformulier. De voorwaarden van de Basisverzekering zijn vastgelegd in de zorgpolis. Met voorbijgaan aan wat anders in de voorwaarden mocht zijn bepaald, wordt deze verzekering geacht te voldoen aan de door of op grond van de Zorgverzekeringswet gestelde eisen. De verzekeringnemer ontvangt een bewijs van de Basisverzekering (zorgpolis) en u een verzekeringspas.

**lid 2** De Basisverzekering kan worden gesloten met of voor verzekeringsplichtigen die wonen in Nederland of in het buitenland.

**lid 3** De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Gaat het om verpleging en verzorging zoals omschreven in deel II, artikel 7, dan zijn de eventuele voor de zorgverzekeraar geldende afspraken die de gemeente waar de zorg wordt verleend met zorgverzekeraars heeft gemaakt mede bepalend. Wilt u hulp bij het vinden van de weg in de zorg, of advies over uw keuzemogelijkheden of zorgbemiddeling bij u in de wijk, neemt u dan contact op met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).

Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg of diensten. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten.

**lid 4** U heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de Basisverzekering. De behandel- of leveringsdatum zijn bepalend, dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum daarvan binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt. Als de zorg of dienst in twee opeenvolgende kalenderjaren is genoten en in één ongespecificeerd bedrag in rekening wordt gebracht, zoals bij een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de zorg of dienst binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.

**lid 5** U kunt kosten van zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten die gedekt zijn door de Basisverzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een afspraak tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar declareert de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar en betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener. Daarmee heeft de zorgverzekeraar ook aan haar betalingsverplichting tegenover u voldaan. In overige gevallen betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan u. Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet de zorgverzekeraar eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet-verzekerde kosten voor.

De zorgverzekeraar kan bedragen die zijn voorgeschoten, verrekenen met volgende uitkeringen op uw Basisverzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt de zorgverzekeraar u een nota.



- lid 6 Als de zorgverzekeraar meer vergoedt dan gedekt is door de Basisverzekering, dan wordt u geacht aan de zorgverzekeraar een volmacht te hebben verleend om het aan de zorgverlener teveel betaalde – in naam van de zorgverzekeraar – bij de zorgverlener te incasseren.

## Verplichtingen van de verzekerde

### Artikel 3

- lid 1 U bent verplicht:
1. zich bij een zorgvraag in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren;
  2. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
  3. aan de zorgverzekeraar, de medisch adviseur of degene belast met controle, medewerking te – laten – verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
  4. de zorgverzekeraar kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde of een (reis)verzekeraar en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van de zorgverzekeraar niet te benadelen.

- lid 2 U moet de originele nota's binnen 36 maanden indienen bij de zorgverzekeraar. Daarbij zijn de behandel- of leveringsdatum – dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven – bepalend. U kunt nota's het beste zo snel mogelijk na ontvangst indienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.

De nota moet de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal hebben. De nota moet ook zo zijn opgesteld dat de zorgverzekeraar deze zonder verdere navraag kan afwickelen. Als de nota in een andere taal dan de genoemde talen is opgesteld kan de zorgverzekeraar vragen om vertaling – eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau – op uw kosten.

- lid 3 Als de zorgverzekeraar een declaratie in behandeling neemt op basis van een niet-originele nota – bijvoorbeeld een scan, foto of fax – dan moet u de originele nota een jaar lang bewaren. Deze termijn gaat in op het moment van het indienen van de declaratie. De zorgverzekeraar kan tijdens deze termijn het origineel bij u opvragen.

- lid 4 Het niet nakomen van één of meer van bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten.

## Overige bepalingen

### Artikel 4 Fraude

- lid 1 Onder fraude verstaat de zorgverzekeraar: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering bij de totstandkoming en/of uitvoering van de Basisverzekering, met als doel het krijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen. Fraude kan bijvoorbeeld bestaan uit het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, het indienen van vervalste of misleidende stukken, het doen van een onware opgave over een ingediende declaratie en het verzwijgen van feiten die voor de beoordeling van de declaratie van belang zijn.

- lid 2 Bij een vermoeden van fraude kan de zorgverzekeraar onderzoek doen. De zorgverzekeraar voert dit onderzoek uit volgens het *Protocol Verzekeraars en Criminaliteit*. Dit protocol kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren](http://www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren)

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 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.