



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, upright scans, MRI-scan, 3D rotatie CT-scan, Ehlers Danlos Syndroom, verwijzing

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 20 Vo.nr. 883/2004

Zaaknummer : 201801533

Zittingsdatum : 4 september 2019

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

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 8 maart 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de in Frankfurt, Duitsland, gemaakte upright MRI-scan en 3D rotatie CT-scan alsnog aan haar moet vergoeden (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 mei 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 mei 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 20 augustus 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019026901) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 20 augustus 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft op 3 september 2019 aanvullende informatie aan de commissie gezonden, te weten de publicaties 'Upright M.R. in the study of the Cranio-cervical junction', en 'Upright Magnetic Resonance Imaging of the Craniocervical Junction' alsmede de toelichting op laatstgenoemd artikel van de Ehlers Danlos Vereniging . Deze stukken zijn op 4 september 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 september 2019 gehoord.
- 2.6. Tijdens de hoorzitting is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar nog geen kennis had kunnen nemen van de nagekomen stukken. Daarom is hij in de gelegenheid gesteld hierop binnen twee weken na de hoorzitting schriftelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bij brief van 17 september 2019 gedaan. Een kopie hiervan is op 20 september 2019 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 20 september 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 24 september 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Best en VGZ Tand Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzoekster heeft op 3 december 2017 een aanvraag ingediend voor een upright MRI-scan en een 3D rotatie CT-scan, te verrichten in Frankfurt, Duitsland. Deze onderzoeken hebben plaatsgevonden op 12 en 13 december 2017. Op 23 december 2017 heeft verzoekster, in vervolg op de door haar ingediende aanvraag, aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 12 januari 2018 heeft verzoekster een verklaring van de behandelend neuroloog van dezelfde datum aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.3. De behandelend neuroloog heeft bij brief van 12 januari 2018 over verzoekster verklaard: *“Patiënte heeft een MRI van de cervicale wervelkolom in Duitsland laten maken, en heeft MRI van de cervicale wervelkolom alhier afgezegd. Hierbij verklaar ik dat er een indicatie bestond voor het verrichten van aanvullende beeldvormende diagnostiek.”*
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 januari 2018 aan verzoekster meegedeeld dat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de door haar aangevraagde en inmiddels ondergane onderzoeken.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 4 april 2018 en 5 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.6. Bij brief van 20 augustus 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: *“Het dossier bevat correspondentie van verzoekster met beperkte medische informatie, een online consult van een neurochirurg uit Barcelona en een brief van een Duitse radioloog. Het dossier bevat geen brieven van medisch specialisten uit de verschillende Nederlandse ziekenhuizen waar de verzekerde onder behandeling is (geweest) in (Maasstad Ziekenhuis, neurologie Groene Hart Ziekenhuis, neurochirurgie LUMC). De behandelend neuroloog heeft een indicatie voor een liggende MRI van de cervicale wervelkolom gesteld. Onder verdenking van instabiliteit van de craniocervicale overgang die voorkomt bij patiënten met hypermobile EDS heeft verzoekster op eigen initiatief upright MRI's van de craniocervicale overgang en de cervicale wervelkolom ondergaan. Uit de informatie van verweerder blijkt dat de behandelend neuroloog aangeeft dat verzoekster geen indicatie had voor een upright MRI. Daarnaast heeft een upright MRI voor het vaststellen van cervicale instabiliteit geen aangetoonde meerwaarde t.o.v. conventionele radiologische diagnostiek.*

Conclusie

Een upright MRI voor het vaststellen van cervicale instabiliteit wordt als experimenteel beschouwd en kan niet aangemerkt worden als verzekerde zorg. Daarnaast is op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet aangetoond dat verzoekster een indicatie had voor de uitgevoerde upright MRI-scan en 3D rotatie CT-scan in verband met diagnostiek en behandeling van craniocervicale instabiliteit. De upright MRI-scan en 3D rotatie CT-scan komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.”

4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, een bindend advies uitbrengen. Dit blijkt uit de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5. Geschil

- 5.1. In geschil is of verzoekster recht heeft op vergoeding van de kosten van de in Frankfurt, Duitsland, gemaakte upright MRI-scan en 3D rotatie CT-scan.

6. Beoordeling

- 6.1. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat. De artikelen 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zien op het te verzekeren risico respectievelijk de te verzekeren prestaties. Artikel 14, eerste lid, Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.1 Besluit zorgverzekering (Bzv). Artikel 20 van Vo.nr. 883/2004 regelt de aanspraak op planbare, zorg in een andere EU/EER-lidstaat. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster heeft op 12 en 13 december 2017 in Frankfurt een upright MRI-scan en een 3D rotatie CT-scan ondergaan. Verzoekster stelt dat zij op deze onderzoeken was aangewezen, omdat bij patiënten met het Ehlers Danlos Syndroom (hierna: EDS) het slappe bindweefsel vaak zorgt voor Cranio Cervicale Instabiliteit, Chiari of een CSF-lek. In de wetenschappelijke literatuur wordt geconcludeerd dat patiënten met EDS een zittende MRI van de nek nodig hebben in plaats van de liggende. Dit omdat het gewicht van de schedel bij deze patiënten meer invloed heeft op de wervels en bloedvaten dan bij andere patiënten. Verzoekster licht toe dat zij geen klachten heeft als zij ligt. De scans moeten worden gemaakt in de positie waarin de klachten optreden. Als verzoekster staat, heeft zij last van hoofdpijn, wazig zicht, vlekken voor haar ogen, een hoge bloeddruk, en hartritmestoornissen. De aangevraagde onderzoeken konden niet in plaatsvinden. Daarom is verzoekster hiervoor uitgeweken naar Duitsland. Verzoekster benadrukt dat de behandelend neuroloog in haar heeft bevestigd dat de onderzoeken noodzakelijk waren. Hij kon haar echter niet verwijzen omdat de kliniek in Frankfurt "*niet met verwijzingen/vergoedingen werkt*". Verzoekster concludeert voorts dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 1 november 2018 erkent dat een medische noodzaak voor de onderzoeken in Duitsland bestond. Verzoekster heeft de in geplande MRI-scan afgezegd, omdat de in Frankfurt verrichte onderzoeken reeds de benodigde informatie bevatten. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de kosten van de MRI-scan en de CT-scan in het aan het Nederlandse ziekenhuis betaalde DBC-tarief zijn opgenomen. Aangezien deze onderzoeken niet in het ziekenhuis hebben plaatsgevonden, heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten volgens verzoekster deels onverschuldigd betaald aan het ziekenhuis. Dit deel van de kosten zou de ziektekostenverzekeraar kunnen terugvorderen van het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar moet vervolgens de volledige kosten aan verzoekster vergoeden. Gezien de stelling van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster het ziekenhuis gevraagd de kosten van de in Frankfurt verrichte onderzoeken aan haar te vergoeden. Dit heeft het ziekenhuis echter geweigerd.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat verzoekster op eigen initiatief en zonder gerichte verwijzing van de behandelend arts naar Frankfurt is gegaan voor de door haar gewenste onderzoeken. De medisch adviseur heeft toegelicht dat de noodzaak van een 3D CT-scan en een MRI-scan niet ter discussie staat. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de noodzaak van een upright MRI in Duitsland niet is erkend. De kosten van de 3D CT-scan en de MRI-scan vallen onder het DBC-zorgproduct van de Nederlandse neuroloog. Deze onderzoeken horen binnen het diagnostisch traject te vallen en kunnen niet apart worden vergoed. De onderzoeken moeten plaatsvinden in het door de neuroloog aangegeven ziekenhuis. De onderzoeken worden gefinancierd vanuit de DBC van de Nederlandse neuroloog. Op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met het Nederlandse ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft hem medegedeeld dat de neuroloog verzoekster heeft gezien voor een zorgvraag. Hieruit kwam naar voren dat een MRI-scan noodzakelijk was. Deze kon binnen een redelijke termijn plaatsvinden op de afdeling Radiologie van het ziekenhuis. Vervolgens heeft verzoekster de afspraak afgezegd en heeft zij op eigen initiatief een afspraak gemaakt bij het MRI-centrum in Frankfurt. De behandelend neuroloog heeft verzoekster niet naar de betreffende zorgaanbieder verwezen. Nadat de upright MRI-scan en de 3D rotatie CT-scan waren uitgevoerd, heeft de neuroloog op aanvraag van verzoekster een bericht opgesteld waarin staat dat zij een indicatie had voor aanvullende beeldvormende diagnostiek.
- 6.4. Aangezien het hier planbare zorg in een andere EU-lidstaat betreft, is de vraag of artikel 20 Vo. nr. 883/2004 van toepassing is. Verzoekster heeft voorafgaand aan de onderzoeken de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Zij is gehouden de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van dit verzoek. Gezien de medische situatie van verzoekster is een termijn van negen dagen niet te beschouwen als een redelijke termijn. Daarom is de situatie vergelijkbaar met die waarin voor de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. Hierbij merkt de commissie op dat de aanvraag bovendien niet compleet was. Verzoekster heeft immers later nog aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, zoals de verklaring van de behandelend neuroloog in . De verordening vindt geen toepassing. De aanvraag moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.5. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 20 augustus 2019 geconcludeerd dat de upright MRI-scan bij cervicale instabiliteit wordt beschouwd als 'experimenteel'. Deze zorg voldoet volgens het Zorginstituut dus niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop evenwel geen beroep gedaan. De commissie zal dit aspect daarom verder laten rusten.
- 6.6. Niet ter discussie staat dat verzoekster een indicatie had voor het verrichten van diagnostisch onderzoek, bestaande uit een MRI-scan en een 3D CT-scan. Wat wèl ter discussie staat, is of verzoekster was aangewezen op het verrichten van deze scans in zittende positie. In dit verband stelt de commissie vast dat de behandelend neuroloog achteraf enkel een verklaring heeft afgegeven waarin wordt gesteld dat een indicatie bestond voor het verrichten van aanvullende, beeldvormende diagnostiek. Hierbij is noch gespecificeerd dat dit onderzoek in zittende positie moest worden verricht noch dat het onderzoek alleen in Duitsland kon plaatsvinden. Ook anderszins blijkt uit het dossier niet dat een arts heeft vastgesteld dat dit onderzoek in zittende positie moest worden verricht. Om deze redenen is de vergoeding hiervan terecht door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 oktober 2019,



H.A.J. Kroon



Artikel 14, eerste lid, Zvw luidt:

De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

Artikel 10 Zvw luidt:

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de [Wet langdurige zorg](#).

Artikel 11 Zvw luidt:

1 De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
- b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2 In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3 Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4 In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

- a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
- b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in [artikel 10, onderdelen a, c en d](#), nader wordt geregeld;
- c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

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

Artikel 2.1, derde lid Bzv luidt:

“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.”

Artikel 2.4 Bzv luidt:

“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 verslachte 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 gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Artikel 20 van Vo 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. (...)”

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:

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U hebt 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 2017 bestaat uit 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 ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via 'Mijn VGZ' doorgeven.

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 hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

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

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

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

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

Let op

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

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

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 hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt 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.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Hebt 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 uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht 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

- Geef 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 hebt 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.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een geboortezorgorganisatie, mogen vanaf 2017 een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Integrale geboortezorg heeft als doel om de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders makkelijker te maken en de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind te verbeteren. Deze geboortezorg mag de geboortezorgorganisatie alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Een overzicht van deze organisaties vindt u op onze website. U mag ook tijdens de zwangerschap, geboorte en nazorg veranderen van zorgaanbieder.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt 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 hebt 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 januari 2016 behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. tot 1 januari 2017 behandeling van therapieresistente hypertensie (verhoogde bloeddruk) met toepassing van percutane renale denervatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. tot 1 januari 2017 behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)' of als u deelneemt aan observationeel onderzoek naar deze zorg zoals hieronder vermeld;
- d. tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. tot 1 januari 2018 verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. tot 1 juli 2019 behandeling met belimumab van volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus met een hoge mate van ziekte-activiteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, voor zover u deelneemt aan het onderzoek naar de effectiviteit naar deze zorg of het observationeel onderzoek naar deze zorg zoals hieronder vermeld, die zijn vermeld in het advies van het Zorginstituut van 29 april 2015;
- h. 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;
- i. tot 1 april 2020 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. 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;
- l. 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;
- m. 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.

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 hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. hebt 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 per 1 januari 2017 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. De Regeling zorgverzekering vindt u op onze website.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- d. 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 hebt 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.

Wie mag de zorg verlenen

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).

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 hebt 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-behandelcombinatie (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg hebt u vooraf toestemming nodig?

U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

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

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming hebt gevraagd.

Let op

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

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelen-zorg, zie artikel 36, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg.
5. Voor zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 25, Gespecialiseerde GGZ.
6. Voor mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 31, Bijzondere tandheelkunde en artikel 32, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Artikel 16. Revalidatie

16.1. Revalidatie

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van 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).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.