



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Turkije, plastische chirurgie, buikwandcorrectie, telefonische informatieverstrekking
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 13 Nederlands-Turks Verdrag
inzake sociale zekerheid, art. 150 Rv
Zaaknummer : 202101004
Zittingsdatum : 1 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (Prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

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. Op 7 mei 2021 heeft verzoekster een klachtenformulier ingediend bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Op 9 juni 2021 heeft verzoekster telefonisch aan de Ombudsman Zorgverzekeringen verzocht om een bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). De commissie heeft verzoekster hierop gevraagd het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 21 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 26 juli 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 2 augustus 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021029559) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 3 augustus 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 4 augustus 2021 respectievelijk 11 augustus 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2021 per brief in de gelegenheid gesteld schriftelijk op het voorlopig advies van het Zorginstituut te reageren. Van deze mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Werkt Beter en VGZ Werkt Tand Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in 2017 een gastric bypass ondergaan. Door het gewichtsverlies is huidoverschot op haar buik ontstaan. Vanwege de klachten die zij hierdoor kreeg, heeft verzoekster besloten tot een buikwandcorrectie. Zij heeft hierover telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Op 23 december 2020 zijn bij verzoekster een buikwandcorrectie, borstlift en ooglidcorrectie uitgevoerd, in Turkije.

- 3.3. Verzoekster heeft de factuur voor bovengenoemde ingrepen gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft vergoeding hiervan in eerste instantie afgewezen, omdat de factuur in het Turks was opgesteld. Nadat verzoekster een vertaalde factuur had ingediend, heeft de ziektekostenverzekeraar per vergoedingenoverzicht aan haar meegedeeld dat hij de kosten van de buikwandcorrectie, borstlift en ooglidcorrectie ten bedrage van totaal € 5.386,05 niet aan haar vergoedt, dit vanwege het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om heroverweging van zijn beslissing de kosten van de buikwandcorrectie niet aan haar te vergoeden. Hierover is op 23 maart 2021 telefonisch contact geweest tussen hen. Vervolgens heeft verzoekster door middel van een aanvraag verzocht om toestemming achteraf voor de buikwandcorrectie. Op 15 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar haar per brief meegedeeld dat hij de aanvraag heeft afgewezen.
- 3.5. Op 2 augustus 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...)

Beoordeling

(...)

Lichamelijke functiestoornissen

Uit het dossier kan worden opgemaakt dat er klachten bestaan van een onaangename geur en open wondjes van de buikhuid. Deze klachten kunnen echter niet als chronische (> 6 maanden bestaande), onbehandelbare smetten worden geduid. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat verzoekster volgens de landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' is behandeld en dat de smetten voortdurend aanwezig waren (op de foto's in het dossier zijn geen smetten te zien).

Verder geeft verzoekster aan klachten te hebben van het buikhuidsurplus, met name tijdens het sporten. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet helder wat deze klachten inhouden. Uit de foto's blijkt dat er geen sprake kan zijn van een ernstige bewegingsbeperking. Een bewegingsbeperking wordt in het kader van een abdominoplastiek als ernstig gezien indien die ontstaat doordat in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Hiervan is bij verzoekster geen sprake.

Verminking

Hoewel er uit het dossier niet blijkt dat de abdominoplastiek werd aangevraagd in het kader van verminking, is ter volledigheid wel aan dit criterium getoetst. Uit de bijgevoegde foto's komt echter niet naar voren dat er sprake is van een ernstige verworven misvorming die vergelijkbaar is met een PRS graad 3 of een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Er kan derhalve niet geconcludeerd worden dat sprake is van een verminking zoals bedoeld in de regelgeving.

Conclusie


Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een verminking of lichamelijke functiestoornis. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een abdominoplastiek ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor een abdominoplastiek en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."



4. Geschil




4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in Turkije uitgevoerde buikwandcorrectie aan haar te 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 voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden 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 behandelingen van plastisch-chirurgische aard en die uit het Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.



Standpunt verzoekster




6.2. Verzoekster stelt dat zij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Turkije uitgevoerde buikwandcorrectie. Zij voert hiertoe aan dat de ziektekostenverzekeraar haar voor de ingreep niet heeft geïnformeerd over het vereiste van voorafgaande toestemming toen zij telefonisch navraag deed naar de voorwaarden voor vergoeding van een buikwandcorrectie. Hij kan verzoekster het ontbreken van voorafgaande toestemming daarom niet tegenwerpen. Zij voldoet verder aan alle door de ziektekostenverzekeraar tijdens bedoeld telefoongesprek benoemde voorwaarden. Zij mag van de ziektekostenverzekeraar verwachten dat zijn medewerkers haar goed informeren nu deze - in tegenstelling tot verzoekster - ter zake kundig (behoren te) zijn.



Volgens verzoekster kan de ziektekostenverzekeraar haar het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming bovendien niet tegenwerpen, omdat hij haar telefonisch heeft toegezegd dat zij (van de afdeling Machtigingen) achteraf toestemming voor de buikwandcorrectie mocht vragen. De betrokken medewerker heeft verzoekster per post een aanvraagformulier gestuurd. Zij heeft de instructies van deze medewerker opgevolgd. Zo heeft verzoekster het aanvraagformulier ingevuld en tezamen met foto's teruggestuurd.



Standpunt ziektekostenverzekeraar



6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de bij haar in Turkije uitgevoerde buikwandoperatie. Hij stelt hiertoe dat zij niet voldoet aan de hiervoor geldende verzekeringsvoorwaarden. Er is niet voldaan aan de eis van voorafgaande toestemming. Bovendien is de verwijzing pas achteraf door de huisarts gegeven. Overigens had verzoekster ook geen aanspraak gehad op vergoeding van de buikwandcorrectie als zij wél tijdig om toestemming had gevraagd. Uit het dossier blijkt namelijk niet dat zij voldoet aan het bepaalde in de 'Werkwijzer beoordelingen van plastisch-chirurgische aard' over een buikwandcorrectie. Zo volgt uit de foto's dat bij verzoekster geen sprake is van een ernstige bewegingsbeperking, Pittsburgh Rating Scale 3 of een verminking van de buikwand die in ernst vergelijkbaar is met een derdegraadsverbranding.

Voorts blijkt niet van onbehandelbaar smetten. Informatie over de BMI, het gewicht gedurende de laatste 12 maanden en een eventuele bariatrische ingreep ontbreekt.

Verder vindt de ziektekostenverzekeraar het onaannemelijk dat verzoekster telefonisch niet is geïnformeerd over de eis van voorafgaande toestemming. Medewerkers van de ziektekostenverzekeraar werken met een kennisbank. In de notitie van het telefoongesprek dat voorafgaand aan de ingreep met verzoekster heeft plaatsgevonden, is als vraag vermeld 'Wat krijg ik vergoed voor een buikwandcorrectie?'. Medewerkers zien bij deze vraag in de kennisbank direct de vraag 'Hoe vraag ik toestemming aan?'.

De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster voorts niet toegezegd dat hij haar aanvraag achteraf zou beoordelen. Tijdens het telefoongesprek op 23 maart 2021 heeft de betrokken medewerkster aan verzoekster meegedeeld dat zij altijd van tevoren een machtiging voor zorg in het buitenland moet aanvragen. Verzoekster wilde desalniettemin achteraf een machtiging aanvragen. De betrokken medewerkster heeft haar toen verteld dat de kans zeer klein is dat de aanvraag na beoordeling alsnog zou worden goedgekeurd.

Overwegingen commissie

- 6.4. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Deze situatie speelde bij verzoekster niet. Er was sprake van planbare zorg. Dit betekent dat het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid buiten toepassing blijft. Een eventueel recht op vergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zorgverzekering

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar beroept zich primair op het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming. De commissie overweegt dat in de artikelen 1.9, 9.3 en 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voorafgaande toestemming nodig is voor een buikwandcorrectie zoals door verzoekster ondergaan in Turkije, welke gepaard ging met verblijf. Een zorgverzekeraar mag een dergelijke eis van voorafgaande toestemming hanteren, zoals blijkt uit de memorie van toelichting bij artikel 14 Zvw. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar van tevoren geen toestemming aan verzoekster heeft verleend voor de buikwandcorrectie en verzoekster heeft daar ook niet om verzocht.
- 6.6. Verzoekster stelt dat haar verzoek moet worden toegewezen, ook al is dit in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden. In de eerste plaats omdat de ziektekostenverzekeraar haar niet over de eis van voorafgaande toestemming heeft geïnformeerd toen zij, voor de buikwandcorrectie plaatsvond, telefonisch heeft gevraagd naar de voorwaarden voor vergoeding. En in de tweede plaats omdat de ziektekostenverzekeraar haar telefonisch heeft meegedeeld dat zij het verzoek om toestemming achteraf mocht doen. In het algemeen geldt dat het lastig is van een telefoongesprek de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. Gelet op artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv), rusten de stelplicht en bewijslast met betrekking tot de door verzoekster gestelde onvolledige informatievoorziening en de telefonische toezegging door de ziektekostenverzekeraar bij haar. Verzoekster zal, gelet op de betwisting door de ziektekostenverzekeraar, aannemelijk moeten maken dat:
- (i) zij de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de buikwandcorrectie naar de voorwaarden voor vergoeding heeft gevraagd en dat de ziektekostenverzekeraar haar toen niet heeft geïnformeerd over de eis van voorafgaande toestemming, of
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar in het telefoongesprek op 23 maart 2021 aan haar heeft verklaard een eventuele aanvraag voor vergoeding van de toen reeds uitgevoerde buikwandcorrectie in

afwijking van de verzekeringsvoorwaarden achteraf te zullen beoordelen waarbij is toegezegd dat geen beroep zal worden gedaan op de eis van voorafgaande toestemming.

In het voorgaande is verzoekster niet geslaagd.

Uit de telefoonnotities van de ziektekostenverzekeraar is af te leiden dat op 27 mei 2019 is gesproken over een buikwandcorrectie. In de notitie van het betreffende telefoongesprek is onder andere de vraag genoteerd '*Hoe vraag ik toestemming aan voor zorg in het buitenland?*'. Dit duidt erop dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster wel degelijk heeft geïnformeerd over de eis van voorafgaande toestemming.

Voorts kan uit de enkele toezending van het 'Aanvraagformulier Toestemming' door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster in vervolg op het telefoongesprek op 23 maart 2019, niet worden geconcludeerd dat hij haar heeft toegezegd geen beroep meer te zullen doen op de eis van voorafgaande toestemming. Toezending van dit formulier heeft op verzoek van verzoekster plaatsgevonden. Tijdens het telefoongesprek is haar volgens de ziektekostenverzekeraar al verteld dat de kans op goedkeuring van de aanvraag klein zou zijn.

Het voorgaande betekent dat de stelling van verzoekster, dat het ontbreken van voorafgaande toestemming haar niet kan worden tegengeworpen, geen doel treft.

- 6.7. Voor de volledigheid zal de commissie de twee andere afwijsgonden waarop de ziektekostenverzekeraar zich in het kader van de zorgverzekering heeft beroepen inhoudelijk beoordelen.

In artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard een verwijfsbrief van de huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist of kaakchirurg nodig is. Deze voorwaarde is geen formaliteit, maar door de wetgever opgenomen in artikel 14, tweede lid, Zvw.


De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, en verzoekster heeft niet betwist, dat de verwijzing door de huisarts achteraf heeft plaatsgevonden. Een verwijzing achteraf kan niet worden gezien als een - gerichte - verwijzing zoals bedoeld in artikel 1.9 in samenhang gelezen met artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 14, tweede lid, Zvw. Het is aan de verwijzend arts te bepalen op welke zorg in de tweede lijn een verzekerde is aangewezen, en niet aan de verzekerde zelf. De verwijzing dient dan immers geen ander doel dan het verkrijgen van een vergoeding, daar waar de wetgever de verwijzing heeft geformuleerd als een voorwaarde voor de toegang tot tweedelijnszorg.

- 6.8. De zorgverzekering biedt dekking voor een buikwandcorrectie onder de voorwaarde dat bij de verzekerde sprake is van een verzekeringsindicatie. Dit is het geval bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Bij de beoordeling van de aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard wordt de 'Werkwijzer beoordelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (verder: VAV Werkwijzer) gehanteerd. Uit het advies van het Zorginstituut van 2 augustus 2021, waarnaar de commissie volledigheidshalve verwijst, blijkt dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting zoals bedoeld in artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over.

- 6.9. Het voorgaande betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten de buikwandcorrectie die is uitgevoerd in Turkije, ten laste van de zorgverzekering, omdat:
- (i) niet is voldaan aan de eis van voorafgaande toestemming,
 - (ii) een gerichte verwijzing vooraf ontbreekt, en
 - (iii) zij geen (verzekerings)indicatie heeft voor de ingreep.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor vergoeding van de in Turkije uitgevoerde buikwandcorrectie, zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.

 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 september 2021,

 A.I.M. van Mierlo



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Overige stukken

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar de Mijn-omgeving. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- Medisch inhoudelijke factoren
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

- 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. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

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 40) 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 in de Zorg App, 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.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U kunt uw klacht ook 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.

- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur
- Psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u 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, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. Correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. Correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. Correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, als 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. Correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - Afwezigheid van een inframammairplooï (plooï onder de borst) en;
 - Klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

Wanneer heeft u recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard?

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (tegenwoordig Vereniging Artsen Volksgezondheid, VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

U heeft geen recht op:

- Behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
- Liposuctie van de buik
- Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u 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, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan heeft u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- Het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- De in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- Het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d);
- Het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland wonende donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten vergoeden wij niet.

Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, dan komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.

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.

(...)

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:

(...)

- 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 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;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. 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.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.