

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Anderzorg N.V. te Wageningen  
Zaak : Indonesië, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv  
Zaaknummer : 202201443  
Zittingsdatum : 22 maart 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht en brief van 20 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 24 januari 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 januari 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben beiden op 8 februari 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 21 februari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023004337) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 februari 2023 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Anderzorg Compact (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Op 24 april 2022 is verzoeker, tijdens een vakantie in Indonesië, uitgegleden op een steil pad, waarbij hij met zijn hoofd op een rots is gevallen en een wond heeft opgelopen. Hij is hierop naar het RSU Bali Jimbaran gegaan voor Eerste Hulp. De kosten hiervan beliepen € 150,-. Vervolgens is hij voor verdere behandeling doorgestuurd naar een ziekenhuis, het RSU Surya Hushada Nusa Dua. Aldaar is de hoofdwond onder volledige narcose behandeld. De kosten hiervan bedroegen € 2.107,-. Enkele dagen later is het verband verschoond door UBUDCare, waarvoor een bedrag van € 47,- bij verzoeker in rekening is gebracht. Verzoeker heeft de totale kosten van € 2.252,23 bij de zorgverzekeraar gedeclareerd, die hiervan - na aftrek van het verplicht en vrijwillig eigen risico van € 885,- - € 3,25 heeft vergoed.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 27 juli 2022 is door de zorgverzekeraar bevestigd dat de overige kosten voor rekening van verzoeker blijven. Hierop heeft verzoeker bij e-mailbericht van dezelfde datum gereageerd. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 9 augustus 2022 verzocht om toezending van nadere informatie. Bij brief van 18 augustus 2022 heeft de zorgverzekeraar verklaard zijn beslissing te handhaven, waarbij hij heeft verwezen naar de SKGZ. Hierna is

bemiddeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen, hetgeen niet heeft geleid tot een andere uitkomst.

- 3.4. Bij brief van 21 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

#### 4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de kosten volledig, althans tot een hoger bedrag moet vergoeden, onder aftrek van het eigen risico van € 885,-
- 4.2. In dat verband heeft verzoeker aangevoerd dat sprake is geweest van drie zorgaanbieders, zodat bij de vaststelling van de vergoeding dient te worden uitgegaan van drie DBC's. Voorts heeft hij verklaard dat vijf consultaties en negen specialistische onderzoeken hebben plaatsgevonden, alsmede een operatie onder volledige narcose. Verder werd hij gedurende veertien uren in een ziekenhuis opgenomen. Verzoeker concludeert dat de door de zorgverzekeraar verleende vergoeding te laag is. Hierbij tekent hij aan dat de zorgkosten in Nederland circa driemaal hoger zijn dan in Indonesië. Zijns inziens zijn een ander DBC-zorgproduct en andere declaratiecodes passender. Verzoeker noemt in dit verband DBC-zorgproduct 199299058 en declaratiecodes 15D075 met een bijbehorend tarief van € 4.817,26 en 15C649 met een bijbehorend tarief van € 2.396,27. De door de zorgverzekeraar gehanteerde declaratiecode 15E788 ziet op kleine, poliklinische behandelingen en omvat geen ziekenhuisopname.
- 4.3. Voorts verwijst verzoeker naar artikel 2.2 Bzv, waarin is bepaald dat de kosten moeten worden vergoed voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

#### 5. **Standpunt zorgverzekeraar**

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat de kosten van het RSU Bali Jimbaran en UBUDCare volledig zijn vergoed. De behandeling die verzoeker van UBUDCare heeft gehad is echter niet juist geboekt. Dit betreft namelijk huisartsenzorg, en de zorgverzekeraar zal dit binnenkort corrigeren. Concreet betekent dit dat verzoeker nog een bedrag van € 44,57 vergoed krijgt, omdat over huisartsenzorg geen verplicht en vrijwillig eigen risico wordt berekend. Voor de zorg die is verleend in het RSU Surya Husadha is een DBC-zorgproduct vastgesteld. Medisch specialistische zorg wordt in Nederland in rekening gebracht door middel van een DBC-zorgproduct. Een DBC-zorgproduct omvat alle zorgactiviteiten die het ziekenhuis uitvoert voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. De zorgverzekeraar betaalt dus niet apart voor de verschillende onderdelen van een behandeling. Als er een nota voor in het buitenland gemaakte zorgkosten bij de zorgverzekeraar binnenkomt, wordt beoordeeld of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. De zorg moet gebruikelijk, noodzakelijk en doelmatig zijn. Als blijkt dat sprake is van verzekerde zorg, dan moet er door (of onder de verantwoordelijkheid van) een adviserend geneeskundige van de zorgverzekeraar een passend DBC-zorgproduct worden vastgesteld. De zorgverzekeraar heeft voor de door verzoeker gemaakte zorgkosten het volgende DBC-zorgproduct vastgesteld: 199299119 met declaratiecode 15E788 met bijbehorend tarief van € 694,41. De omschrijving bij dit DBC-zorgproduct is: "Letsel (excl. heupfractuur) I Ambulant middel I Letsel overig".
- 5.2. Verzoeker noemt een aantal andere DBC-zorgproducten die volgens hem meer passend zijn. Dit zijn echter allemaal DBC-zorgproducten waarbij één of meer verpleegdagen zijn inbegrepen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2012 de definitie van een verpleegdag verduidelijkt ([https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_7768\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_7768_22/1/)): "Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag

bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek, afdeling voor dagopname of spoedeisende hulp." In de situatie van verzoeker is geen sprake geweest van een overnachting en dus niet van een verpleegdag. Tot slot betwist de zorgverzekeraar dat geen marktconform tarief is vergoed. Voor de bepaling van het marktconforme tarief past de zorgverzekeraar een gedetailleerde rekenregel toe. Deze rekenregel is als volgt. Op basis van een databestand van alle bij de verzekeraars gedeclareerde zorg, heeft Vektis per declaratiecode het gemiddeld gedeclareerde tarief en de standaarddeviatie bepaald. Net zoals de NZa voor Open Dis hanteert, zijn de hoogste en laagste 10% declaraties daarvan uitgesloten, net als de UMC's, vanwege de buitengewone gespecialiseerde zorg die zij leveren. De grenswaarde is vervolgens bepaald door bij het gemiddelde drie keer de standaarddeviatie op te tellen (beide van specifiek deze declaratiecode). Na toepassing van de rekenregel heeft de zorgverzekeraar nog een individuele beoordeling gedaan. De zorgverzekeraar ziet geen reden om in de situatie van verzoeker van de rekenregel af te wijken. Volgens de NZa is deze werkwijze voor het bepalen van het marktconform tarief toegestaan.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 21 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...)

### Adviesbevoegdheid

De adviestaak van het Zorginstituut beperkt zich tot de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit geschil heeft hier geen betrekking op. Door de behandeling (deels) te vergoeden erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoeker redelijkerwijs aangewezen was op deze zorg. Het Zorginstituut heeft derhalve geen adviesbevoegdheid.

### Beoordeling

Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding.

Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Allereerst is de vraag of er een overnachting heeft plaatsgevonden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2012 de definitie van een verpleegdag verduidelijkt. "...Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek, afdeling voor dagopname of spoedeisende hulp." Uit de beschikbare gegevens blijkt dat geen sprake is geweest van een overnachting en derhalve ook niet van een verpleegdag. De door verzoeker aangedragen DBCzorgproductcodes zijn daarom niet passend.

Het Zorginstituut heeft het DBC-zorgproduct van deze casus is afgeleid via de website van de NZa.4 De casus leidt naar DBC-zorgproductcode 199299119 met declaratiecode 15E788. De omschrijving van dit zorgproduct is: "Letsel (excl. heupfractuur) I Ambulant middel I Letsel overig.

### Het advies

Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid en kan geen advies uitbrengen over dit geschil. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproduct 199299119 (declaratiecode 15E788) het meest passend lijkt te zijn bij de behandeling van de hoofdwond in RSU Surya Husadha. (...)"

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de hoogte van het tarief 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.
- 8.2. De commissie overweegt in de eerste plaats dat de door verzoeker afgesloten zorgverzekering een naturapolis is, zoals is te lezen op bladzijde 5 van de verzekeringsvoorwaarden ('Natura'). Voor deze verzekering geldt dat in artikel 13, eerste lid, Zvw is opgenomen dat de verzekeraar de vergoeding voor de zorg en andere diensten bepaalt indien door de verzekerde geen gebruik wordt gemaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar heeft dit uitgewerkt op bladzijde 5 van de voorwaarden van de zorgverzekering ('Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder'). Hier is terug te vinden dat de hoogte van de vergoeding afhankelijk is van het soort zorg, en dat deze vergoeding altijd lager is dan het gemiddeld voor die zorg gecontracteerde tarief. Voor medisch specialistische zorg is een korting van 25% op het gemiddeld gecontracteerde tarief van toepassing, zoals blijkt uit de tabel op bladzijde 6. De zorgverzekeraar heeft deze korting overigens in dit geval niet toegepast. Het door verzoeker aangehaalde artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv speelt in zijn situatie geen rol, daar dit betrekking heeft op de restitutedekking.
- 8.3. Voor het bepalen van de hoogte van de vergoeding is de zorgverzekeraar uitgegaan van DBC- zorgproduct 199299119 en declaratiecode 15E788. De omschrijving die volgens de NZa tariefapplicatie hoort bij het DBC-zorgproduct is *'Diagnostiek/ingreep en/of meer dan 2 polikliniek bezoeken/consultaties op afstand bij letsel'*. Blijkens het advies van het Zorginstituut van 21 februari 2023 is dit in de situatie van verzoeker het meest passende DBC-zorgproduct. De commissie ziet geen aanleiding hiervan af te wijken en maakt dit oordeel tot het hare. Zoals blijkt uit de door de zorgverzekeraar overgelegde informatie zijn voor het afleiden van dit DBC-zorgproduct alle relevante variabelen ingevuld, te weten jaartal, specialisme, diagnose, zorgtype, geslacht, leeftijd en zorgactiviteit. De door verzoeker genoemde aspecten, zoals de verschillende consultaties en de uitgevoerde diagnostiek, zijn hierin meegenomen. Voor toepassing van het door verzoeker genoemde DBC-zorgproduct en declaratiecode 15D075 geldt dat sprake moet zijn van een (klinische) opname. Dit laatste was bij verzoeker niet aan de orde. Zoals blijkt uit de door hem gegeven toelichting op de gang van zaken, heeft hij weliswaar veel tijd doorgebracht in de beide ziekenhuizen, maar is hij na de behandeling in het tweede ziekenhuis niet opgenomen geweest. Hij arriveerde daar om 14.00 uur, werd om 18.00 uur geopereerd en mocht de instelling nog die zelfde avond verlaten. Ook declaratiecode 15C649 is in de situatie van verzoeker niet passend. Het betreft hierbij de behandeling, tijdens een (klinische) opname met maximaal vijf verpleegdagen, van een wond aan het been/doorligwond/aandoening van huid of onderhuids bindweefsel. Raadpleging van Open DIS Data levert voor het DBC-zorgproduct 199299119 en declaratiecode 15E788 een gemiddelde verkoopprijs in 2022 op van € 565,-. Het door de zorgverzekeraar gehanteerde gemiddeld gecontracteerde tarief van € 575,16 ligt iets hoger. Voor de bepaling van de vergoeding is hij evenwel uitgegaan van een aanzienlijk hoger tarief, namelijk € 888,25.

- 8.4. Dat sprake zou zijn van drie DBC-zorgproducten, zoals door verzoeker is betoogd, is onjuist. Het betreft hier immers slechts één zorgvraag, zodat binnen de in Nederland toepasselijke systematiek, die bepalend is voor de hoogte van de vergoeding, ook maar eenmaal een DBC mag worden geopend. Ook verzoekers algemene en verder niet onderbouwde stelling dat de kosten van de zorg in Nederland driemaal hoger zijn dan in Indonesië kan niet leiden tot een andere uitkomst. Dat de behandeling onder algehele narcose werd uitgevoerd is tot slot niet relevant, nu dit niet heeft geleid tot een (klinische) opname. Zoals hiervoor is opgemerkt, mocht verzoeker volgens zijn verklaring na de behandeling dezelfde dag het ziekenhuis weer verlaten. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op een andere of hogere vergoeding dan aan hem, onder verrekening van het eigen risico van € 885,-, werd uitgekeerd.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 9. Bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 april 2023,

A.I.M. van Mierlo

## Informatie voor partijen

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).*

## BIJLAGE - Relevante bepalingen

### 1. Wetgeving

### 2. Voorwaarden zorgverzekering

## Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast, is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet-verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met Anderzorg geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

## Overig

Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

## Buitenland

**Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.**

### Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Anderzorg gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Anderzorg gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

### Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig. U kunt voor meer informatie bellen met Anderzorg op 088 222 44 22.

Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u

in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.



## Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

### Extra informatie

U kunt extra informatie over zorg in het buitenland vinden op [anderzorg.nl/buitenland](https://anderzorg.nl/buitenland).

## Audiologische hulp

**Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.**

### Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

### Welke zorgaanbieder

U kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum. Anderzorg heeft audiologische centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op [anderzorg.nl/zorgvinder](https://anderzorg.nl/zorgvinder) vindt u via de zoekterm 'audiologische hulp' een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 44 22. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

### Verwijzing

U heeft alleen recht op audiologische hulp als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist (kinderarts of keel-, neus- en oorarts).

### Extra informatie

Zoekt u informatie over gehoorhulpmiddelen (hoortoestel)? Gehoorhulpmiddelen vallen onder Hulpmiddelen. Meer informatie vindt u in het Verzekeringsreglement en de Regeling zorgverzekering. Deze vindt u op [anderzorg.nl](https://anderzorg.nl).

## Diëtetiek

**Diëtetiek is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een geneeskundig doel. Een diëtist is de aangewezen deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig aanpast. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke**

U kunt voor deze zorg naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici staat. U kunt dit register vinden op [kwaliteitsregisterparamedici.nl](https://kwaliteitsregisterparamedici.nl). De logopedisten die een specifieke aantekening hebben, kunt u vinden in het desbetreffende deelregister van de NVLF. Deze kunt u vinden op [nvlfnl.nl](https://nvlfnl.nl). Anderzorg heeft logopedisten gecontracteerd. U kunt uit deze logopedisten kiezen. Op [anderzorg.nl/zorgvinder](https://anderzorg.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 44 22. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

## Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is,
- als u naar een niet-gecontracteerde logopedist gaat,
- als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt,
- als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt, behandeling aan huis uitgezonderd.

## Toestemming

U heeft alleen recht op logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van Anderzorg. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij Anderzorg vragen.

## Medisch specialistische zorg

**Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.**

## Welke zorg

U heeft recht op :

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum,
- een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische beademing thuis.



## Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslachte bovenoogleden, behalve als:
  - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
  - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
  - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (behalve als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4<sup>e</sup> en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.



## Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- de vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- audiologische hulp,
- erfelijkheidsonderzoek,
- een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum,
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

## Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [anderzorg.nl/zorgvinder](https://anderzorg.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Anderzorg Zorgadviseur op 088 222 44 22. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.



### Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.



### Let op

Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

## Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapten.

- Als het om oogzorg gaat, mag ook de optometrist of orthoptist verwijzen naar de oogarts.
- Als het om hoorzorg gaat, mag ook de triage-audicien verwijzen naar de KNO-arts.
- Als het om tuberculose gaat, mag ook de GGD-arts verwijzen naar de medisch specialist.
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen.
- Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig.

Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

## Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

### Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis of bovenooglidcorrectie.

- **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).
- **Chirurgie** Gynaecomastie, hypertrofie mamma.
- **Plastische chirurgie** diverse behandelingen.
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- **Borstprothese.**



### Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op [zn.nl](https://zn.nl)

### Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft. Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de Anderzorg Zorgadviseur op 088 222 44 22.

## Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruikgemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvloeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, ZBC en ziekenhuis, maar ook thuisdialyse is mogelijk.

### Welke zorg

U heeft recht op haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Bij thuisdialyse heeft u ook recht op vergoeding van kosten van:

- een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,
- aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt,
- kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling

worden vergoed,

- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse,
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de woningaanpassingen die redelijkerwijs nodig zijn in verband met de thuisdialyse en vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

### **Welke zorgaanbieder**

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum, ZBC of ziekenhuis. Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op [anderzorg.nl/zorgvinder](https://anderzorg.nl/zorgvinder) vindt u met de zoekterm 'dialyse' een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 44 22. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

### **Verwijzing**

U heeft alleen recht op niet-klinische dialyse als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.



#### **Let op**

De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen vallen onder hulpmiddelenzorg. Kijkt u voor meer informatie in het Verzekeringsreglement.

## **Oncologische hulp voor kinderen**

**Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloed- en lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.**

### **Welke zorg**

U heeft recht op registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

### **Welke zorgaanbieder**

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

### **Verwijzing**

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

## **Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie**

**Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel**

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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.

---

# 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, 2.6, 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 veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde 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:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. 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;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde 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;
    - 5°. 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 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.

---

## 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. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging 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;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.