

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Syrië, medisch specialistische zorg, spoedzorg,
spondylodese, machtiging, melding alarmcentrale
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11, 13
en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering 2022, art. 150 Rv
Zaaknummer : 202201947
Zittingsdatum : 13 september 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 11 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 mei 2023 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 27 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 juni 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 27 juli 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023025992) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 juli 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 5 juli 2023 respectievelijk 6 juli 2023 verklaard niet te willen worden gehoord. Op 28 juli 2023 is een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut van 27 juli 2023 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft tweemaal verzocht om uitstel, en dit uitstel ook verkregen, uiterlijk tot 25 augustus 2023. De ziektekostenverzekeraar heeft vóór deze termijn geen reactie gegeven op het advies van het Zorginstituut.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Gemeentepakket Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is enkele jaren geleden door een auto aangereden terwijl hij aan het fietsen was. Sindsdien heeft hij rugklachten. In verband hiermee heeft hij verschillende Nederlandse ziekenhuizen bezocht. Uit een brief van het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven blijkt dat hij daar, vanwege de rugklachten, was ingepland voor een operatie bij de afdeling Orthopedie op 23 april 2021. Uit de stukken blijkt niet dat toen een ingreep is uitgevoerd.
- 3.3. In maart 2022 heeft verzoeker zich gewend tot de huisarts. Deze heeft een 'Aanvraagformulier medisch specialistische zorg in het buitenland' ingevuld, waarin is vermeld:

"Aanhoudende pijnklachten in rug. Orthopeed en neurochirurg in NL durven niet te opereren. Neurochirurg/orthopeed in Libanon kan klachten verhelpen."

Dit aanvraagformulier is op 18 maart 2022 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen.

3.4. In vervolg hierop zijn er chatgesprekken geweest op 29 maart 2022, 4, 6, 7, en 12 april 2022, waarbij door verzoeker is geïnformeerd naar de voortgang. Bij brief van 14 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om toezending van aanvullende informatie, te weten een recente verwijzing door een medisch specialist, een behandelplan van de arts in Libanon en een kostenopgave van het ziekenhuis (Hospital Universitaire Darqi-Amal, Baalbek, Libanon). Omdat een reactie van verzoeker uitbleef, is op 28 april 2022 een rappelbrief gestuurd. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar op 29 april 2022 telefonisch contact gezocht met verzoeker. Uiteindelijk volgde op 27 augustus 2022 een afwijzing, per brief, van de aanvraag voor de behandeling in Baalbek, Libanon.

3.5. Verzoeker werd inmiddels van 5 juni 2022 tot 9 juni 2022 opgenomen in een ziekenhuis in Damascus, Syrië. De behandelend arts aldaar heeft over verzoeker verklaard:

"A radiograph showed budge [bulge] between the fifth lumbar vertebra and first sacral with a disc between the fourth and fifth vertebrae. Then, on 5/6/2022 surgery was performed and his vertebrae were pinned and the nerve roots freed."

3.6. Bij terugkomst in Nederland declareerde verzoeker een bedrag van 7.500.600 Syrische Ponden, vanwege de in Damascus uitgevoerde spondylodese op niveau L4/5-S1. Bij brief van 21 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding hiervan afgewezen, waarbij door hem de gedeclareerde kosten werden gesteld op € 6.216,-. Verzoeker is hiertegen opgekomen bij brief van 1 november 2022. Bij brief van 10 november 2022 verklaarde de ziektekostenverzekeraar bij zijn afwijzende beslissing te blijven. Op 18 november 2022 is door verzoeker een klacht ingediend door middel van een webformulier. Een reactie van de ziektekostenverzekeraar hierop bleef uit, waarna verzoeker zich heeft gewend tot de SKGZ. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft niet geleid tot een andere uitkomst.

3.7. Bij brief van 27 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Omdat partijen hebben afgezien van horen en na het voorlopig advies geen nieuwe informatie is aangeleverd, kan het voorlopig advies als definitief worden beschouwd.

4. **Standpunt verzoeker**

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door hem in Damascus gemaakte kosten ter zake van de spondylodese op niveau L4/5-S1 te vergoeden.

4.2. In dat verband heeft verzoeker in de eerste plaats verklaard dat hij toestemming had voor de operatie. In het Catharina Ziekenhuis wilde men hem echter niet opereren omdat hij geen Nederlands sprak. Vervolgens heeft hij contact opgenomen met het Zorgloket Duitsland, teneinde een operatie te ondergaan in de Helios Klinik te Krefeld. Ook hiervoor had hij toestemming, maar werd de behandeling geweigerd vanwege de taal.

4.3. Verzoeker is hierop voor behandeling naar Libanon gegaan. Door de lange reis namen zijn pijnklachten toe. Omdat hij niet genoeg geld had om de operatie daar te ondergaan, verwees de arts in Libanon hem door naar de arts in Damascus. Verzoeker heeft geld moeten lenen van familieleden om de ingreep te laten uitvoeren. Volgens verzoeker was op dat moment sprake van spoedzorg, waarvoor geen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist is.

Hij heeft hierover gebeld met de ziektekostenverzekeraar en kan dit door middel van een getuige bewijzen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 1.9. van de voorwaarden van de zorgverzekering, verklaard dat voor een geplande behandeling in het buitenland zijn voorafgaande toestemming vereist is. Verzoeker heeft hiertoe een aanvraag gedaan, maar ondanks herhaalde verzoeken daartoe heeft hij de ontbrekende gegevens nooit aangeleverd. Tot deze gegevens behoorde onder andere een gerichte verwijzing door een medisch specialist. Dat dit geen formaliteit is blijkt uit artikel 14, tweede lid, Zvw. Uiteindelijk is de aanvraag daarom afgewezen. Het betrof daarbij een aanvraag voor een operatie in Baalbek, Libanon. Verzocht is nadien om vergoeding van de gemaakte kosten van een ingreep in Damascus, Syrië. Waarom voor een behandeling in het buitenland moest worden gekozen is de ziektekostenverzekeraar bij dit alles niet duidelijk. In het Catharina Ziekenhuis kon behandeling al in 2021 plaatsvinden.
- 5.2. Waar het gaat om de stelling van verzoeker dat sprake was van spoedzorg, verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 9.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is bepaald dat in een dergelijke geval contact moet worden opgenomen met de VGZ Alarmcentrale, en dit is niet gebeurd.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 27 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De adviestaak van het Zorginstituut is beperkt tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Het Zorginstituut geeft geen advies over de vraag of sprake was van spoed en of verzoeker toestemming nodig had van verweerder om voor een vergoeding van de kosten in aanmerking te komen.

Het dossier bevat een brief van een orthopeed van 11 mei 2021 waarin staat dat op een röntgenonderzoek van de lumbale wervelkolom zichtbaar is dat sprake is van spondylolisthesis niveau L5. In de richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) staat beschreven dat hiervoor in sommige gevallen een operatieve ingreep nodig is. Bij patiënten met een symptomatische lumbale spondylolisthesis die niet goed reageren op conservatieve behandeling, wordt chirurgische decompressie gecombineerd met een geïstrumenteerde spondylodese aanbevolen.

Het dossier bevat een verslag van de behandelend orthopeed in Syrië. Hierin staat: "On clinical examination, he claimed to have back pain accompanied by numbness in his limbs." Daarnaast staat er: "A radiograph showed budge [bulge] between the fifth lumbar vertebra and first sacral with a disc between the fourth and fifth vertebrae." Conform de situatie uit 2021 is sprake van spondylolisthesis op niveau L5, maar nu met neurologische uitval. (Uit de brief van de Nederlandse orthopeed van 11 mei 2021 valt op te maken dat toen geen sprake was van neurologische uitval.) In de Nederlandse behandelrichtlijnen staat: "Patiënten die zich presenteren met sensibele stoornissen, spierzwakte of mictiestoornissen hebben grote kans op verdere neurologische achteruitgang zonder chirurgische interventie." De behandelaar in Syrië heeft vervolgens een spondylodese verricht, conform het advies in de Nederlandse richtlijnen: decompressie met stabilisatie.

Uit de geleverde stukken valt dus op te maken dat de in Nederland gestelde behandelindicatie (2021) er nog steeds ligt op het moment dat verzoeker de spondylodese ondergaat (2022).

Conclusie

Verzoeker had een behandelindicatie voor spondylodese op het moment dat hij de behandeling onderging.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een spondylodese is verzekerde zorg bij de indicatie van verzoeker. Verzoeker was redelijkerwijs aangewezen op de deze behandeling."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 10.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7.1. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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, de verwijzing en het toestemmingsvereiste alsmede die uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) 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.

Zorgverzekering

- 8.2. Verzoeker heeft een spondylodese ondergaan in Damascus, Syrië. Tussen Nederland en Syrië bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat de aanspraak op vergoeding moet worden bepaald aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel 1.9. van de verzekeringsvoorwaarden is vastgelegd dat indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zoals in dit geval, vooraf toestemming moet worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die niet redelijkerwijs kan worden uitgesteld. Artikel 9.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering bevat een vergelijkbare bepaling, specifiek voor zorg in het buitenland, zij het dat het toestemmingsvereiste hier is gekoppeld aan een opname in een instelling gedurende ten minste één nacht dan wel het een aangewezen dekkingsrubriek betreft. De redactie van de uitzondering op het toestemmingsvereiste is daarnaast iets anders geformuleerd, te weten: *"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."*
- 8.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat dit laatste bij hem aan de orde was en dat het toestemmingsvereiste hem daarom niet kan worden tegengeworpen. Toen hij aankwam in Libanon was zijn toestand verslechterd en moest met spoed de operatie worden uitgevoerd. Omdat hij hiervoor echter onvoldoende geld had, is hij uitgeweken naar Damascus, Syrië. De commissie is van oordeel dat de gegeven toelichting niet overtuigt. Verzoeker heeft zich, zo blijkt uit de stukken, reeds in 2013 bij de huisarts gemeld met rugklachten. In 2020 werd hij verwezen naar een medisch specialist, en op 23 april 2021 stond een operatie (spondylodese) gepland in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Waarom deze operatie toen niet heeft plaatsgevonden kan

hier in het midden blijven. Hetzelfde geldt voor de ingreep die - al dan niet met toestemming van de ziektekostenverzekeraar - zou worden uitgevoerd in de Helios Klinik te Krefeld. Feit is immers dat uit de op 18 maart 2022 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen aanvraag blijkt dat verzoeker toen voornemens was om, destijds nog in Baalbek, Libanon, een spondylodese te laten uitvoeren. Het doel van zijn reis was dan ook geen ander dan het in het buitenland betrekken van deze medisch specialistische zorg. Daarmee was de opname in juni 2022 niet acuut of onverwacht, maar betrof het planbare zorg. Voor planbare zorg geldt het toestemmingsvereiste onverkort. Of de situatie van verzoeker ter plaatse verslechterde verandert niets aan zijn intenties; die stonden immers al vast toen hij uit Nederland vertrok. Ook het gegeven dat hij op een andere plaats werd geopereerd dan waarvoor eerder toestemming was gevraagd, maakt het voorgaande niet anders. Volgens verzoeker heeft hij rond de datum van opname nog telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hem zou zijn verteld dat het hier acute zorg betreft waarvoor de eis van voorafgaande toestemming niet geldt, zodat de kosten zouden worden vergoed. Op grond van artikel 150 Rv rusten de stelplicht en bewijslast ter zake op verzoeker. De commissie concludeert dat verzoeker, gelet op de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat géén toezegging is gedaan, niet erin is geslaagd het tegendeel aannemelijk te maken. Zou dit overigens anders zijn, dan valt niet in te zien waarom melding bij de VGZ Alarmcentrale, genoemd in artikel 9.3., achterwege is gebleven, zoals door verzoeker expliciet is vermeld op het declaratieformulier. Bij acute of onverwachte zorg in het buitenland zou daartoe juist aanleiding zijn geweest. Tevens komt dan de vraag op of verzoeker - onder de gegeven omstandigheden - een beroep op een dergelijke toezegging toekomt. Verzoeker wist dat in maart 2022 een aanvraag was ingediend en dat hij hierop geen positieve beslissing had ontvangen. Ten tijde van de opname wist hij niet anders dan dat de aanvraag nog in behandeling was én dat deze niet compleet was. Dat laatste blijkt uit de brieven van de ziektekostenverzekeraar van 14 en 28 april 2022 en werd verzoeker op 29 april 2022 ook telefonisch meegedeeld. Gesteld noch gebleken is dat de aanvraag tussen 29 april 2022 en 5 juni 2022 werd gecompleteerd.

- 8.4. Uitgaande van planbare zorg, had verzoeker voorafgaande toestemming nodig van de ziektekostenverzekeraar en deze werd niet verkregen. Daarnaast is op grond van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering een verwijzing noodzakelijk voor medisch specialistische zorg. Door de ziektekostenverzekeraar is bij herhaling gevraagd om een verwijzing door een (Nederlandse) medisch specialist naar - toen nog - de arts in Baalbek, Libanon. Verzoeker heeft hieraan echter geen gevolg aan gegeven. De commissie concludeert daarom dat verzoeker ook in het kader van planbare zorg in het buitenland geen aanspraak heeft op vergoeding van de in Damascus, Syrië gemaakte kosten. Dat hij, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 27 juli 2023, een behandelindicatie had voor een spondylodese, brengt hierin geen verandering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.5. In artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de in het buitenland gemaakte zorgkosten volledig worden vergoed, in aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die betrokkene uit de zorgverzekering krijgt. Daarbij geldt als eis dat de VGZ Alarmcentrale moet worden ingeschakeld. In de situatie van verzoeker is dat laatste niet gebeurd en bestaat tevens geen aanspraak op vergoeding van de in Damascus gemaakte kosten, ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is een (aanvullende) vergoeding te verlenen op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 september 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.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

- 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:
- a. Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
 - b. De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
 - c. 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.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura anti-bacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover u deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld;
- l. Tot 1 januari 2025 larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- m. Tot 1 januari 2025 entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, 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 gezondheids-onderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd:

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatie-poging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysisch audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft. Brengt de gynaecoloog aangesloten bij de IGO voor verloskundige zorg een apart tarief in rekening op grond van een NZa-beleidsregel? Dan vergoeden wij de nota tot maximaal de in Nederland geldende marktprijs.

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

Oogheelkunde:	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
KNO:	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
Chirurgie:	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
Dermatologie	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
Gynaecologie:	Vulvaire en vaginale afwijkingen
Plastische chirurgie:	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

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

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

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Revalidatie

Revalidatie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg). Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Artikel 17. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. De VGZ Alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

VGZ Gemeentepakket Compact	VGZ Gemeentepakket Compleet en Compleet met € 0 eigen risico
volledig	volledig

Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de VGZ Alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de VGZ Zorg App, op uw zorgpas of op onze website.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Artikel 18. Repatriëring

Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:

- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

VGZ Gemeentepakket Compact	VGZ Gemeentepakket Compleet en Compleet met € 0 eigen risico
volledig	volledig

Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht

Bij de VGZ Alarmcentrale. Verzorgt de VGZ Alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de VGZ Zorg App, op uw zorgpas of op onze website.

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°. 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;
 - 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.