

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Buitenland, Iran, medisch specialistische zorg, plastische chirurgie, in-  
en uitwendige neusoperatie, ontbreken geldige verwijzing, ontbreken  
toestemming  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,  
2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022  
Zaaknummer : 202202379  
Zittingsdatum : 13 september 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 2 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 22 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 juni 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Op 10 juli 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023026324) aan de commissie een brief gestuurd. Een kopie hiervan is op 12 juli 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Bij e-mailbericht van 1 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende stukken aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 5 september 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 19 september 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of de brief van 10 juli 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 25 september 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het verslag van de hoorzitting hetgeen is verklaard in de brief van 10 juli 2023 niet anders maakt.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Rotterdampakket en Rotterdampakket, Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 50 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is op 18 september 2022 tijdens een verblijf in Iran geopereerd aan haar neus. Na terugkomst in Nederland heeft zij de nota van de operatie ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. Bij brief van 7 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de vergoeding van de neusoperatie is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 23 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Op 10 juli 2023 heeft het Zorginstituut een brief aan de commissie gestuurd.
- 3.6. Op 24 september 2023 heeft het Zorginstituut een brief aan de commissie gestuurd.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Iran uitgevoerde neusoperatie alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoekster heeft bij hiertoe aangevoerd dat de - inwendige - neusoperatie acute zorg betrof. Zij is in Nederland onder behandeling bij een KNO-arts vanwege klachten als gevolg van het obstructief slaapapneusyndroom. Hiervoor is verzoekster in 2016 geopereerd, maar deze operatie heeft niet het beoogde effect gehad. De klachten van benauwdheid en slaapapneu zijn gebleven. Hiervoor is zij al eerder naar de huisarts geweest. Toen verzoekster in de zomer van 2022 in Iran verbleef, werden haar klachten heviger. De ademhaling via de neus werd problematisch. Verzoekster verbleef bij haar zus en haar zus schrok van de vele periodes dat zij in haar slaap niet goed kon ademen. 's Nachts werd verzoekster vaak benauwd wakker en ook overdag had zij het vaak benauwd tijdens het eten. Verzoekster is naar de plaatselijke KNO-arts gegaan en die heeft geadviseerd om direct te opereren. Verzoekster verbleef op dat moment bij familie die haar de noodzakelijke nazorg kon bieden. Verzoekster heeft de keuze gemaakt zich acuut te laten behandelen in de hoop dat haar chronische neuspassagestoornis kon worden verholpen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt stelt dat een in- én uitwendige neuscorrectie is uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar baseert zijn standpunt op de verklaring van de behandelend KNO-arts van 1 oktober 2022. Volgens verzoekster is deze informatie incorrect. De KNO-arts heeft een operatie uitgevoerd die enkel te maken had met de ademhalingsproblemen. Het betrof een septumcorrectie. Verzoekster heeft de behandelend KNO-arts destijds niet kunnen aanspreken op de onjuistheid van zijn verklaring, omdat zij geen verstand heeft van medische termen. Volgens verzoekster is aan de buitenkant van haar neus niets veranderd. Ter onderbouwing hiervan heeft zij een verklaring van een vriendin overgelegd.
- 4.4. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij, voorafgaand aan haar vakantie in Iran, in het bezit was van een geldige verwijzing van haar huisarts, namelijk naar de Ksyos kliniek. Verzoekster was voornemens om bij terugkomst in Nederland een afspraak te maken bij deze kliniek en daar een operatie te ondergaan. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster een verklaring van haar huisarts van 29 januari 2023 overgelegd waarin staat dat deze haar op 10 augustus 2022 heeft verwezen naar de Ksyos kliniek. Een verwijzing van een huisarts in Iran kan niet van verzoekster worden verwacht, omdat het daar niet gebruikelijk is een verwijzing naar een medisch specialist te vragen.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster nog aangevoerd dat een aantal jaar eerder al een inwendige neuscorrectie is uitgevoerd vanwege verstopping. Haar huisarts heeft een verwijzing opgesteld voor behandeling bij Ksyos vanwege ademhalingsproblemen. Deze behandeling zou vlak voor haar vakantie starten, maar bleek langer te duren en is daarom uitgesteld tot na haar vakantie. Tijdens haar verblijf in Iran zijn de klachten verergerd. Haar zus heeft haar geadviseerd om naar

de KNO-arts in Iran te gaan. De behandelend arts was zowel KNO-arts, als plastisch chirurg. De ingreep is niet uitgevoerd om esthetische redenen, maar was gericht op het verhelpen van de inwendige verstopping. Door de behandelend arts is een inwendige neuscorrectie uitgevoerd. Het laten uitvoeren van de ingreep was een acute beslissing. Haar gezondheid stond voorop. Het was verzoekster niet bekend dat zij contact moest opnemen met de alarmcentrale.

Volgens verzoekster is het lastig om in contact te komen met de behandelend arts, omdat deze zich in Iran bevindt. Toen de verklaring door de behandelend arts werd opgesteld, was verzoekster niet bekend met de medische termen die zijn gebruikt. Het is voor haar niet duidelijk waarom de arts heeft verklaard dat een in- en uitwendige neuscorrectie is uitgevoerd. Het is duidelijk dat geen uitwendige neuscorrectie heeft plaatsgevonden. Haar neus staat ook niet recht. Hierbij wijst verzoekster op de verklaring van een vriendin die is overgelegd.

Verzoekster heeft toegelicht dat de eerste verwijzing voor de operatie is opgesteld, namelijk op 10 augustus 2022. Dit was dus geen verwijzing achteraf. Daarnaast was sprake van een acute situatie. Zij had telkens het gevoel dat zij zou stikken en daarom moest zij geholpen worden.

In Nederland heeft de huisarts besloten om eerst te verwijzen naar Ksyos voor onderzoek. De behandelend arts in Iran heeft bevestigd dat een inwendige neuscorrectie nodig is.

Tot slot benadrukt verzoekster dat het zorgstelsel in Iran anders ingericht dan in Nederland. In Iran gaat een patiënt rechtstreeks naar de specialist en is geen verwijzing van een huisarts nodig.

- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de in het geding zijnde kosten. Hij heeft toegelicht dat in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verwijsbrief nodig is om aanspraak te kunnen maken op medisch specialistische zorg. Daarnaast is in artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat, specifiek voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, een verwijsbrief én voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig zijn. Verder dient een verzekerde te voldoen aan de criteria zoals genoemd in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'.

- 5.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster een in- én uitwendige neusoperatie ondergaan in Iran. In het medisch verslag van de behandelend KNO-arts van 1 oktober 2022 staat welke operatie heeft plaatsgevonden:

*'Rhinoplasty of the nose and nasal septum to correct the deformity of the nose and improve breathing'.*

Een rhinoplastiek is een operatie, waarbij de vorm van de uitwendige neus wordt veranderd. Er is dus niet alleen een septumcorrectie uitgevoerd. De uitgevoerde operatie is daarmee een behandeling van plastisch chirurgische aard.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat hij geen voorafgaande, gerichte verwijzing heeft ontvangen. Verzoekster heeft enkel een verklaring van de huisarts overgelegd waarin staat dat zij het spreekuur heeft bezocht met klachten. Bij die gelegenheid zou zijn gesproken over een verwijzing voor nader onderzoek. Verzoekster heeft deze verwijzing echter niet afgewacht. De eis van een gerichte verwijzing is geen formaliteit.

Deze eis is door de wetgever opgenomen in artikel 14, tweede lid, Zvw en kent slechts een uitzondering voor acute zorg. Het is aan de verwijzend arts om te bepalen op welke zorg in de tweede lijn een verzekerde is aangewezen. De verwijzing is een voorwaarde voor de toegang tot tweedelijnszorg.

Voorts heeft verzoekster geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, voorafgaand aan de operatie. De ziektekostenverzekeraar heeft dus niet de kans gehad om te beoordelen of zij voldoet aan de gestelde voorwaarden.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar nog aangevoerd dat de behandelend arts heeft verklaard dat een rhinoplastiek én een septumcorrectie zijn uitgevoerd om de vervorming van de neus te corrigeren en de ademhaling te verbeteren. Hij gaat er dan ook vanuit dat een in- én uitwendige neuscorrectie is uitgevoerd. Voor de aanspraak op een inwendige neuscorrectie moet worden gekeken naar artikel 16 van de polisvoorwaarden. Voor de aanspraak op een uitwendige neuscorrectie moet worden gekeken naar artikel 21 van de polisvoorwaarden. Uit beide artikelen volgt dat een verzekerde voor deze ingrepen een verwijzing nodig heeft. Uit de overgelegde verwijzing van de huisarts blijkt geen gerichte verwijzing vooraf voor een in- of uitwendige neuscorrectie. De huisarts verwijst naar Ksyos voor onderzoek. Dit is geen verwijzing naar de arts in Iran of een verwijzing voor de uitgevoerde ingreep. Daarbij komt dat de verwijzingen achteraf, dus na het uitvoeren van de ingreep, zijn opgesteld. Uit artikel 14, tweede lid, Zorgverzekeringswet volgt dat de voorwaarde van een verwijzing vooraf geen formaliteit is waaraan achteraf kan worden voldaan. Zorg is toegankelijk na verwijzing van een arts. Een zodanig gerichte verwijzing vooraf ontbreekt. Er is dus niet voldaan aan de artikelen 1.9, 16 en 21 van de polisvoorwaarden in samenhang met artikel 14 van de Zorgverzekeringswet.
- Voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, zoals een uitwendige neuscorrectie, is op grond van artikel 21 van de polisvoorwaarden een voorafgaande machtiging vereist. Uit de memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringswet volgt dat de zorgverzekeraar een machtigingsvereiste mag stellen. De wetgever heeft de zorgverzekeraar hier een regierol gegeven. Verzoekster heeft geen machtiging gevraagd en heeft de ziektekostenverzekeraar daarmee de kans ontnomen om de aanspraak op de ingreep vooraf te beoordelen. Mogelijk had hij kunnen bemiddelen naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Het is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar om aan het machtigingsvereiste voorbij te gaan.
- Bij acute zorg is geen verwijzing of machtiging nodig. Er is sprake van acute zorg als een verzekerde onverwachts zorg nodig heeft die niet kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in het woonland, in dit geval Nederland. Hier is in dit geval geen sprake van. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geldt in het algemeen dat passageklachten niet spoedeisend zijn. Er is geen verslag of verklaring van de arts dat sprake was van spoedeisendheid. Ook heeft de ingreep twee dagen na het eerste bezoek aan de KNO-arts plaatsgevonden.

- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In de brief van 10 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 3 juli 2023 om advies gevraagd over het geschil tussen verzoekster en verweerder. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviestaak heeft.*

*Het geschil gaat over een neusoperatie, uitgevoerd in Iran. Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Het geschil ziet op het ontbreken van een verwijsbrief en toestemming voor een operatie. Niet n geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Verweerder heeft niet beoordeeld of verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor de neusoperatie. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit."*

- 6.2. In de brief van 25 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen. In de brief d.d. 10 juli 2023 (kenmerk: 2023027785) heeft het Zorginstituut aangegeven geen adviestaak te hebben in het geschil. Het verslag van de hoorzitting maakt dit niet anders."*

## 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 10.1 van de 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, behandelingen van plastisch chirurgische aard, en de eis van een verwijzing naar tweedelijnszorg, 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. Verzoekster heeft zorg gehad in Iran. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Iran geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering bestaat, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat recht op zorg in het buitenland.
- 8.3. De commissie overweegt dat op grond van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering voor, al dan niet machtigingsvrije, medisch specialistische zorg een verwijsbrief is vereist. Deze eis geldt tevens voor behandelingen van plastisch chirurgische aard op grond van artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor behandelingen van plastisch chirurgische aard geldt daarnaast dat vooraf toestemming nodig is. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij in het bezit is van een geldige verwijzing. De commissie overweegt dat, om te spreken van een geldige verwijzing in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering, een gerichte voorafgaande verwijsbrief nodig is en dat deze ontbreekt. Kennelijk is met de huisarts gesproken over een verwijzing naar Ksyos, maar een gerichte verwijsbrief ontbreekt. Verzoekster heeft verwezen naar de verklaring van de huisarts van 29 januari 2023, waarin hij bevestigt dat hij verzoekster op 10 augustus 2022 heeft verwezen naar Ksyos om nader onderzoek te laten doen. Deze verklaring is, nog daargelaten dat deze dateert van ruim vier maanden na de ingreep in Iran, niet te beschouwen als verwijsbrief naar de behandelend arts in Iran of als een verwijsbrief voor de uitgevoerde ingreep in Nederland of Iran. De voorwaarde van een (voorafgaande) verwijsbrief is niet slechts een formaliteit. Artikel 14, tweede lid, Zvw bepaalt uitdrukkelijk dat geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden, slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen.
- 8.4. Op grond van artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt de eis van een voorafgaande verwijzing of machtiging niet als sprake is van acute zorg, dat wil zeggen van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Volgens verzoekster was in haar geval sprake van acute zorg. De commissie overweegt dat niet is gebleken dat sprake was van acute zorg. Dit blijkt niet uit de verklaring van de behandelend arts in Iran. Daarnaast maakt de aard van de aandoening, blijkens de verklaringen van de huisarts gaat het om klachten die passen bij het obstructief

slaapapneusyndroom, het niet aannemelijk dat de ingreep acute zorg betrof. Dit is door verzoekster ook anderszins niet aannemelijk gemaakt. Nu geen sprake was van acute zorg, had verzoekster een voorafgaande verwijsbrief nodig, die zoals eerder overwogen ontbreekt. Dit betekent dat niet is voldaan aan de toepasselijke voorwaarden van de zorgverzekering en dat vergoeding van de behandeling op die grond terecht werd geweigerd door de ziektekostenverzekeraar.

- 8.5. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat uit de verklaring van de behandelend arts in Iran volgt dat een in- én uitwendige neuscorrectie is uitgevoerd. Hij heeft erop gewezen dat voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, zoals een uitwendige neuscorrectie, op grond van artikel 21 van voorwaarden van de zorgverzekering, naast een verwijsbrief, een voorafgaande machtiging is vereist en dat ook deze ontbreekt. Verzoekster heeft aangevoerd dat de verklaring van de arts niet juist is en dat slechts een inwendige septumcorrectie heeft plaatsgevonden, welke ingreep machtigingsvrij is. De beantwoording van de vraag of alleen een inwendige of een in- en uitwendige neuscorrectie heeft plaatsgevonden en of al dan niet een machtiging nodig was kan in het midden blijven, omdat, zoals hiervoor is overwogen, voor beide ingrepen een voorafgaande verwijzing nodig is die ontbreekt. Reeds om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de behandeling terecht geweigerd.

*Slotsom*

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 oktober 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

### **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



een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van [www.XE.com](http://www.XE.com). Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

## 1.6. Tijdsige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdsig 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 tijdsige 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 contract 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 op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract 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.

## 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 blaasspoelvlloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijn syndroom 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 darm passage, 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 antibacterieel 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 fysicus 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:

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

**Verwijsbrief nodig van**

Huisarts of medisch specialist.

## Artikel 20. Audiologische zorg

Audiologische zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat zorg in verband met:

- Onderzoek naar de gehoorfunctie
- Advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur
- 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.

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

## Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat behandelingen 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 verslakte 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.

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 Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

#### **Dit is niet verzekerd:**

- a. Behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
- b. Liposuctie van de buik
- c. 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.

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, 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**

Transplantatie van weefsels en organen is alleen geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) 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 moet de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn en in dat land wonen.

De zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. Het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. 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;
- e. 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;



---

# 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.

## 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.



---

## 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.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
      - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
      - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
    - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
  - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, 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.