

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen De Friesland
Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen
N.V. te Zeist

Zaak : Colombia, plastische chirurgie, ongeval

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202101730

Zittingsdatum : 6 juli 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 4 februari 2022 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 10 maart 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 27 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 mei 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 14 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022022015) aan de commissie meegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in deze kwestie. Een kopie is op 15 juni 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. 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 6 juli 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Budget en AV Tand Optimaal (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Tijdens een verblijf in Bogotá, Colombia, zijn bij verzoekster bilimplantaten beiderzijds verwijderd. Hierna is zij gedurende 2,5 week verbleven in een zorghotel. Verzoekster heeft de kosten van de ingreep ten bedrage van 4,036,041.00 pesos en die van het verblijf in het zorghotel ten bedrage van 2,465,000.00 pesos gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 26 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie verzocht. Bij brief van 30 juli 2021 heeft hij afwijzend beslist op het verzoek om vergoeding. Tevens is in het dossier aanwezig een declaratieoverzicht met nummer 2/2021 waaruit blijkt dat een bedrag van € 550,58 niet wordt vergoed omdat het hier hotelkosten betreft.

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 25 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 14 juni 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 31 mei 2022 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 adviesbevoegdheid heeft.

Het geschil gaat over de verwijdering van bilprothesen beiderzijds, uitgevoerd in Colombia. Verweerder vergoedt deze behandeling niet omdat geen sprake was van spoedeisende zorg en derhalve voorafgaande toestemming gevraagd had moeten worden. 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 hier geen betrekking hierop. Het geschil betreft de vraag of sprake was van spoedeisende zorg. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit.

In het algemeen kan opgemerkt worden dat bij acute ernstige infectie niet te lang gewacht moet worden met het verwijderen van de prothesen. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier lijkt hier echter geen sprake van te zijn. (...)"

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de te Bogotá uitgevoerde behandeling en die van het aansluitend verblijf in het zorghotel aldaar te vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.10 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over behandelingen van plastisch chirurgische aard zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft toegelicht dat zij op 6 mei 2021 vanuit Nederland naar Colombia is vertrokken in verband met familieomstandigheden. Volgens planning zou zij begin juni 2021 terugkeren. Circa twee weken na aankomst heeft - bij het oversteken - een ongeval plaatsgevonden, waarbij de linker bilprothese is verschoven. Hierna had verzoekster pijnklachten en koorts. Het was daarom noodzakelijk dat zij ter plaatse werd behandeld. Van een plastisch chirurgische behandeling is geen sprake. Verzoekster heeft weliswaar niet vooraf toestemming aan de ziektekostenverzekeraar

gevraagd, maar zij heeft achteraf wel alle benodigde informatie aangeleverd. Door Covid-19 ontstond hierbij in het ziekenhuis enige vertraging. Er zijn eventueel foto's en video's beschikbaar waaruit de ernst van de situatie blijkt. Na de ingreep moest verzoekster nog enige tijd in een zorghotel verblijven, waardoor zij pas later naar Nederland kon terugkeren. Een en ander wordt bevestigd door de behandelend arts. Uit zijn verklaring van 21 oktober 2021 blijkt ook dat verzoekster gedurende 15 dagen invalide was en dat zij niet in staat was naar Nederland terug te keren. Volgens verzoekster heeft zij tijdig bij Eurocross gemeld dat zij een behandeling moest ondergaan en heeft zij overigens aan alle regels voldaan. Verzoekster erkent dat zij medio 2020 bij de huisarts is geweest en dat zij toen het advies kreeg de prothese(s) te laten verwijderen. Zij heeft destijds echter besloten nog een tweede bezoek aan de huisarts te brengen alvorens een beslissing hierover te nemen. De niet-geplande reis naar Colombia kwam er echter tussen. Verzoekster had op dat moment nog geen aantoonbare lichamelijke functiestoornissen als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.

- 6.3. Ter zitting heeft verzoekster aanvullend aangevoerd dat er contact is geweest met EuroCross en met de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster moest aanvullende informatie aanleveren. Daarna werd meegedeeld dat het niet zou gaan om acute zorg, maar om planbare zorg, die werd afgewezen. Verzoekster heeft videomateriaal waaruit blijkt dat het niet ging om planbare zorg. Verzoekster was midden in de coronaperiode in Colombia. Het was op dat moment niet mogelijk planbare zorg te krijgen. Verzoekster kon dan ook in eerste instantie niet terecht voor een behandeling, toen zij deze acuut nodig had. Uiteindelijk kon zij op haar verjaardag worden geholpen. Haar billen zijn overigens niet mooier geworden van de ingreep. Het laboratoriumonderzoek dat ook is gedeclareerd, had betrekking op een onderzoek in verband met corona.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. Onder verwijzing naar artikel B.3.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering stelt de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een plastisch chirurgische behandeling, die vooraf had moeten worden aangevraagd, voorzien van een uitgebreide beschrijving en een motivatie door de behandelend arts. Omdat de ingreep heeft plaatsgevonden is achteraf geen goede beoordeling meer mogelijk. Onduidelijk is waarom verzoekster zo lang heeft gewacht met het aanleveren van informatie. Pas begin juli 2021 werden stukken ontvangen. Van een indicatie voor een plastisch chirurgische behandeling, in de vorm van verminking dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, is geen sprake. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar bladzijde 10 van de VAV Werkwijzer. Hetgeen hier wordt gesteld met betrekking tot een borstprothese geldt zijns inziens evengoed voor het verschuiven van een bilprothese. Dit levert geen aanspraak op verstrekking of vergoeding van de verwijdering op. Reeds medio 2020 ondervond verzoekster klachten van de prothese. Uit informatie van de huisarts blijkt dat hierover op 19 april 2021 is gesproken en dat zij toen het voornemen heeft geuit de ingreep in Colombia te ondergaan. Opvallend is daarnaast dat al op 11 mei 2021 een laboratoriumonderzoek is uitgevoerd. Verder blijkt uit de aanvankelijke informatie van verzoekster, de behandelend plastisch chirurg in Colombia en Eurocross niet van een trauma. Uit het feit dat geruime tijd heeft gelegen tussen de datum van het ongeval en de ingreep op 2 juni 2021 leidt de ziektekostenverzekeraar af dat het hier geen spoedeisende zorg betreft. Ook naar het oordeel van de arts van Eurocross gaat het om een electieve behandeling.
- 6.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat niet is gebleken van een acute situatie. Bij acute zorg gaat het om zorg die echt niet kan worden uitgesteld. De laboratoriumonderzoeken zijn eerder gezien als een vooronderzoek voor de bilprothese. Uit de stukken bleek niet dat het zou gaan om een onderzoek in verband met corona. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat EuroCross vaak vraagt om aanvullende informatie. De reden hiervoor is dat dan goed kan worden beoordeeld of aanspraak bestaat. In eerste instantie is niets gezegd over een valpartij. Dit is ook niet af te leiden uit de verklaring van de chirurg. De ziektekostenverzekeraar heeft hier daarom zijn twijfels bij. Bovendien staat in het verslag van de huisarts dat verzoekster de wens had de bilprothese in Colombia te laten verwijderen. Dit wijst wel op geplande zorg.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.6. Tussen Nederland en Colombia bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 2.7.10 van de voorwaarden van de zorgverzekering ziet op zorg in het buitenland. In dit artikel is bepaald dat als een verzekerde medisch noodzakelijke zorg nodig heeft die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg) dit met spoed en zo mogelijk vooraf moet worden gemeld aan de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmcentrale door Eurocross. Naar het oordeel van de commissie kan in dit geval niet worden gesproken van spoedeisende zorg. Zoals door verzoekster zelf is verklaard, ondervond zij al langer klachten van de prothese bij het traplopen. De aantekening van de huisarts van 19 april 2021, dat verzoekster voornemens was de prothese(s) in Colombia te laten verwijderen, bevestigt het beeld dat sprake is van electieve zorg. Dat die situatie wezenlijk is veranderd door een ongeval acht de commissie niet aannemelijk. Niet alleen zat de linker bilprothese ten tijde van het vertrek uit Nederland al niet meer op de oorspronkelijke plek en veroorzaakte deze klachten, maar bovendien blijkt uit de stukken niet van een (ernstig) trauma waardoor direct ingrijpen noodzakelijk werd. Verder strookt het tijdsverloop hiermee niet, nu het gestelde ongeval geschiedde op of omstreeks 20 mei 2021 (volgens verzoekster: "twee weken na aankomst") en de operatie pas op 2 juni 2021 werd uitgevoerd. Dat dit enkel gebeurde in verband met corona, acht de commissie niet aannemelijk. Dat verzoekster volgens de behandelend plastisch chirurg gedurende 15 dagen ná de ingreep invalide was en niet naar Nederland kon terugreizen maakt het voorgaande niet anders. Gelet hierop kan in het midden blijven dat een melding bij Eurocross heeft plaatsgevonden en de vraag waarom hierbij niet direct de benodigde gegevens zijn aangeleverd.
- 6.7. Vervolgens is, gelet op de 'werelddekking' van de zorgverzekering, de vraag wat het karakter was van de ingreep. De commissie begrijpt de stelling van verzoekster - dat het niet ging om een plastisch chirurgische behandeling - aldus dat de aanspraak moet worden beoordeeld in het kader van medisch specialistische zorg, waarvoor niet de striktere eisen gelden die van toepassing zijn op plastische chirurgie. Deze eisen hebben onder andere betrekking op de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar en de (verzekerings)indicatie. De commissie volgt verzoekster hierin niet. De protheses zijn blijkens de stukken 9 of 11 jaar geleden om cosmetische redenen geplaatst. Bij de verwijdering, die overigens is uitgevoerd door een plastisch chirurg, is opnieuw sprake van een vorm- of aspect veranderende ingreep die om die reden als een behandeling van plastisch chirurgische aard is te beschouwen.
- 6.8. Artikel 3.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering ziet op behandelingen van plastisch chirurgische aard. In dit artikel zijn de (verzekerings)indicaties opgenomen. Voorts is hierin bepaald (i) dat een verwijzing van de huisarts of een medisch specialist is vereist en (ii) dat vooraf de schriftelijke toestemming moet worden gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. In dat verband wordt gesteld:

"De aanvraag van de behandelend medisch specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten. Ook dient u ons voor zover van toepassing de foto's toe te sturen die de medische fotograaf voor dit doel heeft gemaakt. U hoeft geen foto's toe te sturen als u een bovenooglidcorrectie aanvraagt."

De commissie stelt vast dat in de procedure door verzoekster (i) geen verwijzing is overgelegd en (ii) dat daarnaast niet is gebleken van de voorafgaande schriftelijke toestemming van de ziektekostenverzekeraar. De vraag of verzoekster een (verzekerings)indicatie had voor de behandeling, met name in de vorm van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, kan daarom onbeantwoord blijven. Op basis van de voorwaarden van de

zorgverzekering bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de te Bogotá ondergane behandeling.

- 6.9. Wat verzoekster verder heeft aangevoerd met betrekking tot de behandeling kan niet leiden tot een andere uitkomst. De zorgverzekering kent geen dekking voor de kosten van het verblijf in een zorghotel.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. In artikel 3.6.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding opgenomen voor de kosten van spoedeisende zorg. Er is sprake van spoedeisende zorg als deze bij vertrek onvoorzien was en redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. Zoals hiervoor is overwogen, kan in de situatie van verzoekster niet worden gesproken van spoedeisende zorg, althans is daarvan niet gebleken.

- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juli 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Uitsluitingen

- a. Als u jonger bent dan 38 jaar, heeft u bij de eerste en tweede IVF-poging geen recht op terugplaatsing van meer dan één embryo.
- b. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel vallen niet onder IVF.
- c. Na de eerste, tweede en derde IVF- poging heeft u geen recht meer op een vierde of volgende poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, waaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een IVF-centrum met de daartoe wettelijk vereiste vergunningen.

Toestemming vooraf

Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Dit geldt ook voor andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF of ICSI.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.11 Medisch specialistische zorg algemeen

In de volgende artikelen van dit hoofdstuk zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt:

- artikel 3.1: audiologische zorg;
- artikel 3.2: bariatrische chirurgie (bij obesitas);
- artikel 3.3: beademing;
- artikel 3.4: dialyse;
- artikel 3.5: erfelijkheidsonderzoek;
- artikel 3.7.2: psychiatrische ziekenhuisopname (GGZ);
- artikel 3.10: IVF/ICSI;
- artikel 3.13: oncologieonderzoek bij kinderen;
- artikel 3.15: plastische chirurgie;
- artikel 3.16: revalidatie;
- artikel 3.17: transplantaties van weefsels en organen;
- artikel 3.18: trombosezorg;
- artikel 3.19: verblijf in verband met medisch specialistische zorg;
- artikel 3.20.2: bevalling en verloskundige zorg.

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Let op! Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
- e. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum. Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI) toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort.

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, arts-assistent, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste tien dagen na de bevalling), kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, optometrist (bij oogzorg),

orthoptist (bij oogzorg), SEH-arts, GGD-arts (als het gaat om een verdenking van TBC), verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor een second opinion door een medisch specialist heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht op mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

- a. U heeft een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening. U heeft daarnaast ook recht op het aanbrengen van implantaten als u een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak heeft. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
- b. U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.
- c. U moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Let op! Orthodontische zorg door een orthodontist en de bijbehorende kaakchirurgische hulp (osteotomie) vallen alleen onder bijzondere tandheelkunde als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel heeft, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen leesbrillen waarvan de kosten van montuur en glazen samen minder dan € 50,- bedragen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een (internet)opticien.

Vergoeding

AV Instap	Geen vergoeding
AV Budget	Geen vergoeding
AV Standaard	Maximaal € 60,- per drie kalenderjaren
AV Extra	Maximaal € 75,- per drie kalenderjaren
AV Optimaal	Maximaal € 150,- per drie kalenderjaren
AV Opstap	Geen vergoeding
AV Doorstap	Geen vergoeding

Tip: De Friesland heeft met verschillende opticienketens kortingsafspraken voor (kinder)brillen en contactlenzen gemaakt. Kijk voor meer informatie op onze website of in de winkels van de betreffende opticiens.

Let op!

- Wij vergoeden uitsluitend brillen en/of contactlenzen bij inlevering van de originele betaalde nota, waar het voorschrift van arts, opticien of optometrist is bijgevoegd. Voor de vergoeding van wegwerplenzen is slechts eenmalig het voorschrift vereist.
- De vergoeding is per periode van drie kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van aanschaf.

3.6 Buitenland

3.6.1 Preventieve consulten en middelen bij verblijf in het buitenland

Inhoud zorg

U heeft ten behoeve van verblijf in het buitenland (bijvoorbeeld wegens vakantie, stage of werk) recht op vergoeding van consulten en preventieve vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van de volgende ziektes: cholera, difterie-tetanus-polio (DTP), gele koorts, hepatitis A, hepatitis B, combinatie hepatitis A en B, malaria, mazelen (BMR), meningokokkenziekte (ACWY), rabies, tekenencefalitis en tyfus.

Wie mag deze zorg verlenen

Een instelling of (huis)arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) of een huisarts die is in-

geschreven in het register Reizigersadvies van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB). Welke instellingen en (huis)-artsen dit zijn kunt u vinden op lcr.nl/Vaccinatie-adressen of chbb.lhv.nl. De preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen) moeten zijn voorgeschreven door een arts en moeten geleverd worden door een apotheek.

Vergoeding

AV Instap	Geen vergoeding
AV Budget	Geen vergoeding
AV Standaard	Maximaal € 175,- per kalenderjaar
AV Extra	Maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Optimaal	Volledige vergoeding
AV Opstap	Geen vergoeding
AV Doorstap	Geen vergoeding

3.6.2 Spoedeisende zorg in het buitenland (werelddekking)

Inhoud zorg

Bij tijdelijk verblijf van korter dan een jaar in een ander land dan uw woonland, heeft u recht op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg. Er is sprake van spoedeisende zorg als deze bij vertrek onvoorzien was en redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in uw woonland. Het betreft uitsluitend een aanvulling op de vergoeding van zorg of diensten waarop aanspraak bestaat op grond van een bij De Friesland of elders afgesloten basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten. Als u spoedeisende zorg nodig heeft, dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross (zie artikel 2.6.2).

Vergoeding

AV Instap	Volledige vergoeding, werelddekking
AV Budget	Volledige vergoeding, werelddekking
AV Standaard	Volledige vergoeding, werelddekking
AV Extra	Volledige vergoeding, werelddekking
AV Optimaal	Volledige vergoeding, werelddekking
AV Opstap	Volledige vergoeding, werelddekking
AV Doorstap	Volledige vergoeding, werelddekking

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, 2.8 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 verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, 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 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.