

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. J.J.M. Linders, en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401778

Partijen

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

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam,
 - 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 2 oktober 2024 een klacht voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In een telefonisch contact met de Ombudsman Zorgverzekeringen op 20 januari 2025 heeft verzoekster verklaard een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te willen, hetgeen haar bij brief van dezelfde datum is bevestigd. Op 28 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 25 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 25 maart 2025, aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. De brief van 24 april 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025007953) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 juni 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft, daarnaar bij herhaling gevraagd, niet medegedeeld hoe zij wenst te worden gehoord, waarop de commissie een mondelinge zitting heeft gepland. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 juni 2025 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 1.5. Partijen zijn bij brief van 10 juni 2025 uitgenodigd voor de hoorzitting van 2 juli 2025. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoekster zonder kennisgeving niet verschenen. Vervolgens heeft de commissie verzoekster gepoogd te bellen op het in het dossier aanwezige 06-nummer. Dit is niet gelukt. De ziektekostenverzekeraar is op 2 juli 2025 gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 juli 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 april 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 7 juli 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. In juni 2024 verbleef verzoekster in Turkije. Tijdens haar verblijf daar heeft zij zich met maagklachten tot het Acibadem ziekenhuis in Istanbul gewend. Daar is op 7 juni 2024 een gastroscopie van de maag uitgevoerd. Een dag later is verzoekster uit het ziekenhuis ontslagen. Bij terugkomst in Nederland heeft zij de van het ziekenhuis ontvangen nota gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Bij uitkeringsspecificatie van 26 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld geen vergoeding te verlenen.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 24 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in Turkije bij haar uitgevoerde gastroscopie te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat zij lijdt aan chronische maagklachten waarvoor zij in Nederland al door verschillende zorgaanbieders is behandeld. Begin juni 2024, tijdens haar verblijf in Turkije, kreeg verzoekster last van ernstige maagklachten. Vanwege deze klachten is besloten op 7 juni 2024 een gastroscopie uit te voeren. De kosten hiervan heeft verzoekster nadien bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, maar deze heeft verklaard de kosten niet te vergoeden. Verzoekster accepteert dit niet omdat zij destijds in een situatie verkeerde waarin dringend medisch onderzoek vereist was. Contact met de huisarts in Nederland was, gelet op haar leeftijd (74 jaar) en de beperkte technische kennis van verzoekster, niet mogelijk. Verzoekster heeft vertrouwd op de deskundigheid van de Turkse artsen en de gastroscopie laten uitvoeren.
- 3.3. Voorts heeft verzoekster gesteld dat zij bekend is met een vergelijkbare situatie waarbij een andere verzekerde, eveneens behandeld in Turkije onder soortgelijke omstandigheden, wel een vergoeding heeft ontvangen. Het lijkt er daarom op alsof verzoekster ten opzichte van andere verzekerden anders wordt behandeld.
- 3.4. Uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster opgemaakt dat de kosten van spoedeisende zorg in het buitenland op grond van die verzekering voor 100% worden vergoed. Het is voor verzoekster dan ook onduidelijk waarom de ziektekostenverzekeraar het standpunt blijft innemen dat hij geen vergoeding hoeft te verlenen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster indertijd geen contact heeft opgenomen met de alarmcentrale - hetgeen een eis is vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering - zodat enkel kan worden beoordeeld of op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding.
- 4.2. Uit de overgelegde informatie blijkt dat verzoekster tijdens haar verblijf in Turkije last kreeg van haar maag, misselijk was en moest braken. Met deze klachten heeft verzoekster zich gewend tot een arts ter plaatse die bij haar een gastroscopie heeft uitgevoerd. In de NHG-standaard 'Maagklachten' wordt beschreven bij welke indicaties een gastroscopie is geïndiceerd. Uit de medische stukken die door verzoekster zijn overgelegd blijkt niet dat bij haar één van de indicaties, genoemd in de NHG-standaard 'Maagklachten' aan de orde was. Dit leidt ertoe dat een gastroscopie bij de klachten die verzoekster had niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk, daarmee dus niet was geïndiceerd, en dat de hiermee gemoeide kosten, om die reden, niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij zich, gelet op het voorlopig advies van het Zorginstituut primair op het standpunt dat een gastroscopie bij de indicatie acute maagklachten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Secundair stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster bij haar indicatie niet redelijkerwijs op een gastroscopie was aangewezen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 24 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"NHG-Standaard Maagklachten"

De NHG-standaard Maagklachten beschrijft de indicaties voor een gastroscopie in het kader van maagklachten. Een absolute indicatie voor [een] gastroscopie betreft de aanwezigheid van alarmsymptomen voor een maligniteit. Relatieve indicaties zijn persisterende of recidiverende maagklachten in afwezigheid van alarmsymptomen en H. pylori bij een verhoogd risico op maag- en slokdarmcarcinoom, maagklachten bij een patiënt die een eerstegraads familielid heeft met maagcarcinoom, of gewenste diagnostische zekerheid.

Beoordeling

Hoewel de radioloog in het verslag van 1 mei 2024 van de echo heeft aangegeven dat er een indicatie bestond voor [een] gastroscopie, wordt de reden hiervoor niet toegelicht. Nu de toelichting ontbreekt, kan er op basis van dit verslag niet worden geconcludeerd dat er een indicatie was voor een gastroscopie conform de NHG-standaard Maagklachten.

Uit de medische correspondentie in het dossier blijkt dat verzoekster op 7 juni 2024 in Turkije een plotselinge toename van misselijkheid met af en toe braken ervaarde. Er vindt dezelfde dag een gastroscopie plaats. In het verslag hiervan worden geen absolute of relatieve indicaties genoemd conform de NHG-standaard Maagklachten. Ook is een gastroscopie bij de voorlopige diagnose van de arts, 'R11 - Misselijkheid en braken', niet geïndiceerd voor het verkrijgen van gewenste diagnostische zekerheid.

Pas in de brief van de internist van 25 augustus 2024 wordt een alarmsymptoom benoemd, mogelijk duidend op een absolute indicatie voor [een] gastroscopie; het ongewild gewichtsverlies van tien kilogram sinds april 2024.

Een indicatie moet echter worden gesteld voorafgaand aan de te leveren zorg. Aangezien de gastroscopie op 7 juni 2024 is uitgevoerd, zonder dat er op dat moment de indicatie is vastgelegd, kan niet worden geconcludeerd dat er toen een indicatie bestond voor een gastroscopie conform de NHG-standaard Maagklachten.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden vastgesteld dat verzoekster een indicatie had voor een gastroscopie, voorafgaand aan het uitvoeren daarvan op 7 juni 2024. Verzoekster was daarom niet redelijkerwijs aangewezen op deze zorg.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster had geen (verzekerings)indicatie voor een gastroscopie op 7 juni 2024.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, het criterium 'stand van de wetenschap en de praktijk', en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid is hier weergegeven. Verder zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden hierin opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster heeft, tijdens haar verblijf in Turkije in juni 2024, een gastroscopie ondergaan. In geschil is de vergoeding van de kosten hiervan. Omdat Nederland met Turkije een verdrag inzake sociale zekerheid is overeengekomen, zal de commissie eerst hieraan toetsen. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat, indien de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan gebruik te kunnen maken had verzoekster het zogenoemde 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze althans onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Verzoekster heeft van deze weg geen gebruik kunnen of willen maken. Het is niet aan de commissie achteraf te beoordelen of, en tot welk bedrag, de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering hadden moeten worden vergoed. Dit betekent dat de beoordeling door de commissie beperkt blijft tot vraag of de ziektekostenverzekeraar op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering gehouden is de kosten te vergoeden.

Zorgverzekering

- 7.3. De zorgverzekering biedt dekking voor medisch-specialistische zorg. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Inhoud en omvang van de aanspraak op deze zorg worden bepaald door de criteria ‘plegen te bieden’ en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Voor zover aan deze criteria is voldaan, is sprake van verzekerde zorg. Verder is in artikel 2, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat een verzekerde slechts recht heeft op de verzekerde zorg als hij daarop redelijkerwijs naar inhoud en omvang is aangewezen. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.1 Bzv.
- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar de NHG-standaard ‘Maagklachten’, primair gesteld dat een gastroscopie bij de indicatie van verzoekster niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Secundair stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat verzoekster bij haar indicatie niet redelijkerwijs op een gastroscopie was aangewezen. De commissie stelt vast dat het Zorginstituut, in zijn advies van 24 april 2025, eveneens heeft verwezen naar de hiervoor genoemde NHG-standaard, waarbij het Zorginstituut tot de conclusie is gekomen dat verzoekster, gelet op haar klachten, op basis van de in het dossier beschikbare informatie niet redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde gastroscopie. Om die reden adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek. De commissie overweegt dat in het verslag van de radioloog van 1 mei 2024 weliswaar melding wordt gemaakt van een indicatie voor een gastroscopie, maar zonder dat hiervoor een onderbouwing wordt gegeven. Voorts blijkt uit de brief van de behandelend internist van 25 augustus 2024 in Nederland de aanwezigheid van een alarmsignaal – te weten een ongewild gewichtsverlies van 10 kilogram – maar deze verklaring dateert van na de datum waarop de zorgverlening in Turkije heeft plaatsgevonden en speelt om die reden geen rol. In de stelling van verzoekster dat zij is afgegaan op de deskundigheid van de Turkse artsen ziet de commissie evenmin reden van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en daarom neemt zij deze over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de op 7 juni 2024 in Turkije uitgevoerde gastroscopie ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.5. Op grond van het bepaalde op pagina 6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg binnen én buiten Europa. Voorwaarde om voor vergoeding van medische specialistische zorg buiten Nederland in aanmerking te komen, is dat de zorg wordt geregeld of verleend door de alarmcentrale SOS International. Het staat vast dat verzoekster destijds geen contact heeft gehad met de alarmcentrale zodat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Vergoeding aan andere verzekerde

- 7.6. Verzoekster heeft gesteld dat zij bekend is met een situatie waarin een andere verzekerde in een vergelijkbare situatie wél een vergoeding heeft ontvangen. Volgens verzoekster is dan ook sprake van ongelijke behandeling. De commissie merkt hierover op verzoekster haar stelling verder niet heeft onderbouwd. Daarom kan niet worden bepaald of in het andere geval inderdaad vergoeding is verleend, waarop die vergoeding was gebaseerd, en of de situatie inderdaad vergelijkbaar was met die van verzoekster. Om deze redenen passeert de commissie haar stelling.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juli 2025,

J.J.M. Linders

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

LID 1 DE BASIS

Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de Wet langdurige zorg (Wlz);
- e. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- f. het aanvraagformulier dat u heeft ingevuld.

Wij leggen de zorgverzekering vast in de polis en stellen deze polis jaarlijks aan u ter beschikking. Op het polisblad staat wie de verzekeringnemer en eventuele verzekerde(n) zijn.

LID 2 INTERPRETATIEVERSCHILLEN

Hoewel wij de polisvoorwaarden zo volledig en nauwkeurig mogelijk hebben geformuleerd, kunnen meningsverschillen ontstaan over de uitleg. In die situaties is de tekst van de relevante geldende wet- en regelgeving doorslaggevend.

LID 3 DE VERZEKERINGSPAS

Bij inschrijving ontvangen alle verzekerden die op het polisblad zijn genoemd, een eigen verzekeringspas. Op vertoon van deze pas kunt u terecht bij zorgaanbieders die zorg verlenen waar u volgens de polisvoorwaarden aanspraak op maakt. Op de achterzijde van de pas vindt u de EHIC (zie ook de Inleiding).

LID 4 AARD VAN UW ZORGVERZEKERING

Uw zorgverzekering is een combinatieverzekering. Dit betekent dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg (zie verder onder “Hoogte van de vergoeding”) en volledig vrij bent in de keuze van zorgaanbieder. Wel contracteren wij zoveel mogelijk zorgaanbieders om afspraken te maken over de te leveren kwaliteit en de prijs voor de behandeling. Op die manier dragen wij bij aan de betaalbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In onze polisvoorwaarden maken wij ten aanzien van onze vergoedingen daarom een onderscheid tussen zorg die wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder en zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, betalen wij onze vergoeding rechtstreeks uit aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan dient u zelf de nota aan uw zorgaanbieder te voldoen en betalen wij vervolgens - nadat u de nota bij ons heeft ingediend - aan u de door ons vastgestelde vergoeding uit. Als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een tarief in rekening brengt dat hoger is dan de door ons vastgestelde vergoeding, dan krijgt u dus niet het volledige bedrag vergoed. Voor al onze vergoedingen verwijzen wij u naar onze website.

Zie de [Zorgzoeker](#) op onze website om zorgverleners te zoeken met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

LID 5 INHOUD EN OMVANG VAN ZORG

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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. Dit betekent dat wij alleen zorg vergoeden als door middel van wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring is aangetoond dat de zorg effectief en veilig is. Daarbij geldt dat de zorg ook moet voldoen aan behandel- en kwaliteitsvoorwaarden die de betrokken beroepsgroep heeft vastgelegd in kwaliteitsdocumenten zoals (maar niet uitsluitend): protocollen, werkwijzers, waarborgendocumenten, beroepskaders en kwaliteitskaders.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 3 Werkgebied

De zorgverzekering wordt overeengekomen met of voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen. In de Zorgverzekeringswet is nader omschreven wie verzekeringsplichtig is.

Artikel 4 Begin van de zorgverzekering

LID 1 DATUM VAN INGANG VAN DE VERZEKERING

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2024.

LID 2 ALTERNATIEVE INGANGSDATUM

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

LID 3 VERZEKERD MET TERUGWERKENDE KRACHT

Er zijn twee situaties waarin wij u met terugwerkende kracht kunnen inschrijven:

- a. als u de zorgverzekering binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht voor het eerst ontstaat bij ons aanvraagt. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstaat.
- b. als u de zorgverzekering bij ons aanvraagt binnen een maand nadat uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar is beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

LID 1 ALGEMEEN

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- a. medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch);
- b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikel 37 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 41 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

LID 2.1.1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG MET OPNAME (KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden een opname in een ziekenhuis of ZBC (instellingen voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.

LID 2.1.2 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ZONDER OPNAME (NIET-KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door of onder directe aansturing van een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Meer informatie vindt u op onze website.

Voor andere medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in dit artikel is geen machtiging vereist. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist (waaronder de sportarts, kaakchirurg en psychiater), specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts, arts voor verstandelijk gehandicapten, physioan assistent (werkzaam in de medisch-specialistische zorg) of verpleegkundig specialist (werkzaam in de medisch-specialistische zorg).

In enkele specifieke gevallen volstaat verwijzing door andere zorgverleners, namelijk van een:

- a. Jeugdarts conform het protocol van de beroepsgroep jeugdartsen;
- b. Bedrijfsarts in geval van arbeidsgerelateerde aandoeningen;
- c. Verloskundige in geval zwangerschap of bevalling en uitsluitend naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen post partum of naar de KNO-arts voor het klieven van het tongriempje;
- d. Tandarts / orthodontist naar de kaakchirurg;
- e. GGD-arts voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek in verband met infectieziektebestrijding (IZB) of tuberculose (TBC);
- f. GGD-arts voor doorverwijzen in geval van TBC of een SOA;
- g. Klinisch fysicus audioloog naar de KNO-arts;
- h. Klinisch technoloog naar de KNO-arts;
- i. Triage-audicien naar de KNO-arts;
- j. Optometrist/orthoptist naar de oogarts;
- k. RIVM-arts naar de kinderarts.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij maximaal de door ons vastgestelde vergoeding.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en 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 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.

**Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek
Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op'
01-05-1983 en zichtdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden**

Artikel 13

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

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

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