



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar
UA te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar UA te Tilburg

Zaak : EU/EER, Spanje, aangezichtscorrectie, haartransplantatie, man-naar-vrouw transitie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 201801726
Zittingsdatum : 22 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 9 augustus 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 1 november 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 20 november 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019054057) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is dezelfde dag aan partijen gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 16 december 2019 gereageerd. Een kopie hiervan is op 17 december 2019 aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft bij brief van 30 december 2019 op het voorlopig advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 6 januari 2020 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 januari 2020 zijn standpunt nader toegelicht. Een kopie van deze reactie is dezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2020 gehoord.
- 2.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 januari 2020 zijn standpunt nogmaals toegelicht. Een kopie hiervan is dezelfde dag aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 29 januari 2020 gereageerd. Een kopie hiervan is op 3 februari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 27 januari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 28 januari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzoekster is sinds 2011 in behandeling bij het genderteam van het VUmc voor man-naar-vrouw transseksualiteit. Zij heeft in 2015 een geslachtsveranderende operatie ondergaan. Deze is tot haar grote spijt mislukt. Drie vervolgooperaties hebben de schade niet kunnen herstellen. Verzoekster wil verder met haar transitie. Hiervoor is naar haar mening een aangezichtscorrectie met gelijktijdige haartransplantatie, uit te voeren in Málaga (Spanje), noodzakelijk. Verzoekster heeft namelijk nog altijd mannelijke gezichtskenmerken waardoor derden haar niet als vrouw zien. Ook worden over haar uiterlijk continu nare en kwetsende opmerkingen gemaakt. Dit beperkt verzoekster in haar doen en laten en heeft een groot negatief effect op haar geestelijke gezondheid. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd voor de in Málaga uit te voeren voorhoofd- en kinreconstructie met gelijktijdige haartransplantatie. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 3 april 2018 laten weten de gevraagde toestemming niet te geven.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 23 juli 2018 en 2 mei 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. De behandelend huidarts heeft bij brief van 14 september 2016 over verzoekster verklaard:
"(...)
Mede gezien de gender problematiek en het dragen van haarprothese zou het in haar geval wenselijk zijn om toch zo'n haarimplant behandeling te gaan volgen om in dat geval haar haarprothese kwijt te zijn.
Helaas hebben in de jaren vanaf 2008 tot 2012 geen behandelingen plaatsgevonden.
Bekend is dat de huidaandoening langzaam progressief is en nieuwe kale plekken kan veroorzaken.
In haar geval is de behandeling uiterst succesvol en heeft het probleem gelukkig tot stilstand gebracht.
"..."
- 3.5. De behandelend chirurg heeft bij brief van 25 april 2017 over verzoekster verklaard:
"(...)
I am writing on behalf of our patiënt, [naam verzoekster], to document the medical necessity of the treatment denominated Facial Feminization Surgery (FFS). (...) In the case of [naam verzoekster], FFS is among appropriate treatment indicated for Gender dysphoria. On behalf on the said patiënt, we request for her FFS a subsequent payment for the intervention. [Naam verzoekster] experiences stress, anxiety and dysphoria due to the fact that her physical appearance is not in accordance with her own sense of gender identity, as the patiënt has certified through her Phsycotherapist of reference. As recently published and ratified by the World Health Organization, surgery and other treatment for gender confirmation is categorized as medically necessary and not considered "cosmetic". (...) In our professional opinion, [naam verzoekster] will significantly benefit from FFS, improving her overall global health. FFS is increasingly sought by transgender women. Psychologically, it may even be considered more important than genital gender reassignment surgery, as it significantly assists in social integration for transgender women, who are at a statistically-proven extreme risk of discrimination, violence and suicide. (...) In summary, we repeat that Facial Feminization Surgery (FFS) is medically necessary as treatment for the patient's condition.
"..."
- 3.6. De behandelend huidarts heeft bij brief van 16 mei 2018 over verzoekster verklaard:
"(...)
Patiënte heeft een autoimmuunhuidziekte, welke sterke littekenvorming met kaalheid veroorzaakt op de scalp vergelijkbaar met die van een tweede/derde graads brandwond. Deze autoimmuunziekte is al enkele jaren aan de gang en is nu volledig tot stilstand gekomen middels ingestelde therapie. Wel heeft zij zeer uitgebreide littekenvorming met secundair alopecia plekken ontwikkeld. Gaarne nogmaals uw beoordeling tot vergoeding van haartransplantatie bij deze ernstige verlittekenende dermatose op de scalp.
"..."

- 3.7. De MKA-chirurg van het VUmc heeft bij brief van 29 januari 2019 over verzoekster verklaard:

"(...)

Vanwege de mannelijke kenmerken van het gelaat bij patiënte is passabiliteit absoluut niet mogelijk. En is patiënte herhaaldelijk slachtoffer van (verbaal) geweld en discriminatie, waardoor negatieve gevolgen op psychosociaal en economisch gebied. Gezien de uitspraak van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) , waarin vermeldt staat dat [a]angezichtschirurgie onderdeel is van de zorg die aan mensen met genderdysforie met passabiliteitsproblematiek geleverd zou moeten worden uit de basisverzekering, zou de aanvraag die u eerder heeft afgewezen in aanmerking moeten komen voor goedkeuring.

(...)"

- 3.8. Bij brief van 20 november 2019 heeft het Zorginstituut verklaard:

"(...)

Beoordeling aangezichtschirurgie

Bij de aanvraag zijn meerdere ingevulde 'uiterlijke kenmerken lijsten' gevoegd. Ook zijn foto's van het gezicht bijgevoegd. Verweerder is van oordeel dat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem. Een los kenmerk is volgens verweerder niet doorslaggevend voor een passabiliteitsprobleem. Het gaat om een geheel van kenmerken bij elkaar. Daarbij heeft de beoordeling niet vanuit verschillende invalshoeken plaatsgevonden. Bovengenoemde overige punten worden niet als argument door verweerder aangevoerd.

In de vier op 21 maart 2018 ingevulde 'uiterlijke kenmerken lijsten' worden kin, neus, kaak en voorhoofd als vrij- of heel-mannelijk aangegeven. De beoordeling staat weliswaar niet helemaal los van de indruk die iemand maakt op basis van andere lichaamskenmerken, maar in het standpunt van 2010 staat niet dat het bij een passabiliteitsprobleem gaat om het geheel van kenmerken. Als door beoordelaars vanuit verschillende invalshoeken consequent wordt aangegeven dat een uiterlijk kenmerk vrij- dan wel heel-mannelijk voorkomt, dan is er in principe een verzekeringsindicatie voor aangezichtschirurgie van de uiterlijke kenmerken die het meest aan het passabiliteitsprobleem bijdragen en die tot passabiliteitsverbetering zal leiden.

De in eerste instantie beschikbare lijsten zijn echter inderdaad allen vanuit een zelfde professionele invalshoek (arts) ingevuld en geven daarom geen doorslaggevend beeld. Het niet mogelijk een eventueel passabiliteitsprobleem te beoordelen aan de hand van de beschikbare foto's.

Op 24 mei 2019 heeft verzoekster echter meerdere 'uiterlijke kenmerken lijsten' aan het dossier toegevoegd. Deze zijn, voor zover te ontcijferen, ingevuld door een psychiater, psycholoog, endocrinoloog, huisarts, dermatoloog, seksuoloog, ambulant begeleider en zorg coördinator.

Het merendeel geeft aan dat uiterlijke kenmerken van kin, neus, kaak en voorhoofd vrij- of heel mannelijk voorkomen. Eenmaal wordt de kaak en tweemaal de neus als neutraal gezien. Uit de lijsten blijkt dat tenminste wat betreft de kin en het voorhoofd consequent wordt aangegeven dat het kenmerk vrij- of heel mannelijk voorkomt. Conclusie is dat wat betreft de uiterlijke kenmerken kin en voorhoofd sprake is van een passabiliteitsprobleem. Verder is uit de brief d.d. 29 januari 2019 van [de] MKA chirurg van het VUmc genderteam op te maken dat het genderteam aangezichtschirurgie ondersteunt. De beoogd chirurg is (2017) van mening dat aangezichtschirurgie tot verbetering van het passabiliteitsprobleem zal leiden. Daarmee is aangetoond dat verzoekster een indicatie heeft voor aangezichtschirurgie.

Beoordeling haartransplantatie

Verweerder wijst de aanvraag voor de haartransplantatie af. Verweerder geeft aan dat een haartransplantatie niet kan worden aangemerkt als doelmatige zorg gelet op de goedkopere alternatieven zoals een haarwerkje of pruik. De verzekeringsindicatie wordt niet ter discussie gesteld. Over de doelmatigheid kan het Zorginstituut in individuele gevallen geen advies geven. Het Zorginstituut merkt alleen op dat in het pakketadvies van 2007 is aangegeven dat haartransplantatie in het algemeen niet aangewezen is vanuit het oogpunt van doelmatige zorgverlening omdat (gedeeltelijke) kaalheid door middel van een pruik of haarstukje kan worden gecorrigeerd.

Conclusie

Op grond van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor aangezichtschirurgie. Deze behandeling komt voor vergoeding in aanmerking ten last[e] van de basisverzekering. Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid met betrekking tot de haartransplantatie.(...)"

 4. Geschil

- 
- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat zij recht heeft op vergoeding van een in Málaga uit te voeren voorhoofd- en kinreconstructie (aangezichtscorrectie) en haartransplantatie.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

 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 A.22. van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

 6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 
- 6.2. Verzoekster wil naar een andere EU-lidstaat, namelijk Spanje, afreizen met het doel daar een aangezichtscorrectie en gelijktijdige haartransplantatie te ondergaan. Er is sprake van planbare zorg. In deze situatie is artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Volgens dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens het sociale verzekeringsstelsel van de betreffende EU-lidstaat, in dit geval Spanje. Hierbij geldt als voorwaarde dat de zorg behoort tot het verzekerde pakket in Nederland én dat deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. De commissie overweegt als volgt.

Haartransplantatie

- 
- 6.3. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar de gevraagde toestemming voor de haartransplantatie op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 niet mocht weigeren. Het door de ziektekostenverzekeraar aangedragen alternatief van het dragen van een haarstuk of pruik is namelijk geen permanente oplossing. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij de gevraagde toestemming wél mocht weigeren, omdat de haartransplantatie naar zijn mening in de situatie van verzoekster niet doelmatig is. Er zijn namelijk goedkopere alternatieven waarmee verzoekster de kale plekken op haar hoofd kan camoufleren, te weten met een haarstuk of een pruik.
- 
- 6.4. De zorgverzekering biedt alleen dekking voor zorg die doelmatig is. Dit is bepaald in artikel A.3.2. van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De vraag of een haartransplantatie in het geval van verzoekster doelmatig is, moet worden beantwoord op basis van zorginhoudelijke criteria. Dit volgt uit artikel 14, eerste lid, Zvw. Niet gebleken is dat er zorginhoudelijke gronden zijn die eraan in de weg staan dat verzoekster de kale plekken bedekt met een haarwerk of pruik. De door verzoekster aangevoerde jeuk kan een dergelijke conclusie althans niet dragen. De commissie begrijpt dat verzoekster zich ongemakkelijk voelt als zij in het openbaar geen pruik of haarwerk zou kunnen dragen. De voorbeelden die hij in dat verband geeft overtuigen echter niet. Slapen is doorgaans niet in het openbaar. Bij zwemmen is een badmuts afdoende om het probleem op te lossen. De behandelend plastisch chirurg in Spanje heeft voorts verklaard dat met de gewenste haartransplantatie het beste resultaat wat betreft de haargrens kan worden bereikt. Dat het resultaat met een haartransplantatie inderdaad mooier

is, is navolgbaar. Hiermee is echter niet gegeven dat een haarstukje of pruik in de situatie van verzoekster geen adequaat functionerend hulpmiddel is.

De commissie is, gelet op het voorgaande, van oordeel dat een haartransplantatie in de situatie van verzoekster niet doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde toestemming hiervoor op grond van Vo. nr. 883/2004 dan ook terecht geweigerd en verzoekster heeft voorts geen aanspraak op vergoeding van een haartransplantatie op basis van de zorgverzekering.

- 6.5. De door verzoekster aangevoerde voordelen van het gelijktijdig verrichten van de aangezichtscorrectie en de haartransplantatie, maken dit oordeel niet anders.

Aangezichtscorrectie

- 6.6. Niet langer in geschil is dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor een aangezichtscorrectie en dat hiervoor alsnog de gevraagde toestemming wordt verleend op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. De ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd voor de aangezichtscorrectie een S2-formulier af te geven. Verzoekster heeft hiermee ingestemd. De Spaanse zorgaanbieder kan met het S2-formulier de kosten van de ingreep declareren bij het plaatselijke uitvoeringsorgaan. De kosten worden alsdan vergoed volgens de Spaanse sociale ziektekostenverzekering. Het ligt op de weg van verzoekster na te gaan of het formulier door de Spaanse zorgaanbieder wordt geaccepteerd en of eventueel kosten voor haar rekening blijven.

- 6.7. Bij een onvolledige vergoeding van de aangezichtscorrectie op grond van de Spaanse sociale ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op aanvulling tot maximaal het toepasselijke Nederlandse tarief. Aangezien verzoekster een naturapolis heeft en zij de aangezichtscorrectie zal ondergaan bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is het Nederlandse tarief 75% van het wettelijk tarief of van het afgesproken tarief. Dit blijkt uit artikel A.20.2.1. van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Dat verzoekster, vanwege een eerdere slechte ervaring, zich niet wil laten behandelen door een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland of daarbuiten is een eigen keuze en betekent niet dat de korting van 25% haar niet kan worden tegengeworpen.

- 6.8. Verzoekster heeft tijdens de hoorzitting gesteld dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden haar een tegemoetkoming toe te kennen als de vergoeding voor de aangezichtscorrectie de totale kosten niet blijkt te dekken. De reden die verzoekster hiervoor heeft aangevoerd, is de systematische afwijzing van haar aanvraag op onterechte gronden door de ziektekostenverzekeraar. De commissie gaat ervan uit dat het geschil is afgedaan met het afgeven van het S2-formulier. Mocht dit anders blijken te zijn en is ook de aanvulling op grond van de zorgverzekering niet toereikend, dan ontstaat een nieuwe situatie en kan verzoekster - na heroverweging door de ziektekostenverzekeraar - een onderbouwd verzoek om schadevergoeding bij de commissie indienen. De commissie zal alsdan beoordelen of en zo ja, in hoeverre er sprake is van schadeplichtigheid aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een aangezichtscorrectie of haartransplantatie. Het resterende deel van het verzoek kan daarom niet op basis van deze verzekering worden toegewezen.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar - voor zover dit nog niet is gebeurd - aan verzoekster een S2-formulier verstrekt voor de aangezichtscorrectie, uit te voeren in Málaga;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de vergoeding volgens het Spaanse stelsel moet aanvullen voor zover de vergoeding minder bedraagt dan het toepasselijke Nederlandse tarief, en overigens met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden;
- (iii) het verzoek voor het overige wordt afgewezen;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster moet vergoeden.

Zeist, 4 maart 2020,

J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

staande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek;
- inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) en direct daaraan verbonden kosten.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Een AED wordt door daartoe bevoegde en bewaarde personen ingezet. Dit hoeft geen zorgverlener te zijn zoals wij die in onze voorwaarden beschrijven.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling ook door een op-tometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelte-spleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.
- Voor gebruik van een AED is geen verwijzing nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

Gebruik van een AED kan op elke locatie plaatsvinden.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij

de geboorte aanwezige chronische aandoening;

- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltepleten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
u hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
- Laserbehandeling:
deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
u hebt alleen recht op een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor zorgadvies.

Voorwaarden

Algemeen

De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- U hoeft vooraf geen zorgadvies en/of een akkoordverklaring aan te vragen als het gaat om een correctie van de bovenoogleden die wordt uitgevoerd door een zorgverlener waar wij een zorgovereenkomst mee hebben voor het uitvoeren van bovenoogleden correcties. U kunt die zorgverleners vinden op onze internetsite. De medisch specialist beoordeelt in dat geval namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de zorgverzekeringswet.
- Wordt de behandeling uitgevoerd door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling, of gaat het om een andere plastisch chirurgische ingreep die op de 'Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN' staat, moet u wel vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

den, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze internetsite vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden bovenstaande eisen voor het krijgen van aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan deze eisen of andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.).

rekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed hebt gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen.

- Rekeningen van geneesmiddelen die in het buitenland zijn verkregen moeten leesbaar (indien handgeschreven) en volledig zijn. Staat de naam van het geneesmiddel, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten mee op.

A.19.3. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

Bij het aangaan van uw verzekering hebt u ons toestemming gegeven om met zorgverleners een betaalovereenkomst te sluiten. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een dergelijke zorgverlener een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden. Betaling van de rekening aan de zorgverlener/zorginstelling kan ook plaatsvinden door compensatie met voorschotten die wij al aan de zorgverlener/zorginstelling hebben verstrekt.

A.19.4. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Als wij aan de zorgverlener meer betalen dan wij volgens uw verzekering(en) zouden moeten vergoeden, dan gaan wij ervan uit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgverlener hebben betaald. Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op zorg of op minder zorg of voor een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een (wettelijke) eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een (wettelijke) maximumvergoeding geldt.

A.19.5. Controle van originele rekening

Als u rekeningen via internet hebt ingestuurd, moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

A.19.6. Volgorde van vergoeding

Rekeningen worden afgehandeld op volgorde van

ontvangst door ons. Bij de vaststelling van de (hoogte van) vergoeding van rekeningen hanteren wij een bepaalde volgorde:

- eerst een voorliggende volksverzekering of sociale verzekering zoals de Wlz (of voorheen AWBZ), Jeugdwet of Wmo;
- vervolgens de zorgverzekering;
- dan een collectieve aanvullende verzekering die alleen kan worden gesloten voor de werknemers van het bedrijf dat of de instelling die de collectieve overeenkomst met ons heeft gesloten;
- dan een individuele aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor meerdere, verschillende soorten zorg;
- tot slot een specifieke aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soort(en) zorg.
Bijvoorbeeld voor mondzorg of voor een luxe-arrangement in een ziekenhuis.

A.20. Tarieven

A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw rekening volledig vergoeden. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Dit is het (gemiddelde) tarief dat wij in de zorgovereenkomsten met gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken voor de betreffende zorg/behandeling.

Hoe hoog het tarief voor de verschillende zorgvormen is, vindt u op onze internetsite.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben, dan kan zich een van de volgende situaties voordoen:

- A. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling dezelfde tarieven afgesproken. Dan is dat (hetzelfde, vaste) tarief het afgesproken tarief.
- B. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling verschillende tarieven afgesproken. Dan is het (gewogen of ongewogen) gemiddelde van deze tarieven het afgesproken tarief.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet

marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd.

3. Marktconforme tarief

Dit is het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is, als bedoeld in artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Toelichting:

De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. In principe vergoeden wij de rekening volledig. Behalve als een ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is en daardoor buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners: wij betalen dan maximaal het marktconforme tarief en we wijzen extreem hoge kosten af voor zover die uitkomen boven dit marktconforme tarief.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat.

A.20.2. Hoogte van de tarieven

Kijk op uw polisblad welke verzekering u hebt:

1. Zorgverzekering Natura (zie A.20.2.1.)
2. Zorgverzekering Natura Select (zie A.20.2.1.)
3. Zorgverzekering Natura direct (zie A.20.2.1.)
4. Zorgverzekering Restitutie (zie A.20.2.2.)
5. Aanvullende verzekering (zie A.20.2.2.)
6. Aanvullende gemengde of combinatie verzekering (zie A.20.2.3.)

A.20.2.1. Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura direct

U GAAT NAAR EEN GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg?

Dan hebt u recht op de behandeling volgens het afgesproken tarief.

U GAAT NAAR EEN NIET GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER

b. Verlaging van het vast wettelijk (punt)tarief of van het afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen

zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben gesloten? U maakt dus geen gebruik van zorg door een gecontracteerde zorgverlener.

- U hebt dan recht op een verlaagde vergoeding. Wij vergoeden dan een bepaald percentage (deel) van het vaste wettelijk (punt)tarief.
- Is er geen wettelijk (punt)tarief, dan vergoeden wij een bepaald percentage van het afgesproken tarief.
- Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het afgesproken tarief, dan gaan wij voor deze berekening uit van dit lagere in rekening gebrachte bedrag.

Het vergoedingspercentage dat berekend moet worden over een van de bovenstaande tarieven is:

- 75% bij een Zorgverzekering Natura;
- 70% bij een Zorgverzekering Natura Select.
- 65% bij een Zorgverzekering Natura direct.

Hardheidsclausule Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura direct

Onze zorgadviseurs kunnen u helpen bij het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. Kiest u voor een zorgverlener met een zorgovereenkomst? Dan vergoeden wij het afgesproken tarief volledig.

Kiest u liever toch voor een zorgverlener zonder zorgovereenkomst maar belemmert de lagere vergoeding (70% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura Select en 65% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura direct) uw keuze? Dan kunt u ons schriftelijk of per e-mail aangeven waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en vragen alsnog een hoger percentage te vergoeden. Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen 4 weken of wij u een hogere vergoeding (maximaal 75% van het afgesproken tarief) kunnen bieden.

c. Volledig tarief (100%) van het vast wettelijk (punt)tarief of van het afgesproken tarief

Wij vergoeden dit tarief alleen als:

- u de zorg niet, niet tijdig of op te grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten. Wat tijdige en/of bereikbare zorgverlening is, hangt af van wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk

geaccepteerd is; of

- o u acute (spoed)zorg nodig hebt, die dus niet kan worden uitgesteld.

d. Gedeclareerd tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En hebben wij voor de soort behandeling/zorg ook geen zorgovereenkomst gesloten met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen?

Dan vergoeden wij het gedeclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.

A.20.2.2. Zorgverzekering Restitutie en Aanvullende verzekering (met alleen vergoedingen op restitutiebasis)

Bij een zorgverzekering op basis van restitutie, vergoeden wij de kosten van uw zorg volledig, volgens het marktconforme tarief. Het is voor de vergoeding niet van belang of u die zorg krijgt van een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd, of van een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd. De zorg moet uiteraard wel voldoen aan de voorwaarden die wij voor de zorg stellen. Dit geldt ook voor de vergoeding uit uw aanvullende verzekering.

De vergoeding is nooit hoger dan waar u maximaal recht op hebt vanuit uw (aanvullende) verzekering.

Let op!

Voor verrekening met uw eigen risico maakt het mogelijk wel verschil of u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat of naar een niet-gecontracteerde. Wij hebben bijna altijd lagere tarieven met gecontracteerde zorgverleners afgesproken dan de tarieven die een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. Ons afgesproken tarief is dan lager dan de prijs die een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. Ook al hebt u recht op volledige vergoeding, u hebt alle belang bij een lager tarief vanwege de verrekening met uw eigen risico. Het eigen risico moet u tenslotte zelf betalen. U profiteert dan toch mee van de lagere tarieven voor de zorg die wij contracteren.

U GAAT NAAR EEN GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg?

Dan hebt u recht op vergoeding volgens het afgesproken tarief.

U GAAT NAAR EEN NIET GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER

b. Volledig tarief (100%) van het vast wettelijk (punt)tarief of van het marktconforme tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg?

Dan vergoeden wij het volledige vaste wettelijk (punt)tarief.

Is er geen punttarief, dan vergoeden wij de rekening volledig. Behalve als een ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is en daardoor buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners: wij betalen dan maximaal het marktconforme tarief.

Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het marktconforme tarief, dan vergoeden wij dit lagere in rekening gebrachte bedrag.

c. Gedeclareerd tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconforme tarief is niet of nauwelijks vast te stellen?

Dan vergoeden wij het gedeclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.

A.20.2.3. Aanvullende gemengde of combinatie verzekering

U GAAT NAAR EEN GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg?

Dan hebt u recht op de behandeling volgens het afgesproken tarief.

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

B.1. Verzekerde zorg

B.1.1. Indeling verzekerde zorg

In dit hoofdstuk B staat welke zorg door de zorgverzekering is verzekerd:

- De verzekerde zorg is beschreven per artikel. Bijvoorbeeld huisartsenzorg in artikel B.3. of de verschillende onderdelen van medisch specialistische zorg in B.4.1. t/m B.4.15.
- Ook kan de verzekerde zorg bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Wij noemen dat "andere zorg", zie artikel B.1.2.

B.1.2. "Andere zorg"

Voor "andere zorg" genoemd in artikel B.1.1. gelden voorwaarden:

- de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
- de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
- wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

B.1.3. Opname in ziekenhuis met meer klassen

Het is mogelijk dat u opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dat kan in het buitenland het geval zijn. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

B.1.4. Begin en einde van recht op zorg

U hebt alleen recht op zorg waarop u volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt als u die zorg hebt gehad in de periode dat deze zorgverzekering loopt. Als een DBC-zorgproductcode gedeclareerd wordt die begon voor de einddatum van uw zorgverzekering, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin uw zorgverzekering liep.

B.2. Buitenlandzorg

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat

Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt, kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het buitenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedo-

nië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). Het aanvragen van de pas is gratis. Dit kunt u zelf doen via www.ehic.nl. Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en hebt u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl voor hen de pas aanvragen

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden en omvat onder andere:

- gezondheidsadvisering;
- behandeling;
- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- een MRI op aanvraag van de huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg. Dit omvat advisering op onder andere het gebied van:
 - gezonde voeding;
 - inname van vitamines;
 - (korte) adviezen over bijvoorbeeld stoppen met roken en alcohol- drugsgebruik;
 - geneesmiddelengebruik;
 - infectieziekten en vaccinaties;

hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Preventieve maatregelen:

“van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken”.

Herverzekering van de N.H.T.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Als sprake is van een aanpassing meldt de N.H.T. dit in 3 landelijke dagbladen.

Clausuleblad terrorisme

Bijna alle verzekeraars maken van de herverzekering van de N.H.T. gebruik. Er is ook één landelijk “Clausuleblad Terrorismen” (clausuleblad NHT) uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op de internetsite www.terrorismeverzeker.nl.

A.21.3. Atoomkernreacties

U hebt geen recht op (kosten van) behandelingen die het gevolg zijn van atoomkernreacties.

Zijn de kosten veroorzaakt door radioactief materiaal dat zich buiten een kerninstallatie bevindt, dan hebt u daar wel recht op als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- De plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- Volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de geleden schade.

A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van

Justitie daarvoor.

A.22. Geschillen

A.22.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de verzekering hebben genomen, kunt u schriftelijk aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

A.22.2. Rechter of geschillencommissie

Gaat u niet akkoord met de uitkomst van de heroverweging? U kunt dan kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

- U kunt naar de bevoegde rechter als wij niet binnen 4 weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik maken van de andere mogelijkheid.

A.22.3. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. U hebt gedurende een maand vanaf de oproeping het recht om te kiezen voor behandeling door de kantonrechter. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite www.e-court.nl staat zijn van toepassing.

A.23. Klachten

A.23.1. Klacht

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. U kunt dit schriftelijk of telefonisch doen. Wij beslissen over uw klacht en wij stellen u hiervan op de hoogte.

A.23.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

Zorgverzekeringswet

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.

(...)

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.

(...)

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:

(...)

- 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;

(...)

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. het operatief plaatsen en het operatief vervangen 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;

(...)