

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Turkije, medisch-specialistische zorg, DBC-
zorgproductcode, aanvraagprocedure

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en
14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering 2022, art. 13 Nederlands-Turks
verdrag inzake sociale zekerheid

Zaaknummer : 202201669

Zittingsdatum : 11 oktober 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 14 februari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 maart 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 9 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 mei 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 9 juni 2023 (zaaknummer: 2023019084) heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten doen. Bij e-mailbericht van 1 augustus 2023 heeft verzoekster aanvullende informatie aangeleverd. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 4 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een afschrift hiervan is op 6 september 2023 samen met het eerdere stuk van verzoekster aan het Zorginstituut gestuurd, met de vraag een voorlopig advies uit te brengen. Bij brief van 22 september 2023 is de brief van de ziektekostenverzekeraar ook aan verzoekster gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 20 september 2023 heeft het Zorginstituut Nederland aan de commissie een meegedeeld, gelet op de nagekomen informatie, in deze kwestie geen adviestaak te hebben. Een kopie hiervan is op 22 september 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Op 11 oktober 2023 is een telefonische hoorzitting georganiseerd. Omdat de zittingen ervoor erg uitliepen, is in overleg met partijen besloten de zitting niet door te laten gaan. Beide partijen hebben verklaard de zaak schriftelijk te willen afdoen. Verzoekster heeft bij brief van 18 oktober 2023 een aanvullende schriftelijke reactie gegeven. De ziektekostenverzekeraar is hierop bij brief van 3 november 2023 ingegaan. Een kopie van deze brief is op 8 november 2023 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Rotterdampakket en VGZ Herverzekeren Eigen Risico (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 3.2. Verzoekster heeft zeer veel pijn als gevolg van slijtage aan haar nek en rug. In 2017 en 2019 is zij hiervoor behandeld in Turkije, met een goed gevolg. Deze behandelingen zijn toen door de ziektekostenverzekeraar vergoed. In 2022 verergerden haar klachten, waarna zij zich in overleg met haar huisarts opnieuw heeft gewend tot de behandelend arts in Turkije. Deze stelde een "Lumbar TLIF + 8 surgery" voor, waarvoor verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft ingediend.
- 3.3. Bij brieven van 23 september 2022, 4, 9 en 18 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster aanvullende informatie opgevraagd.
- 3.4. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend over de aanvraagprocedure. Bij brief van 7 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangeleverde informatie nog steeds onvoldoende is en dat om die reden nog geen machtiging kan worden verleend.
- 3.5. Op 14 november 2022 heeft verzoekster aanvullende informatie naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij e-mailbericht van 18 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat, hoewel nog steeds een definitief behandelplan ontbreekt, toch een machtiging wordt verleend voor de ingreep, en wel op basis van DBC-zorgproductcode 131999259. De ziektekostenverzekeraar heeft bij die gelegenheid ook gevraagd na afloop van de operatie een gespecificeerde nota, een operatieverslag en het definitieve behandelplan met de overwegingen voor de ingreep over te leggen.
- 3.6. Bij brief van 9 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren.
- 3.7. Bij brief van 20 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld geen adviestaak te hebben en daarom geen advies uit te brengen.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de aanvraagprocedure van de ziektekostenverzekeraar onrechtmatig is.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar onrechtmatig aan medische besluitvorming poogt te doen. De medisch inhoudelijke beoordeling is niet uitgevoerd door een ter zake kundig persoon. Deze persoon is niet in het bezit van een BIG-registratie. Het is de taak van de ziektekostenverzekeraar om bij een aanvraag voor zorg in het buitenland enkel te beoordelen of deze zorg ook in Nederland wordt vergoed vanuit de zorgverzekering. Hierbij bepaalt de DBC-systematiek de maximale hoogte van de vergoeding, met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar lijkt het doel te hebben zorg in het buitenland te ontmoedigen door onnodige informatie op te vragen. Bovendien heeft de medewerker die het dossier heeft beoordeeld er bij verzoekster op aangedrongen dat zij zich door een arts in Duitsland zou laten behandelen, die daartoe een contract heeft met de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Verzoekster merkt verder op dat de ziektekostenverzekeraar niet vanaf het begin duidelijk heeft gecommuniceerd welke informatie hij miste om een beoordeling te kunnen uitvoeren. Geschreven werd dat het zou gaan om een uitgebreid behandelplan, maar uiteindelijk ging het om de Turkse beoordeling van de MRI, op basis waarvan de ingreep werd voorgesteld. Deze informatie werd pas veel later gevraagd, waarna direct akkoord werd gegeven voor de ingreep. Hierdoor heeft de procedure voor verzoekster onnodig lang geduurd. Verder is de ziektekostenverzekeraar ten onrechte ervan uitgegaan dat een second opinion werd gevraagd. Er werd door de ziektekostenverzekeraar gevraagd naar de reactie van de Nederlandse medisch specialist, die echter al jaren niet meer bij de behandeling is betrokken. Dit had de

ziektekostenverzekeraar kunnen en moeten begrijpen uit de declaraties die bij hem werden ingediend. Ook werd ten onrechte de conclusie getrokken dat verzoekster niet zou zijn gezien door de Turkse arts. Uit de gemaakte MRI blijkt dat dit wel het geval is geweest. Er is overleg met de huisarts gevoerd, maar deze kan niet bepalen of een neurologische behandeling moet worden toegepast. Verzoekster gebruikte langere tijd pijnmedicatie, waaronder ook een TENS, maar dit had onvoldoende effect. De wijze waarop de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk de DBC-zorgproductcode heeft bepaald, is voor verzoekster niet inzichtelijk. Deze lijkt ook niet door een ter zake kundig persoon te zijn vastgesteld volgens de hiervoor geldende richtlijnen.

- 4.4. Bij brief van 18 oktober 2023 heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij een hernia operatie wilde ondergaan in Turkije. Haar rugwervels waren versleten en er bestond een risico dat zenuwen bekneld zouden raken met een dwarslaesie tot gevolg. Aanvankelijk werd nagedacht over een Tens behandeling, maar dat zou niet helpen omdat zo een behandeling alleen gericht is op onderdrukking van de pijn en bovendien geen effect zou hebben op de mobiliteit. Een operatie was noodzakelijk. Verzoekster was eerder in Turkije behandeld en stond in Nederland al geruime tijd niet meer onder behandeling van een specialist. Op 19 september 2023 diende zij een aanvraag in voor goedkeuring van de operatie. Haar klacht heeft betrekking op de afhandeling hiervan. Na indiening van de aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar onnodige informatieverzoeken gedaan. Op het aanvraagformulier was vermeld welke stukken moesten worden aangeleverd. Deze stukken zijn door verzoekster aangeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft echter bij brief van 23 september 2023 gevraagd om (a) een kostopgave op briefpapier van het ziekenhuis (b) "een uitgebreider medisch verslag" van de Turkse specialist en (c) de mening van een Nederlandse specialist ten aanzien van de bevindingen van de Turkse specialist. De "briefpapier"-voorwaarde en ook een "uitbreider" medisch verslag zijn naar opvatting van verzoekster onredelijke voorwaarden. De vraag naar de mening van een Nederlands specialist is ook een te verstrekkend verzoek. Immers, er was geen Nederlandse behandelaar/specialist. Verzoekster werd ook eerder in Turkije behandeld en de voorwaarde in het aanvraagformulier was slechts een verwijzing door "een Nederlandse huisarts of medisch specialist". Dat ineens ook een mening van een Nederlands specialist werd gevraagd is onredelijk en is strijd met de normale gang van zaken. Ook in de brief van 4 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hierom gevraagd. Noch op grond van het aanvraagformulier, noch op grond van de polisvoorwaarden is dit vereiste. Dat de aanvullende informatie niet aangeleverd hoefde te worden volgt ook wel uit het feit dat er uiteindelijk goedkeuring is verleend zonder deze informatie. De toestemming werd verleend nadat een beoordelingsverslag van de MRI werd opgestuurd, maar dit verslag werd aanvankelijk niet opgevraagd.
- 4.5. In de brief van 23 september 2022 gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat verzoekster "feitelijk voor een second opinion" naar Turkije is geweest en dat zij daarmee moet terugkeren naar haar oorspronkelijke behandelaar. Van een second opinion was geen sprake. Er was een verwijzing van de huisarts en verzoekster wilde voor een operatie naar Turkije. Daarvoor deed zij een aanvraag. Waarom de ziektekostenverzekeraar het standpunt omtrent een second opinion heeft ingenomen, wordt ook in deze klachtprocedure niet duidelijk. De ziektekostenverzekeraar heeft aangedrongen op gecontracteerde zorg in Duitsland, en heeft bovendien rechtstreeks contact gezocht met verzoekster, terwijl er sprake is van vertegenwoordiging. De medische advisering door de ziektekostenverzekeraar schiet te kort. Dat geldt voor het schriftelijke advies van 25 oktober 2022 en ook voor het mondelinge advies dat aan verzoekster is gegeven. Ten onrechte wordt er in het medische advies vanuit gegaan dat de huisarts geen neurochirurgie maar TENS adviseert. Dat de huisarts dat eerder had geadviseerd is op zichzelf juist, maar het huisartsendossier bevatte ook actuelere informatie (op 13-09-2022). De ziektekostenverzekeraar heeft verder ten onrechte verwezen naar de onderzoeken die voorafgaand aan de operatie moesten plaatsvinden. Dat er voorafgaande aan de operatie (standaard) onderzoeken plaatsvinden maakt niet dat het onzeker was of er een noodzaak was voor de operatie. De operatie was geïndiceerd op basis van Nederlandse MRI (augustus 2022). Er was sprake van versnelde slijtage. Vraag was niet of de operatie moest plaatsvinden, maar bijvoorbeeld wel of een ingreep aan meer wervels nodig was. Het was geen reden om goedkeuring

van de aanvraag af te houden. Overigens is nog steeds onduidelijk wie dit medische advies heeft gegeven.

De medische behandeling in Turkije is naar volle tevredenheid geweest van verzoekster. Dat zij zo lang heeft moeten wachten op een beslissing op de aanvraag van 19 september 2022, terwijl in de aanvraag was aangegeven dat er spoed was, blijft voor haar onbegrijpelijk (en zij heeft hierdoor schade opgelopen). De behandeling van de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar is onzorgvuldig geweest. De behandeling is door het vragen naar onnodige informatie vertraagd. Bij verzoekster is de indruk ontstaan dat de ziektekostenverzekeraar haar heeft willen bewegen tot het ondergaan van gecontracteerde zorg (in Duitsland). Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar de vrije keuze van verzoekster onder (onnodige) druk gezet. Verzoekster had en heeft er belang bij dat zij terecht kan bij de zorgaanbieder van haar keuze (uiteraard onder de voorwaarden die daarvoor gelden).

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraagprocedure op de juiste wijze is verlopen. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de eerste aanvraag niet compleet was. Hierbij ontbraken een uitgebreid behandelplan en een kostenopgave. De informatie die nodig is staat vermeld in het aanvraagformulier voor zorg in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar kan pas een beoordeling uitvoeren als de aanvraag compleet is. Een aantal documenten wordt standaard opgevraagd. Een BIG-geregistreerde medisch adviseur beoordeelt hierbij welke DBC-zorgproductcode aan een behandeling wordt gekoppeld, zodat de hierbij behorende vergoeding kan worden vastgesteld.
- 5.2. Op basis van de ingestuurde documenten is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat geen persoonlijke beoordeling heeft plaatsgevonden door de Turkse arts. Wel is de aanvraag beoordeeld op basis van een MRI en het medisch dossier van verzoekster. Gelet op de verwijzing van de huisarts is de ziektekostenverzekeraar hierbij in eerste instantie uitgegaan van een *second opinion*. In de verwijzing licht de huisarts toe dat de Nederlandse arts een negatief advies geeft voor neurochirurgie en dat verzoekster moet nadenken over TENS. Dat verzoekster vervolgens een behandeling in Turkije overweegt, ziet de ziektekostenverzekeraar als een *second opinion*. Het advies zich te wenden tot een arts in Duitsland, dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar verzoekster heeft gegeven, is niet medisch inhoudelijk. Een verwijzing naar een bepaalde zorgverlener staat los van een medisch inhoudelijke beoordeling van de zorgvraag. Het advies werd gegeven omdat de aanvraag moeizaam verliep. Het was niet de intentie van de ziektekostenverzekeraar verzoekster hierbij onder druk te zetten.
- 5.3. Op grond van de aangeleverde informatie heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar beoordeeld dat DBC-zorgproductcode 131999259 het meest passend is. De vergoeding bedraagt 80% van het gemiddeld hiervoor gecontracteerde tarief. Dit komt neer op een bedrag van € 10.009,26. De kosten voor deze ingreep heeft verzoekster nog niet bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 november 2023 in aanvulling hierop aangevoerd dat bij de stukken die hij op 20 september 2022 ontving geen kostenopgave was gevoegd. Daarnaast was er slechts een summier behandelplan bijgevoegd, zonder dat verzoekster was gezien door de behandelaar. In vrijwel al dit soort aanvragen wordt ook een aanvraagformulier van de behandelend specialist in Nederland toegevoegd. Dat verzoekster geen behandelend specialist in Nederland had, was voor de ziektekostenverzekeraar op dat moment niet duidelijk. Verzoekster had niet alle benodigde stukken had aangeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen belang heeft bij het vertragen van aanvragen voor onze verzekerden, maar moet een beoordeling kunnen geven op basis van volledige informatie. Uit de informatie van de huisarts concludeerde de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie dat sprake was van een *second opinion*. Dit bleek onjuist en dat heeft de ziektekostenverzekeraar ook op 4 november 2022 besproken met verzoekster.

- 5.5. De klachtbehandelaar heeft getracht zo uitgebreid mogelijk te zijn in haar beantwoording richting verzoekster. Daar hoort ook bij het wijzen op de mogelijkheid naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan in Duitsland, wat een logisch veel kortere route was dan een vooronderzoek en behandeling in Turkije. Daarbij zou verzoekster voor de behandeling in Duitsland een volledige vergoeding ontvangen. Daar waar zij voor de behandeling in Turkije slechts een gedeeltelijke vergoeding ontvangt. De klachtbehandelaar heeft meegedeeld dat zij dit gesprek als prettig heeft ervaren en dat verzoekster in dit gesprek aangaf het ook als prettig te ervaren. Er was volgens de klachtbehandelaar absoluut geen sprake van dwang. Een reden om contact op te nemen met verzoekster in plaats van haar gemachtigde, was de indruk dat gemachtigde de mogelijkheid van behandeling in Duitsland niet met verzoekster zou bespreken.
- De ziektekostenverzekeraar mist nog altijd een definitief behandelplan inclusief overwegingen van de behandelend specialist. De ziektekostenverzekeraar heeft nu heel veel medische informatie ontvangen waarin de behandelend specialist aangeeft een TLIF te willen uitvoeren maar ook dat hij nog aanvullende onderzoeken wil uitvoeren alvorens te komen tot een definitief behandelvoorstel aan verzekerde. Zowel in de eerste als ook in de recent aangeleverde informatie wordt dit benoemd. De vraag welke wervels via een TLIF benadering worden gefixeerd, wordt niet beantwoord. Voor de afleiding en bepaling van de DBC is dit cruciale informatie. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn medisch adviseur gevraagd welke DBC de meest waarschijnlijke DBC zou worden. Op basis hiervan is een machtiging verleend.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In zijn brief van 9 juni 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Er is niet in geschil dat sprake is van verzekerde zorg. Over de aard van de vergoeding merkt het Zorginstituut het volgende op.

Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreeerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Op grond van de beschikbare informatie in het dossier kan het Zorginstituut niet beoordelen of voor de ingreep de door verweerder toegepaste DBC-zorgproductcode redelijkerwijs het meest passend is.

Nader onderzoek

Om te kunnen beoordelen of het door verweerder toegepaste DBC-zorgproduct het meest passend is bij de voorgenomen ingreep bij verzoekster dient de volgende informatie te worden aangeleverd:

- een verslag van anamnese en onderzoek zowel voor als na de verwijzing naar de Turkse arts;*
- een definitief behandelplan van de Turkse arts met uitleg over de voorgestelde behandeling (TLIF) en van de term '8 URDA SURGERY';*
- een toelichting van verweerder op het gekozen DBC-zorgproduct, zodanig dat dit DBC-zorgproduct navolgbaar kan worden afgeleid via de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.*

Het advies

Om te kunnen toetsen of verweerder de meeste passende DBC-zorgproductcode heeft toegepast is nader onderzoek nodig waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 6.2. In zijn brief van 20 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 9 juni 2023 geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. Uw geschillencommissie heeft bij brief van 6 september 2023 als uitkomst van dit nader onderzoek aanvullende informatie aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek alsnog een voorlopig advies uit te brengen.

In het voorlopig advies van 9 juni 2023 staat dat het Zorginstituut uit het dossier heeft afgeleid dat het geschil geen betrekking heeft op de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Verweerder heeft immers de behandeling (deels) vergoed en heeft hiermee erkend dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoekster hierop redelijkerwijs was aangewezen. Het Zorginstituut heeft daarom geconcludeerd dat dat het geschil geen betrekking heeft op de adviestaak van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft uw adviesaanvraag opgevat als een verzoek te beoordelen of het door verweerder toegepaste DBC-zorgproduct redelijkerwijs het meest passend is. In het dossier komt immers naar voren dat verzoekster zich op het standpunt heeft gesteld dat verweerder niet inzichtelijk heeft gemaakt hoe het DBC-zorgproduct is bepaald. Het Zorginstituut heeft vervolgens geconcludeerd dat het dossier onvoldoende informatie bevat om dit te beoordelen en heeft u geadviseerd nader onderzoek uit te voeren en meer informatie op te vragen over de ingreep.

Als uitkomst van dit onderzoek heeft het Zorginstituut aanvullende informatie van verzoekster en verweerder ontvangen. Door de advocaat van verzoekster is op 1 augustus 2023 aanvullende informatie gestuurd. Verder heeft de advocaat meegedeeld het verzoek om een toelichting van verweerder op het gekozen DBCzorgproduct niet te kunnen plaatsen, omdat de klacht daar niet over gaat.

Verweerder deelt in de brief van 4 september 2023 mee, gezien voornoemde brief van de advocaat, ervan uit te gaan dat het gekozen DBC-zorgproduct niet ter discussie staat. Verweerder heeft geen nadere informatie gestuurd over het gekozen DBC-zorgproduct.

Na beoordeling van de informatie in het dossier en voornoemde aanvullende informatie van verzoekster en verweerder is de conclusie dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviestaak heeft en dat er geen vraag voorligt of het door verweerder toegepaste DBC-zorgproduct redelijkerwijs het meest passend is. Het Zorginstituut brengt daarom geen voorlopig advies uit in dit geschil."

7. **Bevoegdheid van de commissie**

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. **Beoordeling**

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 8.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Deze situatie speelde bij verzoekster niet. Er was sprake van planbare zorg. Dit betekent dat het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid buiten toepassing blijft.

Hoogte vergoeding

- 8.3. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar inmiddels een vergoeding heeft verleend voor de door verzoekster in Turkije genoten zorg. Hiermee is niet langer in geschil dat sprake is van een verzekerde prestatie en dat verzoekster hiervoor een indicatie had. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding verleend op basis van DBC-zorgproductcode 131999259. Volgens de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft deze code als omschrijving: *"Oper wervelkolom complex | Met VPLD | Botspierstelselziekte/laat gev trauma (...) Ingewikkelde en langdurige operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel"*. Het betreft een code uit het zogenoemde vrije segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2022' van de ziektekostenverzekeraar is het bijbehorende tarief € 10.009,26 (in het ziekenhuis). Dit tarief is nog niet aan verzoekster vergoed, omdat zij nog geen kosten heeft gedeclareerd. Verzoekster heeft in de voorfase gesteld dat de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar de DBC-zorgproductcode heeft bepaald voor haar niet inzichtelijk is en dat deze ook niet lijkt te zijn vastgesteld door een ter zake kundig persoon, maar zij heeft deze stellingen verder niet onderbouwd. Later heeft zij verklaard dat juistheid van het gekozen DBC-zorgproduct niet in geschil is. De commissie neemt deze daarom als vaststaand aan, wat ertoe leidt dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding.

Rechtmatigheid aanvraagprocedure

- 8.4. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar onnodig veel informatie heeft opgevraagd waardoor de procedure te lang heeft geduurd. Ook is zij van mening dat de ziektekostenverzekeraar een medisch oordeel heeft gegeven waar dit niet op zijn weg lag, onder andere door haar te adviseren zich te wenden tot een gecontracteerde zorgverlener in Duitsland. Hiertoe geldt het volgende.
- 8.5. Gelet op artikel 14 Zvw staat vast dat een zorgverzekeraar een toestemmingsvereiste mag hanteren. In het eerste lid van genoemd artikel is bepaald dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord. In de Memorie van toelichting is hierover te lezen: *"Artikel 14 is een aan (het uitvoeren van) de zorgverzekering gestelde eis en richt zich derhalve in eerste instantie tot de zorgverzekeraar. Uiteraard dient de zorgverzekeraar de vraag of een verzekerde op grond van zorginhoudelijke criteria behoefte heeft aan zorg op deskundige wijze te (laten) beantwoorden. Indien de zorgverzekeraar zich het recht van toestemming heeft voorbehouden, betekent dit derhalve dat hij verzekeringsartsen of andere deskundigen op zorgterrein in dienst zal moeten nemen (of anderszins in zijn opdracht zal moeten laten werken) om een verzoek om toestemming te beoordelen. Heeft de verzekeraar het recht op een prestatie afhankelijk gesteld van een verwijzing door of een oordeel van een behandelend arts, dan geldt artikel 14 indirect ook voor hen."*
- Op het 'aanvraagformulier medisch-specialistische zorg buitenland' is vermeld dat de ziektekostenverzekeraar een verwijzing, een persoonlijk behandelplan en een gespecificeerde kostenopgave nodig heeft om de aanvraag te kunnen beoordelen. De commissie merkt hierover op dat een verwijzing ook in de Nederlandse situatie vereist is, Voorts is een persoonlijk behandelplan noodzakelijk om te kunnen bepalen of betrokkene redelijkerwijs op de zorg is aangewezen. Een gespecificeerde kostenopgave heeft enerzijds ten doel te beoordelen of sprake is van doelmatige

zorg, en anderzijds betrokkene te behoeden voor grote kosten die voor eigen rekening blijven. Een persoonlijk behandelplan moet voldoen aan een aantal voorwaarden, die in het formulier zijn genoemd. Vast staat dat verzoekster deze stukken niet alle aan de ziektekostenverzekeraar heeft aangeleverd. Zo is nog steeds niet duidelijk met welke reden de arts de ingreep bij haar heeft uitgevoerd. De commissie is van oordeel dat de gevraagde informatie niet onnodig was. Het niet - tijdig - aanleveren van deze informatie, waardoor de procedure langer heeft geduurd, is verzoekster volledig toe te rekenen en vormt geen aanwijzing voor een ontmoedigingsbeleid van de kant van de ziektekostenverzekeraar.

Waar het gaat om de beoordeling van de aanvraag voor medisch specialistische zorg in het buitenland, is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat deze plaatsvindt door een BIG-geregistreeerde medisch adviseur. Deze werkwijze is in overeenstemming met de hiervoor aangehaalde passage uit de Memorie van toelichting. Waarop verzoekster baseert dat de uiteindelijke beoordeling is uitgevoerd door een niet ter zake kundige, niet BIG-geregistreeerde medewerker van de ziektekostenverzekeraar, is de commissie niet duidelijk. Dat er in de aanloop naar die beoordeling contacten zijn geweest met anderen dan de medisch adviseur - met name over de ontbrekende gegevens - zegt niets over degene die de aanvraag heeft beoordeeld, en die - onder voorwaarden - een fiat heeft gegeven voor de behandeling in Turkije. Dit alles leidt tot de conclusie dat de gehanteerde procedure en de wijze waarop deze in de praktijk invulling heeft gekregen niet als onrechtmatig zijn te beschouwen.

- 8.6. Het advies van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster om zich te wenden tot een (gecontracteerde) Duitse arts betreft geen medisch inhoudelijk oordeel. Het advies bestond eruit dat de Duitse arts kon beoordelen of verzoekster was aangewezen op de voorgestelde operatie, en werd gegeven tegen de achtergrond dat verzoekster een second opinion leek te vragen. Het medische oordeel werd daarbij overgelaten aan de arts. Overigens is niet gebleken dat het advies een verplichtend karakter had. Dit volgt ook uit de uiteindelijke vergoeding van de kosten in Turkije. Dat verzoekster het wellicht anders heeft gevoeld kan zo zijn, maar dit maakt nog niet dat de ziektekostenverzekeraar een onbevoegd medisch oordeel over de behandeling heeft gegeven. Deze stelling van verzoekster faalt daarom.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 november 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25, 26 en 38) en Farmaceutische zorg (artikel 35 Geneesmiddelen) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij

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

1.6. Tijdsige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdsig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdsige zorgverlening, gaan wij uit van:

- Medisch inhoudelijke factoren
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

- 8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
 - De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
 - De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg App, op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

II. Zorgartikelen

Uw verzekering is een naturaverzekering. Op grond van deze verzekering heeft u recht op zorg. In de artikelen 11 tot en met 40 leest u op welke zorg u recht heeft.

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg

1. Huisartsenzorg is geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en het hierbij behorend onderzoek en de diagnostiek. Onder huisartsenzorg wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken, preconceptiezorg (kinderwensconsult) en voetzorg als u diabetes mellitus type 1 of 2 heeft.

Begeleiding bij het stoppen met roken

Onder begeleiding bij het stoppen met roken verstaan wij:

- Korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen
- Intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel).

Informatie over het stoppen-met-rokenprogramma vindt u in artikel 24.

Preconceptiezorg

Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) verstaan wij:

- Adviezen over gezonde voeding
- Advies over inname van foliumzuur
- Advies over inname van vitamine D
- Adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren
- Adviezen over geneesmiddelengebruik
- Adviezen over behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties
- Adviezen over infectieziekten en vaccinaties
- Het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als u (nog) niet zwanger bent.

Voetzorg bij diabetes mellitus

Onder de genoemde voetzorg bij diabetes mellitus verstaan wij:

- Jaarlijkse voetscreening die bestaat uit een anamnese, een risico-inventarisatie en het vaststellen van het zorgprofiel;
- Vanaf zorgprofiel 1: jaarlijks gericht voetonderzoek en advisering over adequaat schoeisel, voetverzorgingsadviezen en advies in omgaan met belasting en belastbaarheid;
- Vanaf zorgprofiel 2: meer frequent gericht voetonderzoek, controles en inzet van diagnostiek, behandeling van huid- en nagelproblemen, voetvorm- en standsafwijkingen of andere risicofactoren.

De voetzorg maakt onderdeel uit van huisartsenzorg óf multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 3.1. Deze voetzorg omvat geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

De zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u heeft.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

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

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

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvlloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijn syndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darm passage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover u deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld;
- l. Tot 1 januari 2025 larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- m. Tot 1 januari 2025 entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheids- onderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

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

Dit is niet verzekerd:

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

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

Hier kunt u terecht

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

Integrale geboortezorg

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

Let op

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

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

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

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

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

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

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

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

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

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

Extra informatie

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

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Revalidatie

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

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

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

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

Medisch specialistische zorg

- Bewuzt Basis
- IZZ Basisverzekering Bewuzt
- UC Bewuste Keuze
- Univé Zorg Select polis

- IZA Basis Keuze
- IZZ Basisverzekering Basis
- UC Basis Keuze
- VGZ Basis Keuze

- Gewoon ZEKUR Zorg
- IZA Ruime Keuze
- IZZ Basisverzekering Natura
- UC Ruime Keuze
- UMC Ruime Keuze
- Univé Zorg Geregeld polis
- VGZ Ruime Keuze
- Zorgzaam Basisverzekering

Zorgproduct-code	Declaratie-code	Omschrijving prestatie	In het ziekenhuis	Buiten het ziekenhuis	In het ziekenhuis	Buiten het ziekenhuis	In het ziekenhuis	Buiten het ziekenhuis
			Max. vergoeding totaal	Max. vergoeding totaal	Max. vergoeding totaal	Max. vergoeding totaal	Max. vergoeding totaal	Max. vergoeding totaal
			65%	65%	70%	70%	80%	80%
119599012	15C594	Zeer uitgebreide operatie tijdens een ziekenhuisopname van maximaal 28 verpleegdagen bij een ziekte aan de blinde darm/ buikvlies	€ 7.774,10	€ 6.219,28	€ 8.372,11	€ 6.697,68	€ 9.568,12	€ 7.654,50
099699089	15C460	Operatie tijdens een ziekenhuisopname bij een aandoening van slagaders of haarvaten	€ 7.894,59	€ 6.315,67	€ 8.501,86	€ 6.801,49	€ 9.716,42	€ 7.773,13
029199032	15B517	Uitgebreide operatie aan het maagdarmkanaal met maximaal 28 verpleegdagen bij kanker van dikke darm of endeldarm	€ 7.923,19	€ 6.338,56	€ 8.532,67	€ 6.826,14	€ 9.751,62	€ 7.801,30
119899004	15A982	Zeer uitgebreide operatie tijdens een ziekenhuisopname van maximaal 28 verpleegdagen bij een chronische ontsteking van de dikke darm (colitis ulcerosa)	€ 7.977,63	€ 6.382,11	€ 8.591,30	€ 6.873,04	€ 9.818,62	€ 7.854,90
129999042	15C645	Uitgebreide amputatie tijdens een ziekenhuisopname bij een open been/ doorligwond/ aandoening van huid of onderhuids bindweefsel	€ 7.990,72	€ 6.392,57	€ 8.605,39	€ 6.884,31	€ 9.834,73	€ 7.867,78
990356067	15E440	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij een aangeboren afwijking of andere aandoening (bij kind)	€ 8.034,01	€ 6.427,21	€ 8.652,01	€ 6.921,61	€ 9.888,01	€ 7.910,41
099699071	15C450	Uitgebreide operatie bot en/of amputatie tijdens een ziekenhuisopname bij een aandoening van slagaders of haarvaten	€ 8.074,05	€ 6.459,24	€ 8.695,13	€ 6.956,10	€ 9.937,29	€ 7.949,83
020110023	15A142	Kijkoperatie in de buikholte en/of wegbranden van weefsel tijdens een ziekenhuisopname bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de blaas	€ 8.085,12	€ 6.468,10	€ 8.707,06	€ 6.965,64	€ 9.950,92	€ 7.960,74
039999026	15D568	Begeleiding bij chemotherapie en/of medicijnen die de afweer versterken tijdens een Ziekenhuisopname bij bloedarmoede of een andere ziekte van bloed of bloedvormende organen	€ 8.130,79	€ 6.504,63	€ 8.756,23	€ 7.004,98	€ 10.007,12	€ 8.005,70
131999259	15D643	Ingewikkelde en langdurige operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel	€ 8.132,52	€ 6.506,02	€ 8.758,10	€ 7.006,48	€ 10.009,26	€ 8.007,40
199299030	15D060	Uitgebreide operatie aan buik en/of borstkas en/of bloedvaten tijdens een ziekenhuisopname bij letsel	€ 8.158,66	€ 6.526,93	€ 8.786,25	€ 7.029,00	€ 10.041,43	€ 8.033,15
029099016	15C059	Operatieve ingreep aan de luchtpijp of de borstwand tijdens een ziekenhuisopname bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van het ademhalingsstelsel of van andere organen in de borstkas	€ 8.174,61	€ 6.539,69	€ 8.803,42	€ 7.042,74	€ 10.061,06	€ 8.048,84
020108044	15B937	Zeer uitgebreide operatie tijdens een ziekenhuisopname bij baarmoederhalskanker	€ 8.299,05	€ 6.639,24	€ 8.937,44	€ 7.149,95	€ 10.214,22	€ 8.171,37
020110009	15A129	Operatieve behandeling bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de blaas	€ 8.308,62	€ 6.646,89	€ 8.947,74	€ 7.158,19	€ 10.225,99	€ 8.180,79

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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