

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401399

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 22 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 4 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 november 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 maart 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeentepakket Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoekster is bij brief van 30 april 2024 door de nefroloog van het Flevoziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag garantieverklaring ingediend voor nierdialyse, uit te voeren in Paramaribo, Suriname, in de periode van 1 juli 2024 tot en met 28 oktober 2024. Bij brief van 15 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster gevraagd om aanvullende informatie. Bij aanvraagformulier Medisch Specialistische Zorg Buitenland van 27 april 2024 heeft verzoekster een aanvraag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 30 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals om aanvullende informatie gevraagd. Op 5 juni 2024 heeft verzoekster opnieuw informatie aangeleverd.

- 2.3. Bij brief van 5 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de behandeling gedeeltelijk wordt vergoed, namelijk tot een bedrag van € 19.045,27.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd, waarbij zij heeft verzocht de volledige kosten van de nierdialyse in Paramaribo te vergoeden. Bij brief van 25 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de volledige kosten van de nierdialyse, uitgevoerd in Paramaribo, te weten een bedrag van € 24.669,97, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering alsmede vergoeding te verlenen voor de door haar gemaakte kosten van rechtsbijstand.

- 3.2. In haar brief van 22 juli 2024 heeft verzoekster toegelicht dat zij zich niet kan verenigen met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar dat 80% van de kosten van het gemiddeld gecontracteerde tarief in Nederland wordt vergoed. Verzoekster is nierpatiënt en heeft dialysebehandelingen nodig. In 2023 heeft zij in twee landen een dialysebehandeling ondergaan. De kosten hiervan zijn volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Een van die behandelingen betrof dezelfde behandeling bij de zorgaanbieder waarvoor nu opnieuw een aanvraag is ingediend. Verzoekster heeft baat bij de behandeling en heeft goede ervaringen met deze zorgaanbieder. Daarnaast heeft zij in 2024 nierdialyse ondergaan in Thailand. Ook de kosten hiervan zijn volledig vergoed.

De grond voor het niet volledig vergoeden van de kosten ligt in dit geval uitsluitend in het beëindigen van het contract tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar. Als verzoekster zich tot een gecontracteerde zorgaanbieder had gewend, waren de kosten volledig vergoed. Verzoekster hoefde niet op zo korte termijn te verwachten dat de zorgaanbieder in kwestie geen contract meer had met de ziektekostenverzekeraar. Pas toen alles al geregeld was, kreeg zij te horen dat de kosten van de behandeling niet volledig werden vergoed.

Verder heeft verzoekster toegelicht dat zij dialyse in het buitenland ondergaat in overleg met haar behandelend artsen. Hierdoor hoeft verzoekster haar leven niet te beperken tot Nederland. Ondanks de beperkingen als gevolg van de noodzakelijke dialyse, kan zij toch andere landen bezoeken. Die levensvreugde en welzijn zijn voor verzoekster belangrijk. Daarbij komt dat zij in Suriname voldoende opvang en steun heeft, waardoor het voor haar mogelijk is om lang in dat land te verblijven. Verder kiest zij bewust voor een warm land omdat haar gezondheid daar baat bij heeft. Warmte bevordert haar gezondheid. Verzoekster heeft de invloed van het verblijf in Suriname op onder andere haar bloeddruk toegelicht.

- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij in 2023 en 2024 contact heeft gehad met de Alarmcentrale. De eerste keer dat zij als dialysepatiënt het land zou verlaten was in 2023. In dat jaar heeft zij in verschillende landen nierdialyse ondergaan bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Verzoekster heeft steeds zelf een zorgaanbieder gevonden, contact opgenomen en de benodigde informatie verstrekt aan het ziekenhuis. Vervolgens is een garantieverklaring afgegeven. De kosten zijn steeds volledig vergoed. Voor haar reis naar Suriname in 2023 heeft verzoekster ook zelf een zorgaanbieder gezocht. Tijdens de nierdialyse in Suriname kreeg zij pas te horen dat zij zorg afnam van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In het telefoongesprek werd uitgelegd dat de declaraties achteraf konden worden ingediend. De kosten zijn vervolgens volledig vergoed. Aangezien verzoekster ermee

bekend was dat de ziektekostenverzekeraar geen contract had met de zorgaanbieder waarbij zij in 2023 nierdialyse had ondergaan en zij wist dat zij in de zomer van 2024 naar Suriname zou gaan, heeft zij begin 2024 contact opgenomen met de Alarmcentrale. Al in januari 2024 heeft verzoekster gevraagd tot welke zorgaanbieder zij zich kon wenden zodat de kosten volledig zouden worden vergoed. Dit heeft verzoekster meerdere malen gevraagd en daarop is geen antwoord gekomen. Zij heeft zelfs specifiek gevraagd naar een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders. Die lijst was er niet of werd in ieder geval niet verstrekt. De ziektekostenverzekeraar beschikte alleen over een lijst van gecontracteerde zorgaanbieders in Europa.

Verzoekster heeft begin 2024 bewust contact opgenomen met de Alarmcentrale, zodat alles van te voren kon worden geregeld. De Alarmcentrale gaf destijds echter niet de benodigde informatie. Verzoekster heeft de Alarmcentrale erop gewezen dat het belangrijk was om tijdig een zorgaanbieder te vinden, zodat de arts een garantieverklaring kon aanvragen. Uiteindelijk heeft verzoekster in overleg met haar behandelend arts gekozen voor een instantie die het beste bij haar paste, namelijk de zorgaanbieder waarbij zij eerder nierdialyse heeft ondergaan. Hiervoor is een garantieverklaring aangevraagd.

De zorgaanbieder in kwestie is een instantie die over moderne apparatuur beschikt en een goede naam heeft in Suriname. Er wordt professioneel gewerkt. Verzoekster heeft baat gehad bij de behandeling in Suriname. Zij heeft een prettig verblijf gehad. Helaas is haar gezondheid in Nederland achteruit gegaan. Toen zij twee maanden terug was in Nederland heeft zij een TIA gehad. Ook steeg haar bloeddruk.

Verzoekster heeft verder aangevoerd dat door de zorgaanbieder een redelijk bedrag in rekening is gebracht. De prijzen komen overeen met de Nederlandse prijzen. In Suriname kan het niet goedkoper, ondanks dat daar een andere valuta wordt gebruikt. Alle materialen komen uit Nederland en moeten in euro's worden betaald.

Verzoekster heeft niet de financiële middelen om dit soort reizen gedeeltelijk zelf te betalen. Het is voor haar daarom belangrijk dat de kosten volledig worden vergoed. Omdat vooraf niet duidelijk werd gemaakt tot welke - gecontracteerde - zorgaanbieder zij zich kon wenden, heeft zij een bekende zorgaanbieder gekozen, die achteraf niet gecontracteerd bleek te zijn.

Pas kort voor het vertrek naar Suriname heeft de Alarmcentrale aan verzoekster meegedeeld dat de zorgaanbieder waarvoor een garantieverklaring was aangevraagd niet gecontracteerd was. Toen heeft de Alarmcentrale ook alternatieven geboden. In reactie hierop heeft verzoekster uitgelegd dat dit op zo korte termijn niet meer kon worden veranderd. De behandeling was al maanden eerder geregeld. Het gaat om een druk bezochte zorgaanbieder. Er kan niet zomaar een stoel worden vrijgehouden. Het afzeggen van de behandeling vond verzoekster bovendien onbehoorlijk. Alles was al geregeld en de behandeling kon niet meer worden afgezegd. Verzoekster stond op het punt van vertrek.

Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij alleen telefonisch contact heeft gehad met de Alarmcentrale.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. In zijn brief van 4 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet is opgenomen dat een verzekerde die zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt, recht heeft op vergoeding van de zorgkosten. De hoogte van de vergoeding wordt in dat geval door de zorgverzekeraar bepaald in de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald, dat als sprake is van zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, de kosten van (verzekerde) zorg worden vergoed tot maximaal 80% van het gemiddelde tarief, zoals dit voor de betreffende vorm van zorg is overeengekomen met de zorgaanbieders, het gemiddeld gecontracteerde tarief. Als voor de betreffende zorg geen tarief met

zorgaanbieders is afgesproken, geldt het tarief op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg-tarief). In dat geval worden de kosten tot maximaal 80% van het Wmg-tarief vergoed.

Voor nierdialyse bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vastgestelde maximale vergoeding van € 1.120,31 bij 1 tot maximaal 3 dialyses per week. Dit is op basis van een naturapolis met een vergoeding van 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Verzoekster is zeventien weken in Suriname geweest, waarbij zij driemaal per week moest worden gedialyseerd. Dit betekent dat aanspraak bestaat op een vergoeding van totaal € 19.045,25. In de achttiende week, namelijk op 28 oktober 2024, is verzoekster nog eenmaal gedialyseerd. Deze behandeling is aanvankelijk niet meegenomen in de berekening. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding van € 1.120,31. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat de vergoeding kan worden verrekend met eventuele openstaande bedragen.

4.2. Volgens verzoekster bestaat aanspraak op volledige vergoeding van de kosten van de dialysebehandelingen, omdat de kosten hiervan in 2023 ook volledig zijn vergoed. In 2023 is verzoekster behandeld door dezelfde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat dit toen een eenmalige tegemoetkoming betrof, op basis van de destijds geldende omstandigheden. Deze beslissing is in het voordeel van verzoekster geweest, maar geeft geen aanspraak op volledige vergoeding bij een nieuwe aanvraag. Bovendien was verzoekster vóór de start van haar dialysebehandelingen in 2024 op de hoogte van de maximale vergoeding die zij conform de afgegeven machtiging zou ontvangen voor deze zorg. Verzoekster wist dat de kosten niet volledig zouden worden vergoed en dat een deel voor eigen rekening zou blijven. Ook is zij akkoord gegaan met het voorschieten en achteraf declareren van de kosten van de nierdialyses. Desondanks heeft verzoekster besloten de dialysebehandelingen toch bij de desbetreffende zorgaanbieder te laten plaatsvinden, in plaats van gebruik te maken van de zorgaanbieder die door de Alarmcentrale was voorgesteld. Had verzoekster gebruik gemaakt van deze zorgaanbieder, dan had de Alarmcentrale garant gestaan voor volledige vergoeding van de kosten van de dialysebehandelingen.

4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de vergoeding uiteindelijk conform de voorwaarden van de zorgverzekering is vastgesteld. Verzoekster heeft in de periode 1 juli 2024 tot en met 28 oktober 2024 dialyse ondergaan bij een niet-gecontracteerde zorgverlener in Suriname. Het gaat om planbare zorg. Op grond van artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat bij planbare zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanspraak op vergoeding van 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Voorafgaand aan de start van de behandeling is verzoekster voldoende geïnformeerd. Een maand voor de behandeling, namelijk op 5 juni 2024, is een akkoordverklaring gegeven waarin de hoogte van de vergoeding is opgenomen. De gevolgen van het ondergaan van de behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zijn aan haar uitgelegd. Ook zijn er alternatieven geboden waarbij de kosten volledig zouden worden vergoed. Uit de brief van verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar van 9 juni 2024 blijkt dat zij van de Alarmcentrale te horen heeft gekregen dat er geen samenwerking bestond met zorgaanbieder in kwestie en dat haar een alternatief is geboden. Van dat alternatief heeft verzoekster geen gebruik willen maken. Hierop heeft de Alarmcentrale uitgelegd dat de kosten niet volledig zouden worden vergoed. Verzoekster was dus bekend met de hoogte van de vergoeding en heeft ervoor gekozen toch gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Er bestaat aanspraak op vergoeding op basis van 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Verzoekster heeft ook een machtiging ontvangen waarin dit duidelijk staat beschreven. Als verzoekster gebruik had gemaakt van de door de Alarmcentrale genoemde alternatieve

gecontracteerde zorgaanbieder, zou de Alarmcentrale garant staan en hoefde verzoekster de kosten ook niet voor te schieten.

In 2023 is de samenwerking tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder in kwestie gestopt. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens besloten om de kosten in lopende dossiers nog volledig te vergoeden. Aangezien verzoekster in 2023 zorg heeft genoten bij deze zorgaanbieder heeft de ziektekostenverzekeraar deze kosten toen vergoed. Hierbij is haar uitgelegd dat dit een eenmalige vergoeding betrof. In 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat de samenwerking was beëindigd en dat de voor de vergoeding de voorwaarden van de zorgverzekering gelden.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij, eerder dan de aanvraag, niet over de situatie is ingelicht. Verzoekster heeft hierover wel contact gehad met de Alarmcentrale. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aanleiding gezien de Alarmcentrale te benaderen. Het verloop was voor de ziektekostenverzekeraar duidelijk op basis van het dossier. De ziektekostenverzekeraar heeft ook niet bestreden dat verzoekster in januari al contact heeft gehad met de alarmcentrale. Wel heeft hij bestreden dat door de Alarmcentrale destijds niet is gereageerd.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de vergoeding bij gebruik van niet-gecontracteerde 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.
- 6.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor dialysebehandelingen tijdens haar verblijf in Suriname. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Suriname geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering bestaat, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland.
- 6.3. De aangevraagde behandeling betreft medisch specialistische zorg. Hiervoor biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op dialysebehandelingen tijdens haar verblijf in Suriname. Op de argumenten die verzoekster heeft aangedragen met betrekking tot de noodzaak van het dialyseren, haar keuze voor dit land, en haar wens buiten Nederland vakantie te houden, wordt door de commissie niet ingegaan. Wat partijen verdeeld houdt, is namelijk uitsluitend de hoogte van de vergoeding voor de in Suriname bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder afgenomen zorg in de periode van 1 juli 2024 tot en met 28 oktober 2024.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief vergoedt. In eerste instantie heeft hij vergoeding toegezegd tot een bedrag van maximaal

€ 19.045,27. Lopende de procedure heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de maximale vergoeding totaal € 20.165,58 bedraagt, omdat ook in de achttiende week nog een dialysebehandeling heeft plaatsgevonden. Volgens verzoekster is de ziektekostenverzekeraar evenwel gehouden de volledige kosten van de nierdialysebehandelingen te vergoeden, te weten een bedrag van € 24.669,97. De commissie overweegt ten aanzien hiervan als volgt.

- 6.5. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van een naturapolis. Gelet op artikel 13 Zvw is het uitgangspunt bij dit type verzekering dat gebruik wordt gemaakt van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgverzekeraar mag de hoogte van de vergoeding bepalen als de verzekerde de zorg of andere dienst wenst af te nemen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar invulling gegeven aan deze bevoegdheid door in artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering de wijze waarop hij de hoogte van de vergoeding bepaalt als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder op te nemen. In dat geval worden de kosten van verzekerde zorg tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief vergoed. Als voor de betreffende zorg geen tarief met de zorgaanbieders is afgesproken en er een Wmg-tarief geldt, dan worden de kosten tot maximaal dat Wmg-tarief vergoed. De door de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig vastgestelde vergoedingen zijn te vinden in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders basisverzekering 2024', die raadpleegbaar is via zijn website. Volgens de ziektekostenverzekeraar geldt op grond van deze lijst voor nierdialyse bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een maximale vergoeding van € 1.120,31 bij 1 tot maximaal 3 dialyses per week. Dat hiervan in haar geval sprake is, is door verzoekster niet weersproken. Aangezien verzoekster in totaal achttien weken nierdialyse heeft gehad, waarbij sprake was van 1 tot maximaal 3 dialyses per week, bestaat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van totaal € 20.165,58 voor de dialysebehandelingen in Suriname in de periode van 1 juli 2024 tot en met 28 oktober 2024.
- 6.6. Verzoekster heeft gesteld dat de gemaximeerde vergoeding haar niet kan worden tegengeworpen, omdat zij tijdig contact heeft gezocht met de Alarmcentrale en men haar tijdens telefoongesprekken in januari en februari 2024 geen informatie kon geven over gecontracteerde zorgaanbieders in Suriname waarbij zij nierdialyse kon ondergaan. De commissie overweegt dat ten aanzien van deze telefoongesprekken geen informatie is overgelegd, zodat zij niet kan vaststellen wat destijds is besproken. De commissie is wel van mening dat het niet zorgvuldig is als niet al in januari/februari op een dergelijke vraag van verzoekster is gereageerd, terwijl een antwoord op de vraag naar gecontracteerde zorgaanbieders in veel voorkomende vakantielanden ook niet op de website te vinden was. Wat op basis van de overgelegde informatie wel kan worden vastgesteld is het volgende. Tijdens haar bezoek aan Suriname in 2023 is door de Alarmcentrale aan verzoekster medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar niet meer samenwerkte met deze zorgaanbieder. Vanwege bijzondere omstandigheden heeft de ziektekostenverzekeraar de dialyse in 2023 toch volledig vergoed. Verzoekster was derhalve al in januari 2024 ervan op de hoogte dat zij te maken had met een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontacteerde zorgaanbieder. Op 30 april 2024 is door de Nederlandse nefroloog namens verzoekster een garantieverklaring aangevraagd voor nierdialyse in Suriname bij deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster heeft in haar brief van 9 juni 2024 aan de ziektekostenverzekeraar geschreven dat naar aanleiding hiervan door de Alarmcentrale is gebeld met verzoekster. Haar is toen medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar niet samenwerkte met deze zorgaanbieder, dus dat geen garantieverklaring zou worden afgegeven. Verzoekster kon wel een machtiging aanvragen bij de ziektekostenverzekeraar, maar de kosten zouden niet volledig worden

vergoed. Bij die gelegenheid is tevens aan verzoekster medegedeeld met welk nierdialysecentrum in Suriname de ziektekostenverzekeraar wel samenwerkte. Verzoekster heeft vervolgens nog wel getracht te achterhalen waarom de zorgaanbieder niet was gecontracteerd, maar de reden daarvan doet hier verder niet ter zake. Bij aanvraagformulier van 27 mei 2024 heeft verzoekster een machtiging gevraagd voor medisch specialistische zorg in het buitenland, bij de door haar gewenste zorgverlener. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens nog om aanvullende informatie gevraagd, die door verzoekster is aangeleverd. Bij brief van 5 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld welke bedrag zou worden vergoed voor de aangevraagde nierdialyse. Dit betekent dat verzoekster, voorafgaand aan de start van de periode van nierdialyse, te weten 1 juli 2024 tot en met 28 oktober 2024, op de hoogte was van de maximale vergoeding die zij zou ontvangen als zij zich voor nierdialyse in Suriname naar de niet-gecontracteerde zorgaanbieder in kwestie zou wenden. Naar het oordeel van de commissie wist verzoekster tijdig dat de door haar gekozen zorgaanbieder niet gecontracteerd was en heeft zij er vervolgens toch zelf voor gekozen de nierdialyse bij deze zorgaanbieder te laten plaatsvinden. Zij had zich ook kunnen wenden tot de zorgaanbieder die de Alarmcentrale heeft voorgesteld. De stelling van verzoekster dat dit niet meer mogelijk was omdat zij op korte termijn naar Suriname zou vertrekken, wordt door de commissie niet gevolgd, nu in de polisvoorwaarden staat dat een verzekerde zelfs tot twee weken voor vertrek contact kan opnemen met de Alarmcentrale om deze zorg in het buitenland te regelen.

Volgens verzoekster had het haar moeite gekost een plek te regelen bij de zorgaanbieder en zou het onbehoorlijk zijn af te zeggen. De commissie merkt op dat het verzoekster vrij stond de nierdialyse bij de niet-gecontracteerde zorgaanbieder te ondergaan. Dit heeft echter de consequentie dat de kosten hiervan maar gedeeltelijk worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Indien verzoekster had gekozen voor een zorgaanbieder waarmee de Alarmcentrale wel een samenwerking had, zou de Alarmcentrale garant hebben gestaan en waren de kosten van de dialysebehandelingen volledig vergoed. Dat verzoekster nu wordt geconfronteerd met kosten die voor haar rekening blijven is daarmee het gevolg van haar eigen keuze.

- 6.7. De stelling van verzoekster dat de kosten volledig dienen te worden vergoed omdat de kosten van dialysebehandelingen in Thailand eerder wel volledig zijn vergoed, treft geen doel. Het feit dat deze kosten destijds zijn vergoed, maakt niet dat de kosten van de nierdialyse in Suriname in 2024 zonder meer volledig moeten worden vergoed. Ook de stelling van verzoekster dat zij voor nierdialyse in Suriname bij dezelfde zorgaanbieder in 2023 nog volledige vergoeding heeft ontvangen, en sindsdien niet veel tijd is verstreken, treft geen doel. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband onweersproken gesteld dat de vergoeding voor de dialysebehandelingen in 2023 in Suriname een eenmalige tegemoetkoming betrof, die geen recht geeft op volledige vergoeding bij een nieuwe aanvraag. De commissie merkt in dit verband op dat verzoekster over de nierdialyse in Suriname in 2023 heeft toegelicht dat zij tijdens de nierdialyse in Suriname van de Alarmcentrale heeft vernomen dat zij geen machtiging kreeg voor de nierdialyse, omdat zij zich tot een – ook toen al - niet-gecontracteerde zorgaanbieder had gewend.
- 6.8. Ten aanzien van de gevorderde vergoeding van de kosten van rechtsbijstand overweegt de commissie dat deze vordering door verzoekster niet is onderbouwd. Reeds om die reden wordt dit onderdeel van het verzoek afgewezen. De commissie merkt hierbij in algemene zin op dat, op grond van artikel 21 van het toepasselijke reglement, elke partij in beginsel de eigen kosten draagt. Wel ziet de commissie in het feit dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding lopende de procedure heeft gecorrigeerd aanleiding te bepalen dat hij aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Slotsom

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) het verzoek wordt afgewezen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 24 april 2025,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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 en 37), Farmaceutische zorg (artikel 34 Geneesmiddelen) en Hulpmiddelenzorg (artikel 36) 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 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 de originele nota naar ons opsturen. Kijk voor meer informatie op pagina 2. 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.

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).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

- a. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvoelstoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijn syndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
- b. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker;
- c. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2024 combinatiebehandeling van cytereductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht;
- d. Van 1 april 2019 tot 1 maart 2024 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen;
- e. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
- f. 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.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 lid 6 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

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-vitrofertilisatiepoging 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 prena-

tale screening. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht 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 fysisch audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

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.

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.

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 fysisch 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.