

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, en CZ Zorgverzekeringen N.V. en OWM CZ groep U.A., beide te Tilburg
Zaak	: Buitenland, Irak, medisch specialistische zorg, rugoperatie, indicatie, doelmatigheid
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer	: 202102272
Zittingsdatum	: 5 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V., en
 - 2) OWM CZ groep U.A., beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 19 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 april 2022 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, gedateerd 30 juni 2022, heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Deze brief is eerst op 27 juli 2022 door de commissie ontvangen. Een kopie hiervan is op 27 juli 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 24 augustus 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022030352) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 augustus 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 oktober 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 oktober 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 augustus 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut de door de commissie gestelde vraag beantwoord. Een kopie van het definitieve advies is op 26 oktober 2022 aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop schriftelijk te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Just Basic (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Just Live (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Just Tand 1 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoeker is tijdens een verblijf in Irak in 2021 geopereerd aan zijn rug. Na terugkomst in Nederland heeft hij de kosten van de ingreep ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. In het verslag van 13 juli 2021 van de gemaakte MRI staat het volgende vermeld:

"Lumbosacral spine MRI:

- Normal vertebral alignment*
- Partially Dehydrated lower lumbar intervertebral discs.*
- No Spinal canal stenosis*
- Conus medullaris seen at L1 level.*
- L4-5 and L5-S1: left paracentral disc protrusion indenting thecal sac and narrowing the left exit foramina (more at L4-5)*
- The rest of the lumbar intervertebral discs appear within normal limits*
- No other remarkable findings."*

3.4. Bij brief van 10 augustus 2021 heeft de behandelend neurochirurg over verzoeker verklaard:

"Medical history: the patient with suffering severe lower back pain. Requested to MRI LSS requested we shows herniated disc on L4-L5. Prescribed medicine and requested an x- ray. After 10 days the patient returned and he still have pain in the lower back pain is heavy active excruciating pain. He did surgery after one day discharge to home."

Op 17 augustus 2021 heeft de behandelend neurochirurg over verzoeker verklaard:

"I certify that this patiënt complained from severe back pain when he visited my clinic. Mri lss showed big L4L5 disc prolapse.

Surgery inform of discectomy done as emergency operation in (PAR private hospital) on 28, July, 2021.

He remained one day postoperatively in hospital, and received treatment and dressing of wound 12 days after surgery at home.

The following list is the detail pre and post operation costs

- 1. Clinic visits \$ 54*
- 2. Preoperative MRI spine \$ 54*
- 3. Preoperative XR \$17*
- 4. Pharmacy (pink line) \$ 45*
- 5. Postoparion wound dressing \$ 86*
- Total cost= \$ 256"*

Op 7 september 2021 heeft de behandelend arts, naar aanleiding van een verzoek van de ziektekostenverzekeraar om aanvullende informatie, over verzoeker verklaard:

"The treatment was medically necessary because of the severe back pain. Before the surgery we tried to reduce the pain with the following medications (naclofen tab 75 mg 1x1, mydocalm tab 1x3, nutraflex ointment 1x3, all for 10 days) but back pain not subsided and patiënt still was in severe pain."

3.5. Bij brief van 15 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor vergoeding van de rugoperatie in Irak is afgewezen.

- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. Bij brief van 24 augustus 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.8. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de in Irak uitgevoerde ingreep alsnog moet vergoeden.
- 4.2. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat hij al jaren kampt met rugklachten. Zijn arts in Nederland heeft hem in 2017 al geadviseerd om zich te laten opereren. Hij heeft echter geprobeerd een operatie te vermijden met behulp van onder andere epidurale injecties, fysiotherapie, zwemmen en sporten. Desondanks kon verzoeker voor de operatie maar maximaal 30 minuten wandelen.

Tijdens een vakantie in Irak werd zijn rugpijn ondraaglijk. Ook het lopen werd hierdoor beperkt. Verzoeker heeft daarom ter plaatse een arts bezocht. Deze medisch specialist heeft hem toen sterkaangeraden zich te laten opereren.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de arts in Irak hem in eerste instantie heeft geadviseerd om tien dagen rust te nemen plus medicatie om te kijken of de pijn zou weggaan. Dit waren volgens verzoeker de tien ergste dagen van zijn leven. Hij is daarom na die tien dagen terug gegaan naar de arts. De arts adviseerde hem toen om zich te laten opereren. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd heeft verzoeker verteld dat hij destijds wel kon lopen, maar dat kostte veel moeite en deed veel pijn. Hij had geen problemen met plassen.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten, omdat hij niet was aangewezen op de desbetreffende ingreep. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat een operatie vanwege een hernia nuclei pulposi (HNP) kan worden uitgevoerd in geval van uitstraling (radiculaire symptomen). De MRI toont geen wortelcompressie aan. Daarnaast bieden zowel de MRI als het lichamelijk onderzoek en de anamnese geen aanknopingspunten om het niveau van opereren in relatie te brengen met de chronische rugpijnklachten van verzoeker. Dit is door de behandelend arts ook niet objectief onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar stelt daarnaast in de heroverweging van 30 november 2021 dat de uitgevoerde ingreep niet doelmatig is.

Naar aanleiding van een brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 10 februari 2022 een door zijn medisch adviseur opgestelde aanvullende uitleg gegeven. Hierin is toegelicht dat sprake is van een hernia als de inhoud van de discus naar buiten puilt door een scheur in de discus. Dit is blijkens de MRI bij verzoeker niet aan de orde. Het betreft een discusprotrusie, en dat is iets anders. De behandelend medisch specialist meent dat wel sprake was van een hernia, maar dit blijkt niet uit de bevindingen van het lichamelijk onderzoek en de anamnese. Er bestonden geen specifieke

klachten, passend bij een neurocompressie op niveau L4-L5. Er was geen uitstralende pijn in het betreffende gebied en ook geen gevoelsstoornis of motorische zwakte specifiek voor dat niveau.

Uit de overgelegde informatie blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar niet van een duidelijke operatie-indicatie van de rug. Dit is alleen het geval als de specifieke afwijkingen/klachten ook passen bij een (met MRI of met klinische beeldvorming: anamnese en onderzoek) aangetoonde neurocompressie op het niveau waarbij die afwijkingen/klachten horen. Hiervan is niet gebleken.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat uit het dossier niet blijkt dat sprake was van een verzekeringsindicatie voor de operatie.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 24 augustus 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Niet ter discussie staat dat een chirurgische ingreep bij patiënten met een Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) op basis van lumbosacrale hernia nuclei pulposi (HNP) valt onder de zorg, zoals neurochirurgen plegen te bieden, dit volgt namelijk uit de in de Nederland geldende richtlijnen. Daarnaast is in de Nederland geldende richtlijnen opgenomen dat het voldoende duidelijk is dat de chirurgische ingreep veilig en effectief is. Het geschil betreft de vraag of er bij verzoeker sprake is van een acuut LRS en of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de hernia-operatie.

Op basis van de in Nederland geldende richtlijnen, blijkt dat bij de beoordeling of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde operatie, de duur van de klachten en de onvoldoende effectieve conservatieve behandeling op het moment van de operatie een rol speelt. De richtlijnen geven aan dat indien de pijn niet afneemt na 10-12 weken chirurgisch ingrijpen bij een LRS op basis van een HNP overwogen kan worden.

Verzoeker had al jaren rugklachten. Uit de bijgevoegde foto's kan worden opgemaakt dat in de lage rug enkele tussenwervelschijven de neiging hadden om uit te stulpen (protrusie). Om de klachten te koppelen aan een specifieke te opereren locatie in de onderrug, is een combinatie van bevindingen uit anamnese, onderzoek en aanvullend onderzoek nodig. In het dossier ontbreekt de volledige data van anamnese (acute moment, uitstraling, erger bij hoest) en lichamelijk onderzoek (uitval sensomotoriek, uitval reflexen, Lasègue positief) om de diagnose LRS onomstotelijk vast te stellen.

De brief van de behandelaar van d.d. 16 april 2022 bevat informatie die zou kunnen duiden op een LRS; ernstige rugpijn met uitstraling naar het linker been, en een L4-5 tussenwervelschijf die op de zenuwwortel drukt. Er was echter geen sprake van een spoedindicatie voor een operatie (binnen twee weken). Indicaties voor een eventuele spoedoperatie kunnen zijn een (progressieve) verlamming van het been, of incontinentie voor ontlasting of urine (cauda-equina-syndroom).

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een (spoed) hernia-operatie. De indicaties voor een spoed hernia-operatie zijn (progressieve) verlamming van het been, of incontinentie voor ontlasting of urine (cauda-equina-syndroom). Hiervan was bij verzoeker geen sprake. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de operatie ten laste van de basisverzekering (commissie: lees 'zorgverzekering')."

- 6.2. In het definitief advies van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Bij een episode van acuut Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS), zoals vermoed is opgetreden toen verzoeker op vakantie was, drukt de uitpuilende tussenwervelschijf continue tegen de zenuw aan die naar bil/been loopt. Verzoeker had weliswaar een lange voorgeschiedenis van rugklachten en conservatieve behandelingen, maar zonder duidelijke of bewezen aanwijzingen voor een LRS. Bij een dergelijke acute verergering van de chronische rugklachten is het gebruikelijk dat eerst 10-12 weken optimale conservatieve behandeling (medicatie, fysiotherapie, injectie) plaatsvindt. Dit is niet gebeurd bij verzoeker. Operatie van een lumbale (onderrug-) hernia kan wel plaatsvinden als het LRS na die periode van 10-12 weken nog steeds aanwezig is.

Zoals aangegeven in het voorlopig advies, kunnen indicaties voor een spoedoperatie zijn: een (progressieve) verlamming van het been, of incontinentie voor ontlasting of urine (cauda-equinasyndroom).

Hiervan was geen sprake bij verzoeker.

Kortom, er was geen indicatie voor een herniaoperatie gezien de korte duur van het (vermoede) LRS, en ook niet voor een acute herniaoperatie."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 en het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. De zorgverzekering biedt op grond van artikel B.2.2 aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland. Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. In artikel B.4 is opgenomen dat aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg. In artikel A.3.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg waarop de verzekerde - gelet op zijn indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg moet daarnaast doelmatig zijn.
- 8.3. Een hernia-operatie zoals door verzoeker is ondergaan, behoort tot de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en voldoet daarnaast aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee is sprake van verzekerde zorg, en komt de vraag aan de orde of verzoeker redelijkerwijs op deze zorg was aangewezen. Het Zorginstituut komt in zijn advies van 24 augustus 2022 tot de conclusie dat bij verzoeker mogelijk een acuut Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) aan de orde was: ernstige rugpijn met uitstraling naar het linker been en een L4-5 tussenwervelschijf die op de zenuwwortel drukte. Bij een dergelijke acute verergering van de chronische rugklachten is het gebruikelijk dat eerst 10-12 weken optimale conservatieve

behandeling plaatsvindt. Dit is niet gebeurd bij verzoeker ten tijde van de rugklachten in Irak. Daarom was er geen indicatie voor een operatie.

Er was voorts geen sprake van (progressieve) verlamming van het been, of incontinentie voor ontlasting of urine (cauda-equinasyndroom). Daarom had verzoeker evenmin een indicatie voor een spoed hernia-operatie. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut en neemt de conclusie hiervan over.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.4. Artikel D.14 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland. Spoedeisende zorg wordt in dit artikel gedefinieerd als medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. In 8.4 is geconcludeerd dat verzoeker niet was aangewezen op de door hem ondergane behandeling omdat bij een acuut LRS eerst conservatief dient te worden behandeld en een indicatie voor een spoed hernia-operatie ontbrak. Voor de ingreep bestond daarom geen medische noodzaak en om die reden heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 januari 2023,

H.A.J. Kroon

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

- art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv

2. Voorwaarden zorgverzekering

- art. A.3.2, B.2.2, B.4

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. 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;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslapte 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 gehemeltespelen, 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.

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.

meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

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

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

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

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

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

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

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

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
 - De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
 - De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
 - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die

zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

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

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden.

In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarissafschrift aan ons toestuurt van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk;

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

B.1. Vervallen

B.2. Buitenlandzorg

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

Voorbeeld:

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

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het bui-

tenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

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

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Huisartsenzorg omvat onder andere:

- gezondheidsadvies en preventieve zorg zoals stoppen met roken (zie artikel B.21.2.),

problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;

- behandeling;
- diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- aanvraag van een MRI voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- conceptiezorg, dit omvat een conceptieconsult op verzoek van de verzekerde. Het betreft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden, infectierisico, sociaaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene medische onderwerpen zoals medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten/vaccinaties;
- ketenzorg, als sprake is van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - (Cardio)Vasculair Risico Management (CVRM) bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.De zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden. Consulten kunnen ook via internet plaatsvinden, als hierover in het zorgprogramma afspraken zijn gemaakt.

Let op!

- De zorg omvat niet:
 - medische screening of check up, uitsluitend op verzoek van de verzekerde zonder dat daarvoor een medische noodzaak bestaat;
 - advies en vaccinaties voor reizen naar het buitenland. Deze zorg valt onder artikel D.2.3.
- Een MRI of laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een instelling voor medisch specialistische zorg of een zelfstandig laboratorium, wordt verrekend met het eigen risico. Ook als dit plaatsvindt op verzoek van de huisarts.
- Consulten en behandelingen uitgevoerd door

bent begonnen, dan voortzetten op de kosten van de volgende zorgverzekeraar.

Voorwaarden

Algemeen

- Een verzekerde van 16 of 17 jaar heeft aanspraak op de zorg als de huisarts de zorg ook voor deze betreffende verzekerde passend acht.
- U kunt pas deelnemen aan de onderhoudsfase als u de behandelphase volledig hebt doorlopen.
- U hebt ten minste een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR), uitgedrukt in Body Mass Index (BMI). U hebt een indicatie voor de zorg als u:
 - een BMI hebt vanaf 30 kg/m²; of
 - een BMI hebt vanaf 25 kg/m² en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM type II gebaseerd op de zorgstandaarden CVRM, Obesitas, en Diabetes; of
 - een BMI hebt vanaf 25 kg/m² en bij u artrose of slaapapneu is vastgesteld.
- De zorg wordt gegeven in de vorm van een door ons erkend zorgprogramma; u kunt deze op onze website vinden.

Zorgverlener

Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN) verleent in afstemming en terugkoppeling met de verwijzende zorgverlener de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de GLI verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u al eerder gebruik hebt gemaakt van deze zorg en u een volgende keer van een zorgprogramma gebruik wilt maken.

Tarieven

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

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U bent verzekerd voor:

- geneeskundige zorg;
- preventieve zorg;
- gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

(zie artikelen B.19.2. en B.19.3.)

- mondzorg door een kaakchirurg. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij in dit artikel verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
- Medisch specialistische zorg zonder opname (niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
- Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- Medische revalidatie en geriatrische revalidatie (zie artikel B.4.6.);
- Orgaantransplantatie (zie artikel B.4.7.);
- Dialyse zonder opname (zie artikel B.4.8.);
- Mechanische beademing (zie artikel B.4.9.);
- Onderzoek naar kanker bij kinderen (zie artikel B.4.10.);
- Trombosedienst (zie artikel B.4.11.);
- Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (zie artikel B.4.14.);
- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Echoscopie (zie artikel B.5.2.);
- Prenatale screening (zie artikel B.5.3.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:
 - liposuctie van de buik;
 - het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd of als er geen sprake is van agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
 - het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
 - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 - sterilisatiebehandelingen;
 - behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
 - een medisch niet noodzakelijke besnijdenis

- (circumcisie);
- correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
- parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

Let op!

De volgende uitgesloten zorg kan wel verzekerd zijn in een aanvullende verzekering. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dit zo is. Het gaat hierbij om:

- Sterilisatie;
- Ongedaan maken van sterilisatie;
- Correctie van de oorstand;
- Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren);
- Cosmetische behandelingen;
- Behandeling tegen snurken;
- Vervanging van borstprothese;
- Behandeling met een redressiehelm.

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.
- Het is mogelijk dat u in het buitenland opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer

verschillende (verpleeg)klassen kent. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

Voorwaarden

Algemeen

- De opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg (waaronder medisch specialistische zorg).
- Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
 - wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
 - wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten bent u voor aanvang van de behandeling door een tandarts verwezen.
- Als het gaat om zorg die verband houdt met zwangerschap en/of een bevalling mag u voor aanvang van de behandeling ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltepleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Meer informatie over aanvragen

kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Tarieven

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

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

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

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

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Overige zorg wordt wel verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer

zijn gekoppeld.

- u 18 jaar of ouder zijn.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts, bedrijfsarts, GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltepleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik;
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld:

een instelling voor medisch specialistische zorg;

- o De verzorgende ouder heeft bij ons een aanvullende verzekering die recht geeft op deze vergoeding van kinderopvang;
- o De vergoeding begint op de dag na de opname van de verzorgende ouder;
- o De kinderopvang valt buiten de uren die u normaal al hebt geregeld, voordat sprake was van opname in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zorgverlener

Voor 24-uurs verzorging (a.) en voor zorgondersteuning (b.) wordt de zorg geleverd door een professionele organisatie.

De kinderopvang (c.) vindt plaats bij een geregistreerd kindercentrum of een geregistreerde gastouder.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is alleen nodig voor 24-uurs verzorging (a.) en voor zorgondersteuning (b.).

Tarieven

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

D.13.9. Vervallen

D.14. Buitenland spoedeisende zorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat de hieronder genoemde vormen van spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Spoedeisende zorg is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.

Wij vergoeden:

- a. de “boventarief” kosten.

In het buitenland bent u verzekerd voor dezelfde zorg (in inhoud en omvang) als waarvoor u in Nederland (of uw woonland) verzekerd bent. Uw zorgverzekering en uw aanvullende verzekering vergoeden de kosten volgens de Nederlandse tarieven.

Contact met de hulpdienst is verplicht. U moet contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben.

De tarieven van de buitenlandse zorg kunnen echter afwijken van de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven:

- o lager zijn dan de Nederlandse tarieven,

vergoeden wij dit lagere buitenlandse tarief.

- o hoger zijn dan de vergoeding volgens Nederlandse tarieven, die u uit uw zorgverzekering of uw aanvullende verzekering krijgt, blijft er een bedrag over. Wij noemen dit bedrag het “boventarief”.

Wij vergoeden vanuit dit artikel dit “boventarief” (inclusief de vergoeding volgens de Nederlandse tarieven) tot maximaal het tarief dat op uw Vergoedingen Overzicht staat;

- b. mondzorg bij spoed door een tandarts;

- c. repatriëring (terugkeer) van de zieke verzekerde inclusief medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige. Dit is het ziekenvervoer van uw tijdelijke verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotselinge ziekte of uw behandeling in het buitenland naar een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland, of als u daar niet woont, naar een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland.

Contact met de hulpdienst is verplicht. U moet contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben.

De repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat naar ons oordeel:

- o de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- o behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is;
- o behandeling in het buitenland ter plaatse veel duurder is dan behandeling in het woonland/Nederland.

- d. begeleiding door een aantal gezinsleden van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. gerepatriëerd wordt;

- e. (vervallen);

- f. vervoer van het stoffelijk overschot:

1. terug naar Nederland van de verzekerde die buiten Nederland is overleden en tot zijn overlijden in Nederland heeft gewoond, of;
2. terug naar het woonland van de verzekerde die buiten zijn woonland is overleden.

De vergoeding betreft kosten die rechtstreeks samenhangen met het vervoer van het stoffelijk overschot uit het land van overlijden terug naar Nederland of naar het woonland. Onder deze kosten vallen de kosten om het stoffelijk overschot te bewaren, te verzorgen en gereed te maken voor vervoer, kosten van het vervoer zelf en ook overheidskosten, zoals leges en rechten

Contact met de hulpdienst is verplicht. U moet

contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben.;

- g. toezending van noodzakelijke medicijnen en/of hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld de kosten van een koerier. Wij bedoelen niet de aanschafkosten van de middelen;
- h. kosten van (tele)communicatie met onze hulpdienst voor het verkrijgen van de noodzakelijke zorg;
- i. medisch advies door het Medisch Team van onze hulpdienst voorafgaande aan of tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland.

Of uw aanvullende verzekering vergoeding voor deze zorg geeft, staat op uw Vergoedingen Overzicht. Als deze zorg vergoed wordt, dan is dat samen met de vergoeding uit de zorgverzekering tot een maximum dat ook op uw Vergoedingen Overzicht staat. Kijkt u daar welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden.

Let op!

- In de zorgverzekering is deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd. In artikel B.2.2. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent. Die zorg gaat vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de bijkomende kosten, kosten van douaneheffing en retourvracht van toegezonden medicijnen en/of hulpmiddelen.
- Wanneer u bijvoorbeeld met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) verzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.
- Het terugbrengen van een overledene valt niet onder de zorgverzekering en ook lang niet altijd onder een aanvullende verzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.
- Wij vergoeden alleen maar zorg in het buitenland als u daar tijdelijk verblijft. Bent u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er vanuit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft. De kosten van zorg die u maakt na de 365^e dag, komen dan niet meer voor vergoeding in aanmerking.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering of een afzonderlijk af-

gesloten (reis)verzekering;

- Uw verblijf is tijdelijk. Daarvan is sprake, als u maximaal 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent.
- Het bedrag dat u voor buitenlandse zorg declareert, mag niet hoger zijn dan gebruikelijk is in het land waar u tijdelijk verblijft;
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- U moet geheel meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgverlener

Een zorgverlener die gevestigd is in het buitenland waar u tijdelijk verblijft, verleent de zorg. Deze zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.14.2. Vervallen

D.15. Voetzorg

D.15.1. Algemene voetzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden voetzorg (podologie en podotherapie).

Hoeveel wij vergoeden staat op het Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Vanuit dit artikel D.15.1. vergoeden wij niet:
 - steunzolen;
 - hulpmiddelen voetzorg;
 - behandelingen van patiënten bij reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen;
 - persoonlijke verzorging zoals het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging.
- In de zorgverzekering kan deze zorg al gedeel-