



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Ziektekostenverzekeringen NV te Tilburg
Zaak : EU/EER, Spanje, rhinoplastiek (neuscorrectie), passabiliteitsprobleem, man-naar-vrouw transitie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer : 202001210
Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

OHRA Ziektekostenverzekeringen NV te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 12 mei 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
De commissie heeft geconstateerd dat op dat moment niet werd voldaan aan artikel 3, vierde lid, van haar reglement, zodat zij niet bevoegd was van het geschil kennis te nemen. Verzoekster had de ziektekostenverzekeraar namelijk nog niet de mogelijkheid geboden zijn beslissing, die aanleiding gaf tot het starten van de procedure, te heroverwegen.
- 2.2. Op 4 juni 2020 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar alsnog per brief de gelegenheid geboden zijn beslissing te heroverwegen.
Op 6 juli 2020 heeft verzoekster de commissie per e-mail meegedeeld dat zij geen reactie van de ziektekostenverzekeraar had ontvangen. De commissie heeft vervolgens geconstateerd dat de ziektekostenverzekeraar de redelijke mogelijkheid was geboden zijn beslissing te heroverwegen, zodat is voldaan aan artikel 3, vierde lid, van haar reglement. Op 6 juli 2020 heeft de commissie verzoekster en de ziektekostenverzekeraar per brief meegedeeld dat zij bevoegd is van het geschil kennis te nemen.
- 2.3. Op 18 juli 2020 heeft verzoekster per e-mail nadere informatie aan de commissie gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 augustus 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.5. Verzoekster heeft op 13 september 2020 aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 14 september 2020 aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) gezonden.
- 2.6. Op 16 september 2020 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2020037925) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 21 september 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.7. Op 23 en 25 september 2020 heeft verzoekster haar standpunt per e-mailberichten nader onderbouwd en de commissie verzocht om een kopie van haar verzoek aan het Zorginstituut om voorlopig advies. De commissie heeft partijen op 25 september 2019 een kopie van de door verzoekster gevraagde brief gestuurd, waarbij voor de ziektekostenverzekeraar kopieën van de e-mailberichten van verzoekster waren gevoegd. Op 27 september 2020 heeft verzoekster haar standpunt per e-mail wederom nader onderbouwd. Kopieën van de betreffende berichten zijn op 2 oktober 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 2.8. Op 11 oktober 2020 heeft verzoekster per e-mail haar standpunt nader onderbouwd. De commissie heeft besloten een deel van de informatie, te weten de meegestuurde foto's van het geslachtsdeel, buiten de procedure te laten. Op 26 oktober 2020 zijn partijen hierover per brief geïnformeerd.
- 2.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2020 gehoord. Op of omstreeks het tijdstip van aanvang van de hoorzitting heeft verzoekster de commissie een pleitnota gestuurd. Deze is ter zitting niet voorgedragen en wordt daarom als tardief buiten de procedure gelaten.
- 2.10. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 26 oktober 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 28 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 29 oktober 2020 aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Verzoekster heeft op 2 november 2020 van deze mogelijkheid gebruikgemaakt. Een kopie van haar e-mailberichten zijn op 10 november 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoekster is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Tandengaan 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij verzoekster is genderdysforie vastgesteld. Zij is momenteel bezig met een man-naar-vrouw transitie. Verzoekster wenst in dat kader gezichtsvervrouwelijking te ondergaan.
- 3.3. Eerder diende verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag in voor een voorhoofd- en kinreconstructie met gelijktijdige haartransplantatie, uit te voeren te Málaga (Spanje). In het geschil dat hierover tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar is ontstaan, heeft de commissie op 4 maart 2020 een bindend advies uitgebracht (zaaknummer 201801726).
- 3.4. In vervolg op dit bindend advies heeft verzoekster de betrokken Spaanse zorgaanbieder geconsulteerd. De Spaanse zorgaanbieder vond in aanvulling op het eerdere behandelplan een rhinoplastiek (neuscorrectie) aangewezen. Deze zorgaanbieder heeft, voor zover hier van belang, verklaard:
"(...)
From FACIALTEAM; surgical group dedicated exclusively to Facial Gender Confirmation Surgery, we strongly appeal to include a Feminization Rhinoplasty in the treatment plan of [naam verzoekster].
The nose is considered to be a strong gender marker and it's feminization can help strongly in order to treat [naam verzoekster]'s dysphoria.
(...)"
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 april 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat zij geen akkoordverklaring krijgt voor een rhinoplastiek, uit te voeren te Málaga (Spanje). Tevens heeft hij op 7 april 2020 per brief aan verzoekster een geclausuleerde garantieverklaring ('garantie of payment') afgegeven voor een voorhoofd- en kincorrectie.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Zij heeft hem daarbij verzocht de kosten voor het totale behandelplan, de haartransplantatie uitgezonderd, ten bedrage van € 27.810,- te vergoeden. Op 14 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

3.7. Op 16 september 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“Juridisch kader

In 2010 heeft het CVZ (nu Zorginstituut Nederland) onderstaande standpunt ingenomen over aangezichtschirurgie bij man-vrouw transseksuelen:

Aangezichtschirurgie bij man-vrouw transseksuelen behoort tot de te verzekeren prestaties Zvw, indien bij de man-vrouw transseksueel sprake is van een passabiliteitsprobleem. Men spreekt van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren.

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

(...)

VAV werkwijzer

In de VAV Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard is de beoordeling van [de] verzekeringsindicatie voor aangezichtschirurgie bij man-vrouw transgenders als volgt uitgewerkt:

- als eerste moet worden vastgesteld of er sprake is van een passabiliteitsprobleem en indien dit zo is;
- in tweede instantie bepaald dient te worden welk uiterlijk kenmerk het meest aan dit passabiliteitsprobleem bijdraagt (daarbij is de uiterlijke kenmerkenlijst een hulpmiddel dat gebruikt kan worden). Tenslotte dient de voorgenomen ingreep zich vooral te richten op die kenmerken die het meeste bijdragen aan de passabiliteitsstoornis, waarbij het aannemelijk is dat correctie hiervan de passabiliteitsstoornis opheft.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Op basis van de beschikbare informatie is niet aangetoond dat een rhinoplastiek naast de geplande voorhoofd- en kin correctie noodzakelijk is om de passabiliteitsstoornis op te heffen. Het beroep van [de] behandelend plastisch chirurg wordt niet verder onderbouwd. De neus imponeert niet als typisch mannelijk. Ook blijkt geen sprake van een verminking anderszins of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat sprake is van een verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van een rhinoplastiek."

3.8. Op 28 oktober 2020 heeft het Zorginstituut over verzoekster verklaard:

"(...) Naar aanleiding van de ontvangen stukken merkt het Zorginstituut het volgende op. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat niet is aangetoond dat een rhinoplastiek naast de geplande voorhoofd- en kin correctie noodzakelijk is om de passabiliteitsstoornis op te heffen. Daarbij heeft het Zorginstituut aangegeven dat de aanvraag van de behandelend plastisch chirurg niet voldoende onderbouwd is.

De aanvullende stukken bevatten geen nadere onderbouwing van de behandelend plastisch chirurg. Het voorlopig advies wijzigt daarom niet. Het Zorginstituut voegt hieraan nog toe dat uit de uiterlijke kenmerken lijsten blijkt dat voor de neus niet consequent wordt aangegeven dat het kenmerk vrij- of heel mannelijk voorkomt. De neus wordt tweemaal als 'neutraal' beoordeeld. (...)".

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) zij aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van een voorhoofdreconstructie, kinreconstructie en rhinoplastiek ten bedrage van € 27.810,--;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden deze kosten voorafgaand aan de behandeling door middel van rechtstreekse betaling of betaling via haar financieel beheerder aan de Spaanse zorgaanbieder te (laten) voldoen, dan wel
- (iii) haar tijdige ongeclausuleerde garantieverklaring dient te verstrekken voor € 27.810,--.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over behandelingen van plastisch-chirurgische aard en uit Vo. nr. 883/2004 over planbare 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. De commissie tekent aan dat de voorhoofdreconstructie, kinreconstructie en haartransplantatie in deze procedure geen onderwerp van geschil zijn. Met betrekking tot deze behandelingen heeft de commissie op 4 maart 2020 reeds een bindend advies uitgebracht. Hierin is zowel de aanspraak op de betreffende behandelingen als de hoogte van de vergoeding voor de voorhoofd- en kinreconstructie aan bod gekomen. De onderhavige beoordeling zal daarom enkel betrekking hebben op de nadien ingediende aanvraag voor een rhinoplastiek. Dat de rhinoplastiek medisch gezien niet los kan worden gezien van de voorhoofd- en kinreconstructie, zoals door verzoekster in de onderhavige procedure is gesteld, is niet juist en deze stelling wordt om die reden gepasseerd.

Zorgverzekering

6.3. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Het betreft hier geplande zorg in een andere EU-lidstaat, te weten Spanje, zoals bedoeld in artikel 20 Vo.nr. 883/2004. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker meegedeeld dat hij van mening is dat een (verzekerings)indicatie voor een rhinoplastiek ontbreekt. Als dit standpunt juist is, hetgeen hierna door de commissie zal worden beoordeeld, dan bestaat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de aangevraagde rhinoplastiek.

6.4. De zorgverzekering biedt dekking voor een rhinoplastiek als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, verminking door ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting of een aangeboren misvorming van het benig aangezicht. Bij de beoordeling van de aanspraak op plastisch chirurgische behandelingen hanteert de ziektekostenverzekeraar de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV

Werkwijzer, voorheen VAGZ werkwijzer). Het voorgaande is opgenomen in artikel B.4.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.5. Tussen partijen is niet in geschil dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of aangeboren misvorming van het benig aangezicht. Hetgeen hen verdeeld houdt, is of kan worden gesproken van verminking.
- 6.6. Verminking in het kader van aangezichtschirurgie ten behoeve van de transitie van man naar vrouw bestaat als sprake is van een passabiliteitsprobleem. De definitie hiervan is opgenomen in het standpunt van het CVZ (de rechtsvoorganger van het Zorginstituut) van 22 maart 2010 genaamd 'Zorg aan transseksuelen behoort grotendeels tot het terrein van de Zvw en deels tot het terrein van de AWBZ en de Wmo'. Het standpunt luidt, voor zover hier van belang: *"Men spreekt van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren."*
- 6.7. In de VAV Werkwijzer is ten aanzien van de aanspraak op aangezichtschirurgie op basis van een passabiliteitsprobleem, het standpunt van het CVZ uit 2010 in oenschouw nemend, het volgende vermeld:
- *als eerste moet worden vastgesteld of er sprake is van een passabiliteitsprobleem en indien dit zo is;*
 - *in tweede instantie bepaald dient te worden welk uiterlijk kenmerk het meest aan dit passabiliteitsprobleem bijdraagt (daarbij is de uiterlijke kenmerkenlijst een hulpmiddel dat gebruikt kan worden).*
 - *Tenslotte dient de voorgenomen ingreep zich vooral te richten op die kenmerken die het meeste bijdragen aan de passabiliteitsstoornis, waarbij het aannemelijk is dat correctie hiervan de passabiliteitsstoornis opheft."*
- 6.8. In het standpunt van het CVZ uit 2010 is zorgverzekeraars geadviseerd aanvragen voor niet-kaakchirurgische aangezichtschirurgie als volgt te beoordelen:
1. *Alle beoordelaars hebben bij ten minste één en hetzelfde item (van de nummers 1 tot en met 4 van de 'uiterlijke kenmerkenlijst') aangegeven 'vrij mannelijk' of 'heel mannelijk', én*
 2. *een genderteam is van oordeel dat aangezichtschirurgie geïndiceerd is, én*
 3. *de geconsulteerde chirurg/arts is van opvatting is dat aangezichtschirurgie geïndiceerd is én tot passabiliteitsverbetering zal leiden."*
- Het Zorginstituut heeft in zijn advies aan de commissie van 16 september 2020 toegelicht dat als door beoordelaars vanuit verschillende invalshoeken consequent wordt beoordeeld dat een uiterlijk kenmerk vrij mannelijk of heel mannelijk oogt, dan in principe een verzekeringsindicatie voor aangezichtschirurgie bestaat, althans voor zover deze betrekking heeft op de uiterlijke kenmerken die het meest bijdragen aan het passabiliteitsprobleem en de aangezichtschirurgie tot passabiliteitsverbetering zal leiden.
- 6.9. Verzoekster heeft - voor zover in het kader van de beoordeling van de aanspraak relevant - gesteld dat zij voldoet aan het 'VGZ document'. De commissie gaat ervan uit dat zij hierbij doelt op het standpunt van het CVZ van 22 maart 2010. Tevens heeft verzoekster gesteld dat zij aanspraak op vergoeding van de behandeling ontleent aan het eerder door de commissie uitgebrachte bindend advies tussen partijen. Bovendien is de rhinoplastiek noodzakelijk voor de vervrouwelijking van haar gezicht. De onderlinge verhouding van de neus, de kin en het voorhoofd moeten na de aangezichtscorrectie in stand blijven. Verzoekster verwijst hierbij naar informatie van de Spaanse zorgaanbieder. De rhinoplastiek, voorhoofd- en kinreconstructie zijn gericht op het aanpassen van de mannelijke kenmerken ter vergroting van de passabiliteit van verzoekster als vrouw.
- 6.10. Volgens de ziektekostenverzekeraar is aan de voorwaarden uit de VAV Werkwijzer niet voldaan, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde rhinoplastiek ten laste van de zorgverzekering. De neus is naar zijn mening niet bepalend voor de 'passabiliteit' van verzoekster. Een brede neusrug komt zowel bij mannen als vrouwen voor, en is daarmee

geen oorzakelijke factor voor een eventueel passabiliteitsprobleem. Er is aldus geen sprake van een passabiliteitsprobleem waaraan het uiterlijk van de neus het meeste bijdraagt en waarbij het aannemelijk is dat een rhinoplastiek deze passabiliteitsstoornis opheft. Wanneer de voorhoofd- en kincorrectie hebben plaatsgevonden, is het niet aannemelijk dat nog een passabiliteitsprobleem blijft bestaan.

- 6.11. De commissie stelt in de eerste plaats vast dat het uitgebrachte bindend advies geen betrekking kan hebben op de onderhavige rhinoplastiek, aangezien die behandeling destijds nog niet was aangevraagd. Verder constateert zij dat uit het advies van het Zorginstituut volgt dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsprobleem en dat de vervolgvraag die ter bepaling van de aanspraak van verzoekster op de aangevraagde rhinoplastiek moet worden beantwoord, is of de neus het meest bijdraagt aan dit passabiliteitsprobleem én of correctie van de neus zal leiden tot passabiliteitsverbetering.
- Uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat niet aannemelijk is dat de neus van verzoekster het meest bijdraagt aan het passabiliteitsprobleem en dat de rhinoplastiek zal leiden tot passabiliteitsverbetering. Dat de uit te voeren rhinoplastiek zal leiden tot passabiliteitsverbetering is niet of niet voldoende door de behandelend plastisch chirurg onderbouwd. Ook oogt de neus van verzoekster niet typisch mannelijk, aldus het Zorginstituut.
- Verzoekster heeft bezwaren aangevoerd tegen het advies. Het Zorginstituut heeft naar haar mening relevante beschikbare informatie buiten de beoordeling gelaten. Deze bezwaren overtuigen de commissie niet.
- Uit het advies blijkt dat het dossier met betrekking tot het vorige geschil is meegenomen in de beoordeling door het Zorginstituut, zoals bij de aanvraag voor het voorlopig advies door de commissie gevraagd. Zo wordt in het advies ervan uitgegaan dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsprobleem. De commissie gaat er daarom van uit dat in ieder geval is gekeken naar de 'uiterlijke kenmerkenlijsten' zoals deze waren opgenomen in het dossier m.b.t. het vorige geschil dat heeft geleid tot het bindend advies d.d. 4 maart 2020.
- Uit de overgelegde e-mailwisseling tussen het Zorginstituut en verzoekster blijkt weliswaar dat het Zorginstituut de online video's van de behandelend plastisch chirurg over de rhinoplastiek niet heeft geraadpleegd, maar tevens dat deze informatie voor de beoordeling van de aanspraak niet relevant is. Zo stelt het Zorginstituut: *"Het is aan de behandelend arts om te onderbouwen dat de rhinoplastiek in uw situatie bijdraagt aan het opheffen van de passabiliteitsstoornis. De youtube video's hebben daar volgens de medisch adviseur geen betrekking op."* Deze informatie is daarom terecht door het Zorginstituut niet meegenomen in zijn beoordeling.
- De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en passeert hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over het in stand houden van de onderlinge verhoudingen van de diverse onderdelen van het gezicht. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht heeft geweigerd en dat verzoekster zowel ten laste van de verordening als ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde rhinoplastiek.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor plastische chirurgie. Het verzoek kan daarom niet op basis hiervan worden ingewilligd.

Betalingsvoorwaarden zorgaanbieder

- 6.13. In vervolg op het eerdere bindend advies heeft de ziektekostenverzekeraar een 'garantie of payment' afgegeven voor een voorhoofd- en kinreconstructie, uit te voeren te Málaga. Verzoekster stelt thans dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden te voldoen aan de door de Spaanse zorgaanbieder gestelde betalingsvoorwaarden, al dan niet door afgifte van een ongeclausureerde garantieverklaring of het voorschieten van de kosten. Deze voorwaarden komen in de kern erop neer dat de totale kosten voorafgaand aan de behandeling tijdig en volledig moeten worden voldaan. Als dit niet gebeurt, heeft de zorgaanbieder de mogelijkheid prijswijzigingen door te voeren. Door niet hieraan te voldoen, belemmert de ziektekostenverzekeraar (alweer) het ondergaan van de zorg

waarop zij aanspraak heeft, aldus verzoekster. De Spaanse zorgaanbieder heeft aan verzoekster meegedeeld in haar geval geen uitzondering te maken.

6.14. Verzoekster suggereert dat de ziektekostenverzekeraar haar behandeling traineert. Niet alleen door de kosten van de behandeling niet voor te schieten, maar ook door haar aanvragen structureel af te wijzen. Hierin kan de commissie haar niet volgen. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar haar aanvragen - althans de aanvragen waarmee de commissie bekend is - heeft afgewezen om de behandeling van verzoekster tegen te werken. Ook in het niet willen voorschieten van de behandeling ziet de commissie geen aanwijzing voor het gestelde moedwillig tegenwerken van de behandeling van verzoekster. Verzoekster heeft de keuze voor behandeling in Nederland of daarbuiten. Indien toestemming wordt verleend op grond van Vo. nr. 883/2004 kan de zorg worden betrokken in een andere EU-lidstaat, alsof verzoekster deelneemt aan de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering. In dat geval kan gebruik worden gemaakt van het S2-formulier. Dan worden de kosten in beginsel door de zorgaanbieder gedeclareerd bij het uitvoeringsorgaan. Het is de keuze van verzoekster zich te wenden tot deze Spaanse zorgaanbieder. Het gevolg van die keuze is blijkbaar dat zij geen gebruik kan maken van het S2-formulier, maar zelf zorg dient te dragen voor tijdige volledige betaling. De ziektekostenverzekeraar staat hier buiten. Hij is noch op grond van de verordening noch op grond van de verzekeringsvoorwaarden gehouden zorgkosten voor te schieten of een ongeclausuleerde garantieverklaring af te geven, zoals door verzoekster gewenst. Door de 'garantie of payment' af te geven is de ziektekostenverzekeraar verzoekster reeds voldoende tegemoet gekomen en haar verwijt treft geen doel.

6.15. Verzoekster heeft verder nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar - achteraf gezien - foutief heeft geïnformeerd. Hij heeft in het verleden meerdere keren aan haar meegedeeld dat zij de kosten van alle behandelingen die zijn opgenomen in het standpunt van het CVZ van 22 maart 2010 niet zelf hoeft te betalen, omdat deze worden vergoed vanuit ten laste van de zorgverzekering. Door haar is geen bewijs ingebracht van deze stelling, zodat deze faalt. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, is voor haar aanspraak op het gevraagde niet relevant en kan daarom niet leiden tot toewijzing van haar verzoek.

6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 november 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
 - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

(...)

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

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

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)

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

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

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.
- Vergoeding van zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Vergoeding van 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 gehemeltespleet) 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: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige ge-

zichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

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

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

Voorwaarden

Algemeen

- De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
- Indien een opname medisch noodzakelijk is, zijn de voorwaarden voor opname van toepassing, Zie hiervoor artikel B.4.2.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg en is verantwoordelijk voor zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners.

Verwijzing

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

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Als het gaat om een correctie van de bovenoogleden, dan beoordeelt een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg, namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt die zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Tarieven

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

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-

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

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;
- preconceptiezorg. Dit omvat advisering op onder andere het gebied van gezonde voeding, inname van vitamines, medicijngebruik, infectieziekten en vaccinaties en ziekten en zwangerschapscomplicaties.
- ketenzorg, als sprake is van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM 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 of onder verantwoordelijkheid van de huisarts zijn vrijgesteld van eigen risico. Overige kosten (bijvoorbeeld vaccinatie en entstoffen) worden wel verrekend met het eigen risico.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Preventieve maatregelen:

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

Herverzekering van de N.H.T.

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

Clausuleblad terrorisme

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

A.21.3. Atoomkernreacties

U bent niet verzekerd voor (kosten van) behandelingen die het gevolg zijn van atoomkernreacties. Zijn de kosten veroorzaakt door radioactief materiaal dat zich buiten een kerninstallatie bevindt, dan bent u daar wel voor verzekerd als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

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

A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze

periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

A.22. Geschillen

A.22.1. Verzoek om heroverweging

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

A.22.2. Rechter of geschillencommissie

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

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

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

A.22.3. E-Court

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

A.23. Klachten

A.23.1. Klacht

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