

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202401572

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 23 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 20 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 februari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld nadere informatie aan te leveren. Zij heeft op 1 mei 2025 aanvullende informatie gestuurd, waarbij zij uitstel heeft gekregen om een rapport van het ziekenhuis aan te leveren. Op 13 mei 2025 heeft verzoekster telefonisch verklaard dat dit rapport is vervangen door de eerder gestuurde verklaring van de huisarts. Op 23 mei 2025 is de aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 mei 2025 op de aanvullende informatie gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 3 juni 2025 ter kennisname aan verzoekster gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ Wereldfit, en ONVZ Werkfit (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 2.2. Verzoekster heeft tijdens een bezoek aan China de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) bezocht. Daarna is zij geopereerd, waarbij osteosynthesemateriaal uit haar arm is verwijderd. De kosten hiervan heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. Bij brief van 8 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van het bezoek aan de SEH worden vergoed, maar die van de uitgevoerde operatie niet.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 23 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in China uitgevoerde operatie alsnog aan haar te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief aan de commissie van 23 januari 2025 aangevoerd dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar het opnamerapport van de behandelend arts volledig verkeerd heeft geïnterpreteerd. Verzoekster heeft een humerusfractuur aan de linker schouder en arm opgelopen na een ongeval in 2019. Destijds heeft hiervoor een operatie plaatsgevonden waarbij een "internal fixation" is geplaatst, dat wil zeggen dat een plaat met vijf tot zeven schroeven is bevestigd. In maart 2024 kreeg verzoekster tijdens een verblijf in China door een harde botsing tegen een muur ondraaglijke pijn in haar linkerarm. Om die reden heeft zij de SEH bezocht, waarover de behandelend arts heeft verklaard: *"On March 20, 2024 the patient was admitted to our hospital for emergency treatment due to unbearable pain in the traumatic position of the left shoulder"*. Verder staat over de diagnose in het opnamerapport: *"Imaging examination showed that the left humeral fracture changed after operation, the rest of the bone end was slightly pointed and the left shoulder degenerated"*. Omdat verzoekster na de botsing veel pijn had, is een röntgenfoto gemaakt. Hieruit is gebleken dat sinds de operatie in 2019 veranderingen zijn opgetreden in de humerusfractuur. Het licht puntig zijn van het bot aan het uiteinde kan zijn veroorzaakt door de botsing. De artsen hebben hierop besloten dat verzoekster moest worden behandeld op de volgende wijze: *"remove the left humerus internal fixation device for treatment"*. Het verwijderen van de *"internal fixation"* om de pijnklachten tegen te gaan was een beslissing van de artsen ter plaatse. Het botsen tegen de muur was een onverwachte gebeurtenis en de pijn was dermate ondraaglijk dat met behandeling niet kon worden gewacht tot na terugkeer naar Nederland. Verzoekster is van mening dat de operatie een spoedeisend karakter heeft, aangezien zij voldoet aan het criterium uit de 'Algemene Regels en Vergoedingen' van de zorgverzekering. Zij vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar het consult en de onderzoekskosten heeft aangemerkt als spoedeisend, maar de operatie zelf als niet-spoedeisend.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij in 2019 in China een ongeval heeft gehad. Toen is zij geopereerd en is osteosynthesemateriaal geplaatst. In december 2019 is zij teruggekomen in Nederland en is zij naar de orthopeed gegaan. Die verwees haar door naar de fysiotherapeut. Daar heeft zij negen maanden lang moeten oefenen. Uiteindelijk kon zij haar arm weer redelijk normaal bewegen. In die periode is zij ook een aantal keren naar het ziekenhuis geweest. Zij heeft toen gevraagd of het materiaal er moest worden uitgehaald. Ook bij de orthopeed heeft zij geïnformeerd naar de voor- en nadelen. Het nadeel was alleen dat zij op latere leeftijd met een scan problemen kon krijgen. Zij kreeg vanuit het ziekenhuis het advies het materiaal te laten verwijderen, maar dit wilde zij liever niet, omdat zij bang is voor een operatie. Zij is meerdere keren daarna nog in China geweest, maar zij had geen bedoeling om het materiaal te laten verwijderen. Zij was in 2024 twee weken bij familie, en toen is zij van de trap gevallen. Het gaat om een gladde trap van marmer. Haar moeder is er later ook vanaf gevallen en heeft haar

ribben gebroken. Verzoekster had van de val veel pijn. Zij heeft de stukken van de arts vertaald. Er staat onder andere dat sprake was van spoed en van “unbearable pain”. In 2019 heeft zij wel contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, maar die heeft niets voor haar gedaan. Alleen een Chinees sprekende mevrouw belde haar, en vertelde haar wat zij moest meenemen aan stukken. Dus nu was het de tweede keer, en wist zij dat zij alles zelf moest voorschieten en dat de ziektekostenverzekeraar dit niet zou doen. Ook wist zij welke stukken zij nodig had. Daarom heeft zij niet opnieuw gebeld. In de brieven van de ziektekostenverzekeraar staat dat zij de intentie zou hebben gehad om het materiaal te laten verwijderen. Zij benadrukt dat zij na het advies van de arts in Nederland uit 2021 meerdere keren in China is geweest. Zij had allang geopereerd kunnen zijn als zij dat had gewild, maar dat is niet het geval. Zij is laatst ook in Dubai geweest en toen heeft zij met de Alarmcentrale gebeld. In die situatie konden de kosten wel worden voorgeschoten, maar in 2019 in China was dit niet het geval. Dat was ook de reden dat zij in 2024 niet heeft gebeld met de Alarmcentrale. Zij dacht dat zij toch niet geholpen zou worden. Zij begrijpt niet waarom het bedrag niet aan haar wordt vergoed.

- 3.4. Verzoekster heeft verder verklaard dat zij verzekeringsadviseur was in hypotheek, maar intussen heeft zij haar portefeuille verkocht. Het telefoongesprek met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar had als reden dat zij iets wilde navragen voor een klant. Zij heeft haar eigen situatie als voorbeeld genomen. Zij wilde niet de medische dingen van de klant aan iemand anders vertellen. Die klant heeft soortgelijke klachten, en die wilde weten hoe dit werkte. Haar operatie was nodig omdat de botten puntig waren, zo staat in de stukken. Zij is niet medisch onderlegd. Zij had pijn en de arts raadde haar aan het materiaal te verwijderen. De fysiotherapeut in Nederland was gestopt met behandelen omdat zij geen pijn meer had en bijna normaal kon bewegen. Daarom weigerde zij ook het advies om het materiaal te laten verwijderen. Zij weet niet waarom er niets is vermeld in de stukken over de aanleiding van de pijn.
- 3.5. Op 1 mei 2025 heeft verzoekster een verklaring van de huisarts overgelegd van 25 april 2025. Deze verklaring luidt, voor zover hier van belang: *“Stond op 30/4/2021 op OK lijst voor de orthopaedisch chirurg, [naam arts] voor verwijdering osteosynthese materiaal li bovenarm/schouder na humerusfractuur links. [Naam arts] had haar geadviseerd deze operatieve ingreep te ondergaan ivm eventuele MRI in toekomst en functiebeperking li schouder/bovenarm. Patiente heeft OK nooit ondergaan bij (...) ivm angst voor de ingreep. Eind 2024 in China alsnog geopereerd ivm val van trap op li schouder; toen moest ze wel. Inmiddels is de pijn verdwenen”*.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in China uitgevoerde operatie. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 23 augustus 2024 aangevoerd dat verzoekster geen contact heeft gezocht met de alarmcentrale Zorgassistance. In de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld dat een verzekerde zo spoedig mogelijk contact moet opnemen met deze alarmcentrale. Doet de verzekerde dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor de vergoeding. De medische dienst van de alarmcentrale had kunnen beoordelen of de situatie van verzoekster spoedeisend was of voorzien, en had haar hierover tijdig kunnen informeren. De toelichting van verzoekster dat met betrekking tot de operatie sprake is geweest van spoedeisende zorg vindt de ziektekostenverzekeraar niet terug in het behandelverslag van de arts. Daarin wordt opgemerkt dat de schroeven die er in 2019 zijn ingezet zijn verwijderd. Het gaat volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar hierbij om voorziene zorg, waarvoor vooraf toestemming had moeten worden gevraagd. Verzoekster heeft dit nagelaten. Zij heeft wel vooraf geïnformeerd naar het verwijderen van de schroeven in China, en hierbij is haar verteld dat deze zorg vooraf moest worden aangevraagd.

- 4.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 14 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de medisch adviseur het volgende heeft opgemerkt: *"Ik heb kennis genomen van de aanvullende informatie waarin beschreven staat dat verzekerde op 20 maart 2024 was opgenomen vanwege ondragelijke pijnklachten van haar linker schouder. In 2019 was er bij verzekerde een 'internal fixation device' bij de linker humerus geplaatst. Uit de informatie blijkt dat men op de röntgenfoto in maart 2024 een verandering van de linker humerus fractuur zou hebben gezien. Het is opvallend dat hier gesproken wordt van een fractuur van de linker humerus omdat uit de correspondentie gebleken is dat in 2019 deze fractuur middels een operatie reeds was verholpen. Het is mij dan ook niet duidelijk of hier nu sprake is van een geconsolideerde fractuur, een nieuwe fractuur, een periprosthetische fractuur, of geen van allen. In dat kader is het mij ook niet duidelijk dat het verwijderen van de 'internal fixation device' een spoedeisend karakter zou hebben."*
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 20 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat op pagina's 234 tot en met 239 van de voorwaarden van de zorgverzekering is beschreven wanneer zorg in het buitenland wordt vergoed. Hierbij is in de eerste plaats het verschil tussen "spoedeisende zorg" en "niet-spoedeisende (voorziene) zorg" van belang. In het geval van niet-spoedeisende zorg geldt dat een voorafgaande verwijzing moet plaatsvinden en dat vooraf toestemming moet worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar bij een (dag)opname. Vast staat dat aan deze cumulatieve voorwaarden door verzoekster niet is voldaan. De betreffende voorwaarden gelden niet in geval sprake is van spoedeisende zorg. In dit kader is relevant dat de plaat en schroeven die operatief zijn geplaatst al sinds 2019 aanwezig waren, en dat de medische noodzaak voor het verwijderen hiervan in 2024 niet is komen vast te staan. Uit de stukken blijkt dat verzoekster in 2023 nog bij een medisch specialist is geweest, die heeft vastgesteld dat het verwijderen van het materiaal niet gewenst of noodzakelijk was. Verzoekster wilde het materiaal wellicht wel verwijderd zien. Zij heeft namelijk op 5 maart 2024 telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is verwezen naar de voorwaarden voor geplande zorg in het buitenland. Tegen deze achtergrond acht de ziektekostenverzekeraar het niet aannemelijk dat zich op 20 maart 2024 een situatie heeft voorgedaan in China die het noodzakelijk maakte de plaat en schroeven per direct te verwijderen. Het lijkt erop dat verzoekster de intentie had de ingreep aldaar te ondergaan. Voor zover het voorgaande al anders zou zijn, geldt dat uit de medische informatie niet volgt wat precies de pijnklachten bij verzoekster veroorzaakte, en dat dit zou hebben gemaakt dat zij redelijkerwijs was aangewezen op het (met spoed) verwijderen van de plaat en schroeven.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er onduidelijkheid is over de vraag of sprake was van spoedeisende zorg in deze situatie. Er is niet duidelijk wat er is vastgesteld in China dat maakt dat het materiaal per direct verwijderd moest worden. Er wordt wel omschreven dat er pijnklachten waren, maar de vraag is of bijvoorbeeld een breuk is ontstaan of het materiaal was verschoven. De onderbouwing dat het materiaal verwijderd moest worden ontbreekt. Verder blijft het vreemd dat verzoekster op 5 maart 2024 nog contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar om zich te laten informeren over deze operatie en het verwijderen van het materiaal. Er is dan wel de schijn gewekt dat zij de bedoeling had hier iets mee te laten doen. En dan is de vraag waarom er geen contact is opgenomen met de Alarmcentrale. Als het gaat om geplande zorg, moest er een verwijzing zijn en toestemming van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Bij brief van 28 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hem de relevantie van de overgelegde verklaring van de huisarts van 25 april 2025 ontgaat. Daarnaast is het opmerkelijk dat de verklaring van de huisarts afkomstig is en niet van de orthopedisch chirurg. Deze laatste heeft immers destijds de medische indicatie gesteld en was de behandelend arts. De huisarts was hierbij niet betrokken. Hoe deze dan toch precies weet hoe een en ander destijds is verlopen, is voor de ziektekostenverzekeraar niet te volgen. Voor zover de commissie hieraan voorbij zou gaan en de verklaring wenst te betrekken bij de beoordeling kan dit naar het oordeel

van de ziektekostenverzekeraar geen ander licht schijnen op het onderhavige geschil. Dat ziet immers op de vraag of verzoekster recht heeft op vergoeding van zorg die zij in China heeft ontvangen. Waarbij in het bijzonder de vraag is of sprake was van een acute of spoedeisende situatie die verklaart dat het osteosynthesemateriaal per direct moest worden verwijderd. Dit volgt op geen enkele wijze uit deze verklaring. Integendeel, het laat juist zien dat in beginsel geen sprake was van een medische noodzaak voor verwijdering van het materiaal. Bovendien volgt hieruit duidelijk dat sprake is van planbare zorg. De ziektekostenverzekeraar handhaaft dan ook zijn standpunt dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat sprake was van een acute of spoedeisende situatie en het osteosynthesemateriaal als gevolg hiervan per direct moest worden verwijderd. Daarmee werd vergoeding van de kosten terecht geweigerd.

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 80 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 6.2. Tussen China en Nederland bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld op bladzijde 65 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is onder andere opgenomen dat in een aantal gevallen vooraf toestemming moet worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Het gaat daarbij onder meer om behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg staan. De operatie die verzoekster heeft ondergaan komt niet voor op deze lijst. Voor zorg in het buitenland wordt verwezen naar een ander artikel uit de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is genoemd op bladzijde 234 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is geregeld dat bij niet-spoedeisende (voorzien) zorg toestemming moet worden gevraagd als het gaat om zorg met opname of een dagopname. Daarvan is in de situatie van verzoekster sprake. Bij spoedeisende zorg is voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar niet nodig. In het artikel is vermeld dat de verzekerde in geval van spoedeisende zorg in het buitenland zo spoedig mogelijk contact moet opnemen met de alarmcentrale Zorgassistance. Doet de verzekerde dit niet, dan bepalen de voorwaarden dat dit gevolgen kan hebben voor de vergoeding.
- 6.3. Het staat vast dat het osteosynthesemateriaal dat in 2024 in China bij verzoekster operatief werd verwijderd, sinds 2019 aanwezig was. Gelet op het opnamerapport van 20 maart 2024 is dit materiaal in het ziekenhuis in China geplaatst op 28 augustus 2019. Volgens verzoekster had zij eerder geen last van het osteosynthesemateriaal, maar kreeg zij door een botsing met een muur ernstige pijnklachten, waarop zij zich heeft gewend tot de SEH. De kosten van het bezoek aan de SEH zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed, zodat hierover geen geschil bestaat. Vervolgens heeft een operatie plaatsgevonden, waarvan vaststaat dat verzoekster hiervoor geen

geldige verwijzing heeft. Zij heeft daarnaast de ziektekostenverzekeraar niet verzocht om zijn toestemming. Deze vereisten gelden - als gezegd - enkel in geval van niet-spoedeisende zorg, zodat moet worden beoordeeld of ten tijde van de operatie (nog) sprake was van spoed. De enkele vergoeding van de kosten van het bezoek aan de SEH maakt, anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen, namelijk nog niet dat ook spoed ten aanzien van de operatie kan worden aangenomen. De commissie is, op basis van de aanwezige stukken, van oordeel dat niet is gebleken dat de ingreep spoedeisend was en niet kon wachten tot na terugkeer in Nederland. Zo blijkt hieruit niet van een botsing met een muur, en is onduidelijk waaruit de pijnklachten die verzoekster ervoer bestonden. Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde transcript van het telefoongesprek van 5 maart 2024 blijkt bovendien dat verzoekster toen heeft verklaard:

"(...) Ik ben in Nederland en naar de dokter geweest om ze zeggen deze moet om eruit te halen is het beter want als ik er later ziek zou worden en dan heb ik de hartklachten of door dan kan ik er niet onder de onder de MRI scan (...) dus ik zeg ja wat ga je dan doen maar je zegt ja dan moeten we met de kracht en zo eruit halen en zo nou daar ben ik een beetje bang voor en ik vraag me af is het mogelijk dat ik gewoon in China laten uithalen dat is gewoon beter dan ga ik naar de zelfde ziekenhuis zelfde dokter dan laat ik hem verwijderen en de kosten in China is ook een goedkoper dan Nederland (...)"

Uit het transcript volgt dat verzoekster ten tijde van het telefoongesprek al overwoog het osteosynthesemateriaal in China te laten verwijderen, kennelijk in hetzelfde ziekenhuis dat zij in 2019 had bezocht. Van (pijn)klachten ten tijde van het telefoongesprek blijkt hieruit niet. Uit het transcript volgt geenszins dat dit betrekking had op iemand anders, zoals door verzoekster ter zitting is verklaard. De ziektekostenverzekeraar heeft onweersproken gesteld dat (pijn)klachten ook bij een bezoek aan een medisch specialist in Nederland in 2023 niet aan de orde waren. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat niet is gebleken dat sprake was van spoedeisende zorg tijdens het verblijf in China, zodat moet worden geconcludeerd dat het ging om niet-spoedeisende zorg en dat verzoekster de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig had voor de operatie. Gesteld noch gebleken is dat zij hiertoe een aanvraag heeft gedaan. Tevens heeft verzoekster geen steekhoudende argumenten aangedragen die maken dat zij geen voorafgaande verwijzing voor de niet-spoedeisende behandeling kon vragen. Om deze redenen heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de in China ondergane ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt enkel een aanvullende vergoeding indien sprake is van spoedeisende zorg en de kosten niet volledig ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Die situatie is bij verzoekster niet aan de orde.

Slotsom

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 juni 2025,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld. Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

● Medisch specialist

De medisch specialist werkt meestal in het ziekenhuis. Daarom wordt deze zorg ook wel ziekenhuiszorg genoemd.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist¹. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (zbc)² of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. En is als behandelaar verantwoordelijk voor uw zorgvraag. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de verantwoordelijke behandelaar ook een SEH-arts³, een verpleegkundig specialist of een physician assistant⁴ zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg⁵, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de Ziekenhuisopname.

Voor sommige behandelingen gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld. Bijvoorbeeld:

- Medisch-specialistische revalidatie
- Plastische chirurgie
- Vruchtbaarheidsbehandelingen / Ivf

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Andere vergoedingen

Deze behandelingen krijgt u soms wel in het ziekenhuis, maar ze vallen niet onder de vergoeding die u nu leest:

- Kaakchirurgie
- Geneeskundige ggz
- Opname voor geneeskundige ggz

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende zorg niet. De aanvullende verzekering soms wel:

- Sterilisatie of een hersteloperatie daarvan

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de medisch specialist betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist⁶ zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg⁷ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

In drie situaties moet u vooraf toestemming vragen:

- 1 Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigheden medisch-specialistische zorg⁸ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.
- 2 U moet ons toestemming vragen voor controle, onderzoek of behandeling in een aantal zbc's⁹. Die staan op ons Overzicht zbc's met toestemming. U vraagt bij uw intake om een behandelplan en offerte. Daarmee kunt u bij ons toestemming vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg (na uw eerste consult) niet. Wilt u naar 1 van deze zbc's? Neem dan eerst contact op met onze ZorgConsulent.
- 3 Soms moet u ons ook vooraf toestemming vragen voor de volgende behandelingen en onderzoeken:
 - een uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie)
 - behandelingen Complex Chronische Longaandoeningen (CCL)

Staat uw zorgverlener in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL of polysomnografie? Dan hoeft u niets te doen. Met die instellingen hebben wij afspraken over toestemming. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u ons toestemming vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat we nooit meer vergoeden dan de marktconforme prijs.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc¹⁰ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland.

Ziekenhuis en medisch specialist

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere medisch specialist.

Wachttijl? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
2. (zbc): Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
4. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
5. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde
9. Zbc's: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
10. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● Buitenland: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Superfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Superfit • Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Zorg die onder Superfit valt, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Geregistreerde geneesmiddelen • Niet-geneesmiddelen, max. € 350 per kalenderjaar • Ziekenvervoer naar de zorgverlener
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering • Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Geregistreerde geneesmiddelen • Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar • Ziekenvervoer naar de zorgverlener

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een plotselinge ziekte? Dat is spoedeisende zorg, dus zorg die u onverwachts nodig heeft en meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Zodat u uw reis of verblijf niet hoeft af te breken.

Zorg in het buitenland en reizen

Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding

Of: vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt. Door gebruik te maken van uw Europese zorgpas (EHIC) of een Verdragsformulier 111.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Wereldfit en Superfit vullen voor spoedeisende zorg in het buitenland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. Maar alleen als de zorg voor uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat het om een vergoeding uit uw aanvullende (tand)verzekering? Bijvoorbeeld de vergoeding voor fysiotherapie? Deze gelden ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als in Nederland. De aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Hier kunt u terecht

Een zorgverlener die in de door de overheid gebruikte registers staat in het land waar u de behandeling krijgt. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan in dat land, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)

Andere vergoedingen

Voor zorg waarvan u al wist dat u die moest krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg.

● **Wat u zelf betaalt**

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook in het buitenland. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

Neem contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan moet u zo spoedig mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Doet u dat niet, dan kan dat gevolgen hebben voor de vergoeding.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven niet alle voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling of repatriëring.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

● Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland • Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering) • Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering) • Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

● Wat u vergoed krijgt

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Zorg in het buitenland en reizen

Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
3. voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven het Nederlands tarief in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maar:

1. u daar gezien uw medische situatie te lang op zou moeten wachten, of
2. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u de behandeling wilt ondergaan.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Wereldfit en Superfit vullen voor Ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat u voor ziekenhuiszorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland dan België of Duitsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (de vergoedingen van de basisverzekering maakt hiervan deel uit). Die vergoeding geldt ook voor andere zorg uit de basisverzekering.

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen. Alleen Superfit vergoedt maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Andere vergoedingen

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Valt de zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift moet hebben, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor zorg in het buitenland moet u vooraf [toestemming](#) van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor zorg met opname of dagopname¹
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De [uitgebreide voorwaarden Wereldfit](#) bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een [second opinion](#) door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.