

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B en ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak	: EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, hoogte vergoeding
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, artt. 19 en 20 Vo. nr. 883/2004, art. 25 Vo. nr. 987/2009, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer	: 202201172
Zittingsdatum	: 21 juni 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 26 januari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 februari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 1 maart 2023 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld binnen een termijn van drie weken zijn standpunt uiteen te zetten. Omdat de ziektekostenverzekeraar hierop niet reageerde, is op 14 april 2023 een nieuwe brief gestuurd, met hierin een termijn tot 24 april 2023. Omdat op 25 april 2023 nog steeds geen reactie van de ziektekostenverzekeraar werd ontvangen, heeft de commissie besloten de procedure zonder nadere reactie van de ziektekostenverzekeraar voort te zetten.
- 2.3. Bij brief van 24 mei 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023017244) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 mei 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 juni 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de na het voorlopig advies van 24 mei 2023 ontvangen stukken zijn op 23 juni 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies aanpassing behoeft. Bij brief van 11 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2023 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Zij hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Start en Tandarts Start (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzoeker verblijft jaarlijks van 1 oktober tot 1 april in Spanje. Op 25 december 2021 is hij uitgegleden in de badkamer. Behoudens enkele blauwe plekken leek er niets aan de hand. Later kreeg hij echter pijn in het rechter onderbeen, en op 30 december 2021 heeft hij hiervoor de huisarts bezocht. Deze verwees hem, vanwege het vermoeden van een fractuur, door naar het Xanit Vithas International Hospital te Benalmádena. De dienstdoende arts constateerde geen fractuur en verwees verzoeker op zijn beurt door naar een traumatoloog. Op 7 januari 2022 volgde een onderzoek vanwege het vermoeden van een ontsteking van het botvlies van het rechter scheenbeen. Ook dit vermoeden bleek niet juist.
- 3.3. Op 25 januari 2022 heeft verzoeker zich opnieuw met klachten van het rechter onderbeen tot de huisarts gewend. Er volgde wederom een verwijzing, nu naar de afdeling Vasculaire Chirurgie van eerder genoemd ziekenhuis. Verzoeker werd hier op 31 januari 2022 gezien, waarna een opname op 3 februari 2022 volgde. Op 4 februari 2022 werd bij hem een stent geplaatst. Verzoeker had voordien contact gezocht met SOS International. Eveneens op 4 februari 2022 bereikte hem de mededeling per e-mail dat de kosten niet zouden worden vergoed omdat het planbare zorg betrof. Bij e-mailbericht van 8 februari 2022 deelde SOS International verzoeker mee dat na overleg met de ziektekostenverzekeraar was geconcludeerd dat de zorg "verzekeringstechnisch planbaar" was. Bij brief van 7 februari 2022 bevestigde de ziektekostenverzekeraar deze conclusie. Op 9 februari 2022 is bij verzoeker een volgende ingreep uitgevoerd, en kreeg hij een bypass in het rechter onderbeen. Het ontslag uit het ziekenhuis volgde op 13 februari 2022.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 17 mei 2022 om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 9 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 24 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 11 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de voor zijn rekening gebleven kosten van de zorg in Spanje alsnog volledig te vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoeker verklaard dat het ging om een spoedopname. Zijn rechter onderbeen was bleek en koud geworden door een verstopte slagader en hij moest zich voortbewegen op krukken. Als er niet direct was gehandeld, had hij zijn voet of onderbeen door amputatie kunnen verliezen, hetgeen hem is bevestigd door een vaatchirurg in Nederland. Bij e-mailbericht van 30 januari 2023 heeft de behandelend arts in Spanje een stuk nagestuurd, waarin wordt gesteld dat bij verzoeker destijds sprake was van rustpijn met tekenen van ernstige ischemie, en dat een hoog risico op amputatie bestond zodat revascularisatie dringend werd aanbevolen. Terugkeer naar Nederland was geen optie. Het risico dat de bloedprop los zou schieten, waardoor een vitaal orgaan beschadigd zou kunnen raken, was hiervoor te groot. Bovendien zou verzoeker in Nederland zijn geconfronteerd met een wachttijd, hetgeen hij zich niet kon veroorloven.
- 4.3. Verzoeker bestrijdt dat sprake is van planbare zorg. Door de ziektekostenverzekeraar wordt in de brief van 7 februari 2022 ook ten onrechte gesteld dat de ingediende aanvraag hierop zag. Voor de stelling - dat het gaat om planbare zorg - werd aanvankelijk geen enkele onderbouwing geleverd. Volgens verzoeker is door de huisarts en de behandelend arts in Spanje om die reden getracht telefonisch in contact te komen met SOS International, maar zonder succes. Mailverkeer met de ziektekostenverzekeraar over de kwestie bleek niet mogelijk. Verzoeker meent dat overleg

had moeten plaatsvinden met de behandelend arts in Spanje en dat hem de mogelijkheid is onthouden een afweging te maken tussen de eventuele opties. Op grond van slechte ervaringen met het ziekenhuis heeft SOS International een deels subjectieve beoordeling uitgevoerd. Verzoeker had evenwel vertrouwen in de arts aldaar en vanwege het risico op amputatie heeft hij ervoor gekozen de ingreep in het desbetreffende ziekenhuis te laten uitvoeren.

- 4.4. Pas na negen maanden werd door de ziektekostenverzekeraar de stelling onderbouwd dat de behandeling planbaar was, waarbij gebruik is gemaakt van gegevens die op 4 en 9 februari 2022 nog niet beschikbaar waren.
Verder tekent verzoeker aan dat de kosten deels zijn vergoed op grond van het Nederlands tarief. De door hem afgesloten verzekering geeft echter aanspraak op volledige vergoeding van "afwijkende tarieven".
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat hij geen andere optie zag dan zich te laten opereren. Nadat hij was gevallen, kon hij niet meer normaal lopen en heeft zijn echtgenote krukken geregeld. Het werd niet beter. Op enig moment werd zijn been koud en bleek. Toen heeft de huisarts hem doorverwezen naar de vaatchirurg. Dat was ongeveer een maand na de val. De ziektekostenverzekeraar heeft de huisarts nooit benaderd voor een reactie.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard geen verdergaande vergoeding te verlenen. In dat verband heeft hij toegelicht dat sprake is van planbare zorg en dat hiervoor op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 zijn voorafgaande toestemming nodig is. Omdat de zorg tijdig in Nederland had kunnen worden verleend is deze toestemming geweigerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar was verzoeker cardiaal en pulmonaal in staat te vliegen. Verzoeker lijdt aan vaatcalcificaties, hetgeen een langzaam proces is, dat pijnklachten veroorzaakt, maar naar zijn aard niet vergelijkbaar is met trombose. Van instabiele plaque is niet gebleken. Verzoeker heeft de European Health Insurance Card (EHIC) kennelijk niet getoond. Zou hij dit wel hebben gedaan, dan was deze waarschijnlijk niet geaccepteerd vanwege het ontbreken van spoed. Daarnaast betreft het hier een privékliniek en geen staatsziekenhuis zodat verzoeker sowieso geen gebruik had kunnen maken van de EHIC. De ziektekostenverzekeraar ziet dan ook geen reden over te gaan tot tarifiering zoals bedoeld in de uitvoeringsverordening.
- 5.2. Op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding volgens het marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat bij verzoeker sprake was van Fontaine stadium II/III. Voor de medisch adviseur was niet duidelijk of er wel of geen rustpijn aanwezig was. Er is uitgegaan van wél rustpijn. Verder betrof het geen acute ischemie - want er waren pulsaties - maar kritieke ischemie. Het betreft hier P.A.O.D. 3, en zeer zeker niet P.A.O.D. 4 (gangreen, afgestorven necrotische huid). Dit laatste wordt bevestigd door het feit dat niet direct tot ingrijpen is besloten.
Voor de hieruit volgende behandeling 'Uitgebreide operatie bloedvaten tijdens een ziekenhuisopname bij aderverkalking' (DBC-code 15B485/099699099) wordt maximaal € 22.534,55 vergoed. Genoemd zorgproduct is voor de dotterbehandeling en de uitgevoerde bypass. Daarnaast wordt € 2.223,59 vergoed voor een IC-dag. Op de vergoeding is het eigen risico van toepassing. Verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse, hotelkosten en vervoerskosten worden niet vergoed. De ziektekostenverzekeraar stelt de formule 'Hoogst gecontracteerde tarief X NVZ index X 10%' te hanteren. Toepassing van het hoogste tarief volgens Open DIS Data zou tot een lagere vergoeding leiden, aangezien het hoogste, hierin opgenomen tarief € 12.895,- bedraagt. Omdat het geen spoedeisende zorg betreft, is geen (aanvullende) vergoeding mogelijk vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat is beoordeeld of er een noodzaak bestond voor acuut medisch ingrijpen. De medisch adviseur heeft geconcludeerd dat met ingrijpen had kunnen worden gewacht tot terugkeer naar Nederland. De terugkeer zelf is geen verzekeringskwestie, omdat repatriëring niet onder de zorgverzekering valt.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 24 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding.

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

Het Zorginstituut heeft bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzoeker. De gegevens zijn als volgt:

- Geldigheidsperiode 2022
- Specialisme 0303 chirurgie
- Diagnose 0303.419 PAOD3
- Zorgtype 11 Reguliere zorg

De verrichte zorgactiviteiten betreffen:

- 033351 Percutane transluminale angioplastiek niet-coronaire centrale arteriën exclusief de nierarterie (aanleggen stent);
- 033678 Femoropopliteale bypass, open procedure (het aanleggen van een vaatbypass bij de knie middels een openprocedure);
- 085042 CT onderzoek van de thorax, het hart en de grote vaten inclusief inbrengen contrastmiddel (tweemaal CT-onderzoek);
- 190218 Verpleegdag (zes verpleegdagen).

Op basis van bovenstaande gegevens wordt DBC-zorgproduct 099699099 gevonden met omschrijving PAOD 3 | Oper perifere vaten zeer zwaar | Met VPLD | Hart/Vaat arterie/arteriole/capillair. De bijbehorende declaratiecode is 15B485.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproduct 099699099 met declaratiecode 15B485 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Spanje.

Het advies

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproduct 099699099 met declaratiecode 15B485 het meest passend lijkt bij de behandeling in Spanje. (...)"

- 6.2. In het definitief advies van 11 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Naar aanleiding van de brief van verzoeker d.d. 10 juni 2023 merkt het Zorginstituut het volgende op. Verzoeker geeft aan dat uit een Doppler onderzoek bleek dat er geen sprake was van verdenking van afsluiting van de knie-arterie. Volgens verzoeker gaat het om een constatering en geen verdenking. In het verslag d.d. 31 januari 2022 van de spaanse behandelaar staat echter: 'Ecodoppler arterial: sospecha de oclusion de femoral superficial distal-poplitea', oftewel een vermoeden van/ verdenking op een afsluiting van de knie-arterie.

Verzoeker geeft verder aan dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut staat dat er een stent in het bovenbeen is geplaatst, terwijl volgens verzoeker de stent in de bekkenslagader is geplaatst via zijn linker lies. Het is juist dat de stent feitelijk in de bekkenslagader (arteria iliaca externa) is geplaatst, die weliswaar overgaat in het (grote) bovenbeen (arteria femorales). Dit maakt de conclusie van het voorlopig advies alleen niet anders.

Tot slot geeft verzoeker aan dat het woord 'pas' subjectief is in de zin 'Uiteindelijk vindt geplande bypassoperatie van de kniearterie pas op 9 februari plaats' uit het voorlopig advies. Hiermee bedoelde het Zorginstituut enkel aan te geven dat de bypassoperatie moest worden uitgesteld door onvoorziene (hart)problemen, en niet dat de operatie minder urgent zou zijn."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en het marktconforme tarief, alsmede de artikelen 19 en 20 van Vo.nr. 883/2004 en 25 van Vo. nr. 987/2009, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Verzoeker heeft medische zorg genoten in Spanje, een andere EU-lidstaat. De commissie merkt in dit verband op dat onderscheid moet worden gemaakt tussen zorg die medisch noodzakelijk wordt tijdens het verblijf in een andere lidstaat (artikel 19 van Vo. nr. 883/2004) en het reizen naar een andere lidstaat teneinde daar zorg te genieten (artikel 20 van Vo. nr. 883/2004). In dit

geval heeft verzoeker onweersproken gesteld dat hij al in Spanje verbleef vanaf 1 oktober 2021. Hieruit volgt dat artikel 20 in dit geval niet van toepassing is. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat de zorg tijdens het verblijf niet spoedeisend was en dat verzoeker in staat moest worden geacht naar Nederland terug te kunnen komen per vliegtuig. De commissie wijst erop dat artikel 19 van Vo. nr. 883/2004 niet als eis stelt dat de zorg spoedeisend is. De relevante tekst van de bepaling luidt aldus:

"Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf."

Uit het voorgaande volgt dat de medische noodzaak onder meer moet worden bepaald met inachtneming van de verwachte duur van het verblijf. Verzoeker had een verblijf in Spanje gepland tot 1 april 2022. Naar het oordeel van de commissie kan, in dat licht bezien, de behandeling van kritieke ischemie als medisch noodzakelijk worden beschouwd, en mocht van verzoeker niet worden gevergd dat hij zou terugreizen of de zorg zou uitstellen tot na terugkomst in Nederland.

- 8.3. Verzoeker heeft geen gebruik gemaakt van de EHIC. Artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 bepaalt dat indien kosten voor rekening van de verzekerde zijn gebleven, er verschillende manieren zijn om tot vergoeding te komen. Zo kan een verzoek daartoe worden ingediend bij het orgaan van de verblijfplaats (lid 4), of bij het bevoegde orgaan, dat in die situatie moet overgaan tot tarifiering (lid 5), of de verzekerde kan akkoord gaan met vergoeding door het bevoegde orgaan binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven in diens wetgeving (lid 6). Als op grond van de wetgeving van de lidstaat van verblijf geen vergoeding mogelijk is, kan het uitvoeringsorgaan van de bevoegde lidstaat het laatste eveneens doen, maar dan zonder instemming van de verzekerde (lid 7).

Het staat vast dat verzoeker er niet voor heeft gekozen zich te wenden tot het Spaanse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering (lid 4). Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat tarifiering (lid 5) in dit geval niet zinvol is, enerzijds omdat het geen spoedhulp betreft, anderzijds omdat het Xanit Vithas International Hospital een privékliniek is en geen staatsziekenhuis. Het eerste argument treft geen doel. Ten aanzien van het tweede geldt dat verzoeker dit niet heeft weersproken. Dit betekent dat het ervoor moet worden gehouden dat door het Spaanse uitvoeringsorgaan geen vergoeding zou zijn verleend voor de in genoemde instelling geleverde zorg. Hierbij wordt aangetekend dat met artikel 19 van Vo. nr. 883/2004 niet is beoogd burgers uit een andere EU-lidstaat verdergaande aanspraken te geven dan onderdanen van de lidstaat van verblijf die deelnemen aan de sociale ziektekostenverzekering. Lid 6 impliceert een keuzemogelijkheid, maar die ontbreekt als de vergoeding volgens het Spaanse stelsel nihil is. Hieruit volgt dat het akkoord van verzoeker niet nodig is, en dat de ziektekostenverzekeraar mocht besluiten tot vergoeding binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven op grond van de Nederlandse wetgeving (lid 7).

- 8.4. Met betrekking tot de zorgverzekering geldt dat in artikel 2.2 Bzv is opgenomen dat in geval van een restitutieverzekering bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden niet passend zijn te achten. Dit wordt wel het marktconforme tarief genoemd. In artikel 18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt hiernaar verwezen.
- De commissie heeft in eerdere bindende adviezen beslist dat het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde ten behoeve van Open DIS Data, betrokken tarief voor de desbetreffende behandeling is aan te merken als het marktconforme tarief. In het verleden hanteerde de commissie nog een opslag op vorenbedoeld, hoogste tarief. Daarvan is de commissie nadien teruggekomen, omdat is gebleken dat in Open DIS Data ook de tarieven voor niet-gecontracteerde zorg worden meegewogen bij het bepalen van het gemiddelde tarief. Daarnaast is gebleken dat het verschil in premie tussen enerzijds de restitutieverzekeringen en anderzijds de

natura- en combinatieverzekeringen niet zonder meer volgt uit het verschil in schadelast. Beide redenen die indertijd zijn gegeven om de opslag toe te passen, blijken niet (meer) relevant.

- 8.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in de procedure bij de Ombudsman toegelicht hoe hij de DBC declaratiecode 15B485 en zorgproduct 099699099 heeft afgeleid. Verzoeker heeft de juistheid hiervan niet bestreden. Bovendien komt het Zorginstituut in zijn advies van 24 mei 2023 tot de conclusie dat de gehanteerde DBC-zorgproductcode juist is. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde ten behoeve van Open DIS Data, betrokken tarief € 12.895,- bedraagt, en dat dit minder is dan het door hem gehanteerde gemiddeld gecontracteerde tarief, te weten € 22.534,55. Ook dit is door verzoeker niet bestreden. Laatstgenoemd bedrag, dat door de commissie als uitgangspunt wordt genomen nu dit voor verzoeker gunstiger is, betreft zowel de dotterbehandeling als de later uitgevoerde bypass, inclusief het verblijf, de onderzoeken, hulp- en geneesmiddelen. Voor een IC-dag heeft de ziektekostenverzekeraar € 2.223,59 vergoed.
- De commissie concludeert dat verzoeker, voor zover het de behandeling in het Xanit Vithas International Hospital betreft, geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan totaal € 24.758,14, ten laste van de zorgverzekering. Indien dit nog niet is gebeurd, dient op deze vergoeding het eigen risico van € 804,86 in mindering te worden gebracht. Uit de door verzoeker aangeleverde Excelsheet blijkt dat ook twee nota's van de huisarts en een tweetal nota's ter zake van geneesmiddelen niet volledig zijn vergoed en voorts dat een nota waarop de behandeldatum ontbreekt en een tweetal nota's betreffende voedingssupplementen/ zelfzorgmiddelen zijn afgewezen. Verzoeker heeft hierover echter geen inhoudelijk standpunt ingenomen, zodat de commissie deze zeven posten verder onbesproken laat.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.6. Door verzoeker is aangevoerd dat hij is verzekerd voor "afwijkende tarieven". Hiervoor is overwogen dat in het kader van de zorgverzekering het marktconforme tarief de bovengrens voor de vergoeding vormt. Dit is bij wet bepaald en een zorgverzekeraar heeft niet de vrijheid hiervan af te wijken. Anders is dit waar het de aanvullende ziektekostenverzekering betreft, zodat de commissie aanneemt dat de opmerking van verzoeker op de aanvullende dekking ziet.
- 8.7. In artikel 3.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat bij verblijf in een andere EU/EER-lidstaat de kosten van spoedeisende zorg volledig worden vergoed, onder aftrek van de vergoeding op grond van de basisverzekering. De zorg moet noodzakelijk zijn als gevolg van een ongeval of acute ziekte en er moet contact worden opgenomen met SOS International, die de beoordeling namens de ziektekostenverzekeraar verricht. In artikel 1 'Begripsomschrijvingen' is spoedeisende zorg gedefinieerd als: "Zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van acute ziekte of ongeval waarbij direct spoedeisende medisch noodzakelijke hulp nodig is." De commissie oordeelt dat hiervan bij verzoeker geen sprake was. Uit het tijdsverloop blijkt al dat niet direct behoefde te worden ingegrepen. Verzoeker bezocht de huisarts op 30 december 2021 in verband met een val, vernam op 13 januari 2022 van de arts in het ziekenhuis dat het botvlies niet was ontstoken, en wendde zich vervolgens pas op 25 januari 2022 weer tot de huisarts omdat zijn been koud aanvoelde. Op 31 januari 2022 volgde een ziekenhuisbezoek, waarna de behandeling in het ziekenhuis uiteindelijk op 3 februari 2022 startte, toen verzoeker daar werd opgenomen. Hierbij tekent de commissie aan dat - anders dan voor de toepassing van Vo. nr. 883/2004 - de duur van het geplande verblijf in de andere lidstaat bij de aanvullende ziektekostenverzekering geen element van betekenis is. Het voorgaande betekent dat verzoeker op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak heeft op aanvulling tot het bedrag van de daadwerkelijke kosten.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 augustus 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Onder een logopedische behandeling verstaan wij niet behandeling van dyslexie en taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anders taligheid.

Logopedie in het kader van gzsp

Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

18.16 Mechanische beademing

Wij vergoeden beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als u beademing thuis krijgt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum:

- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met de mechanische beademing.

Bij mechanische beademing in de thuissituatie heeft u recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.17 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvangt u van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

U heeft voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.18 en 18.19. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien of een klinisch fysicus audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts. Voor bepaalde aanvragen van laboratoriumonderzoek mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Wij vergoeden uw verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.18 en 18.19 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Logeerkosten bij CAR-T

U heeft recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. Vergoeding geldt voor de periode van 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis, waarna in de 3e en 4e week er recht op tegemoetkoming in logeerkosten is. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 77,50 per nacht.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

Wij vergoeden medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Wij vergoeden ook de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder vergoeden wij medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

IVF (in-vitrofertilisatiepoging) of ICSI

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendonatie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Wij vergoeden als u een vrouw bent tot uw 43ste jaar, de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Wij vergoeden ook de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.

De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.

Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na ivf, geldt als nieuwe eerste poging.

Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF poging wordt aangemerkt.

Tot uw 38ste jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal één embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Vanaf uw 38ste tot uw 43ste jaar is het bij alle drie de pogingen toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Een IVF-poging die is gestart voor uw 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

Wij vergoeden geen:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Onder een doorgaande zwangerschap wordt verstaan een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie (in geval van niet-ingevroren embryo's) of een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van het ingevroren embryo (indien het om ingevroren embryo's gaat);
- eerste en tweede IVF-poging tot uw 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst ;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als u 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

U heeft recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (Medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Wij vergoeden geen behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandeling van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping uw gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltepleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen uw aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als u deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Wij vergoeden onder andere geen:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Second Opinion

Wij vergoeden een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op <https://wetten.overheid.nl/zoeken>.

18.18 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg u precies recht heeft hangt ervan af of u jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft (doorgaans vanaf 2 jaar) is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Uw kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Toelichting:

- Ga naar www.eyewish.nl/polischeck
- Dan Bekijk jouw zorgvergoeding
- Kies a.s.r.
- Kies uw aanvullende verzekering
- Geef aan of uw zorgvergoeding voor bril of lenzen reeds gebruikt is
- Uw specifieke aanbieding wordt getoond

3.6 Buitenland (medische zorg)

Algemeen:

- **Niet-spoedeisende zorg** dient u van tevoren schriftelijk bij ons aan te vragen. U dient hiervoor ons Aanvraagformulier Buitenland te gebruiken. Dit aanvraagformulier kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-in-het-buitenland. U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Er zijn enkele uitzonderingen waarvoor u geen aanvraag in hoeft te dienen. Deze uitzonderingen zijn:
 - Brillen of contactlenzen (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.5);
 - Ergotherapie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.12);
 - Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.16);
- Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.29).
- Neem in geval van **spoedeisende zorg** voor advies en bemiddeling contact op met onze alarmcentrale SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75 (24 uur per dag bereikbaar).

Wij vergoeden geen:

- Eigen risico.

Voor meer informatie over zorg in het buitenland en onze 'Brochure zorg in het buitenland' zie www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-in-het-buitenland.

Voorwaarden:

- Wij vergoeden alleen medische zorg als de behandeling ook in Nederland volgens deze verzekering vergoed wordt.
- Uitkering vindt in Nederland plaats in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de declaratie in behandeling neemt. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com.
- U dient de nota aan te leveren in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling door een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

Niet spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland (woonachtig in het land waar de zorg is genoten)

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering

Voorwaarden:

- U woont in een EU, EER of verdragsland.
- U wordt behandeld in het land waar u woont, door een zorgaanbieder die in hetzelfde land is gevestigd.
- De deskundigheid van de zorgaanbieders is vergelijkbaar met de zorgaanbieders in Nederland.

Toelichting:

- De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.

Spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland**Wat krijgt u vergoed?**

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- U heeft een ongeval gehad of u bent acuut ziek geworden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de zorg is dus niet het doel van uw reis).
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding.

Spoedeisende zorg in de rest van de wereld**Wat krijgt u vergoed?**

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal 2x Nederlands tarief	Maximaal 2x Nederlands tarief	100%	100%

Voorwaarden:

- U heeft een ongeval gehad of u bent acuut ziek geworden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de zorg is dus niet het doel van uw reis).
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding.

Zorg in België en Duitsland (woonachtig in Nederland)**Wat krijgt u vergoed?**

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- Alleen als u minder dan 50 kilometer van de praktijk van de zorgaanbieder in België of Duitsland woont. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps door middel van de snelst gebruikelijke route.
- De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.
- Niet-spoedeisende zorg dient u van tevoren schriftelijk bij ons aan te vragen. U dient hiervoor ons Aanvraagformulier Buitenland te gebruiken. Dit aanvraagformulier kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-in-het-buitenland. U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Er zijn enkele uitzonderingen waarvoor u geen aanvraag in hoeft te dienen. Deze uitzonderingen zijn:
 - Brillen of contactlenzen (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.5);
 - Ergotherapie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.12);
 - Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.16);
 - Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.29).

SOS Hulpverlening**Wat krijgt u vergoed?**

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100%	100%	100%	100%

Toelichting:

- SOS International biedt 24/7 hulp aan reizigers bij ziekte of een ongeval. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. U kunt online medische reishulp vragen via www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland**Wat krijgt u vergoed?**

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 150 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Alleen vergoeding voor behandelingen uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg die niet uitgesteld kunnen worden tot na terugkomst in Nederland.

Terugreis per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig**Wat krijgt u vergoed?**

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
100% vervoer naar een instelling in het woonland	100% vervoer naar een instelling in het woonland	100% vervoer naar een instelling in het woonland	100% vervoer naar een instelling in het woonland

Voorwaarden:

- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- De arts van SOS International beoordeelt of er sprake is van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalsletsel.
- U heeft een verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer en medische begeleiding nodig is.
- Vervoer per ambulancevliegtuig vergoeden wij alleen als het nodig is voor het redden van uw leven of vermindering of voorkomen van invaliditeit.

Toelichting:

- Vervoer is inclusief noodzakelijke medische begeleiding en één gezinslid.

Vervoer van de overledene, begrafenis of crematie ter plaatse.**Wat krijgt u vergoed?**

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 10.000	Maximaal € 10.000	Maximaal € 10.000	Maximaal € 10.000

Voorwaarden:

- Nabestaanden moeten direct contact opnemen met SOS International: +31 (0)30 257 35 75.
- Het lichaam van de overledene wordt vervoerd naar zijn of haar woonplaats.
- Wij vergoeden geen:
 - Hulpverlening en kosten als een medische behandeling het doel van de reis was.

Toelichting:

- De kosten van de kist die noodzakelijk is voor het vervoer zijn inbegrepen.
- Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenis of crematie ter plaatse.

3.7 Camouflage

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 150 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent	Maximaal € 250 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent	Maximaal € 350 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent	Maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent

Voorwaarden:

- Vergoeding voor camouflagelessen/camouflagetherapie (leren om kleur- en/of vormafwijkingen in het gelaat en hals onopvallend te maken) en de benodigde middelen tijdens de lessen.
- Bij een ernstige huidafwijking in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitgebreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De lessen worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist welke ANBOS geregistreerd is.

Wij vergoeden geen:

- Camouflerende lasertherapie.
- Camouflagelessen/camouflagetherapie als u die in het verleden al vergoed hebt gekregen op een andere aanvullende verzekering bij a.s.r.

3.8 Combinatietest

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	-	75%

Voorwaarden:

- Geen vergoeding van kosten indien er een aanspraak is op de basisverzekering.
- De combinatietest dient te worden uitgevoerd door een gecertificeerd echoscopist.

Toelichting:

- Een combinatietest bestaat uit:
 - een bloedonderzoek in de 9e tot de 14e week van de zwangerschap;
 - een nekplooiemeting d.m.v. een echo in de 11e tot de 14e week van de zwangerschap;
 - beoordeling van de beide onderzoeken voor een verhoogd risico op een kindje met Down, Edwards of Patau.

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

Artikel 2.4

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

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

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. (...)*”