

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300817

Partijen

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

en

N.V. Univé Zorg te Zwolle, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de bij haar te Konya, Turkije, uitgevoerde knieoperatie ten bedrage van € 6.298,80 alsnog te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat voorafgaand aan de ingreep geen toestemming is gevraagd. Ook ontbreken een gerichte verwijzing en een behandelplan. Om die reden is vergoeding van de ingreep afgewezen.
- 1.2. De commissie overweegt dat de dochter van verzoekster op diverse momenten contact heeft opgenomen met de alarmcentrale, niet alleen over de val en de in dat kader benodigde zorg, maar ook omtrent de kosten van de operatie die nu in geschil is. Uit de stukken is niet gebleken dat door de alarmcentrale aan verzoekster of haar dochter ten tijde van de operatie is medegedeeld dat zij zich niet tot de alarmcentrale moest wenden, maar tot de ziektekostenverzekeraar. Integendeel, door de alarmcentrale is een garantstelling gegeven, en niet alleen voor een consult, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt, maar ook voor de op 13 augustus 2022 uit te voeren "tests". Ook het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde mailbericht leidt niet tot een ander oordeel, aangezien dit niet is gedateerd en hierin ook niet wordt terugverwezen naar de ziektekostenverzekeraar. De commissie beslist dat verzoekster onder deze omstandigheden niet kan worden tegengeworpen dat een gerichte verwijzing ontbreekt. Verder zijn de telefoongesprekken met de alarmcentrale naar haar oordeel aan te merken als een verzoek om voorafgaande toestemming. Waar het erom gaat of de gevraagde toestemming verzoekster al dan niet terecht is onthouden, komt de commissie op basis van het advies van het Zorginstituut tot de conclusie dat het dossier voldoende informatie bevat om een inhoudelijke (medische) beoordeling te kunnen uitvoeren. Aangezien verzoekster, gelet op de uitkomst hiervan, redelijkerwijs op de ingreep was aangewezen, dient de ziektekostenverzekeraar de hiermee gepaard gaande kosten aan verzoekster te vergoeden. Omdat het gaat om een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, heeft verzoekster, gelet op het bepaalde in artikel 1.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering, aanspraak op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Bij ontbreken hiervan heeft verzoekster aanspraak op vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 12 december 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 januari 2024 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 16 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 februari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 19 maart 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024007335) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 maart 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 april 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een stuk van de ANWB Alarmcentrale (hierna: de alarmcentrale) op volgorde te sturen, een tijdlijn te maken en een e-mailbericht over te leggen van 11 augustus 2022 van de alarmcentrale aan verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 mei 2024 aan de commissie een reactie met bijlagen gestuurd. Een afschrift van deze reactie is op 7 mei 2024 aan verzoekster gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen twee weken te reageren. Verzoekster heeft - na uitstel - bij e-mailbericht van 27 mei 2024 op de nagekomen informatie gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 30 mei 2024 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 6 juni 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 maart 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 12 juni 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 2.7. Omdat de commissie constateerde dat bij de reactie van de ziektekostenverzekeraar het gevraagde e-mailbericht van de ANWB Alarmcentrale van 11 augustus 2022 ontbrak, heeft zij dit stuk nogmaals opgevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft dit stuk alsnog opgestuurd op 3 juli 2024. Dit stuk is op 4 juli 2024 aan verzoekster gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoekster heeft van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Collectief Aanvullend Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand Goed is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster was al langere tijd slecht ter been. Zij was hiervoor in Nederland onder behandeling. Tijdens een verblijf in Turkije is zij op 4 juli 2022 van de trap gevallen, waarbij zij haar knie heeft bezeerd. Zij heeft de spoedeisende eerste hulp van een ziekenhuis in Konya bezocht op 5 juli 2022, waar zij is behandeld.

De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Op 15 augustus 2022 is verzoekster in een ander ziekenhuis te Konya geopereerd aan haar knie. De kosten hiervan heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

- 3.3. Bij brief van 15 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de knieoperatie niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 20 maart 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 12 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de bij haar te Konya, Turkije, uitgevoerde knieoperatie ten bedrage van € 6.298,80 alsnog te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe, in haar brief aan de ziektekostenverzekeraar van 23 oktober 2022, aangevoerd dat zij op 5 juli 2022 de spoedeisende eerste hulp heeft bezocht van een ziekenhuis in Konya. De behandelend arts heeft na controle verklaard dat sprake was van een urgente situatie. De dochter van verzoekster heeft diverse keren met de alarmcentrale gebeld. Verzoekster wilde graag een tweede arts raadplegen. De reden hiervoor was dat in Turkije de behandelmethodes en kosten soms enorm kunnen verschillen. Verzoekster kon zich op dat moment nog niet zelfstandig bewegen. In die tijd werd in Turkije het Offerfeest gevierd, en het is dan enorm lastig om een afspraak te maken en behandeld te worden. Zelfs in spoedsituaties moet soms worden gewacht op een vrije plaats.
Op 2 augustus 2022 nam de dochter van verzoekster opnieuw contact op met de alarmcentrale. Zij vertelde dat een operatie moest worden uitgevoerd bij de tweede arts die werd geraadpleegd. Na telefonisch akkoord van de alarmcentrale voor deze spoedoperatie, waarbij ook een garantiestelling is afgegeven, is verzoekster naar de tweede arts in Konya gegaan. Deze arts heeft op 9 augustus 2022 verklaard dat sprake was van een spoedeisende situatie. Verzoekster is op 13 augustus 2022 opgenomen in het tweede ziekenhuis en daar op 15 augustus 2022 geopereerd. Toen zij al werd geopereerd, bleek dat het voorschot werd ingetrokken, omdat het ziekenhuis de alarmcentrale niet tijdig kon voorzien van een factuur.
- 4.3. Uit artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat geen voorafgaande toestemming nodig is als sprake is van een onverwachte opname en de behandeling niet redelijkerwijs kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland. Bij een verblijf van één of meer nachten moet dit worden gemeld aan de alarmcentrale. De operatie van verzoekster kon niet wachten tot terugkeer naar Nederland. Zij kon niet zelfstandig lopen en ervoer constante pijn. Omdat hierover diverse keren contact is gezocht met de alarmcentrale, is aan de voorwaarden van artikel 9.3 van de zorgverzekering voldaan. Bovendien mocht verzoekster, vanwege de toezegging van de alarmcentrale, erop vertrouwen dat de operatie zou worden vergoed.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat zij de gespreksnotities van de alarmcentrale heeft gezien, maar dit betreft slechts een deel van de contactmomenten. Verzoekster is gevallen op 4 juli 2022, waarop zij op 5 juli 2022 naar het ziekenhuis is gegaan. Zij heeft toen met de alarmcentrale gebeld. De arts had namelijk gezegd dat er meteen geopereerd moest worden. In Turkije is het belangrijk te zoeken naar een goede arts, want sommigen opereren alleen voor het geld. Verzoekster heeft de alarmcentrale ook verteld dat zij na het Offerfeest

weer verder zou zoeken naar een arts die de ingreep kon uitvoeren. De alarmcentrale heeft toen geantwoord dat dit prima was. Zij zouden het eerste dossier sluiten en het tweede kon worden geopend als verzoekster weer zou bellen. De pijn was voor verzoekster op enig moment niet meer te doen, en het was voor haar niet mogelijk naar Nederland te gaan. De dochter van verzoekster heeft alle informatie naar de alarmcentrale gestuurd. Zij heeft toen een arts gevonden, en zij heeft er achteraan gezeten zodat verzoekster daar terecht zou kunnen. Zij heeft hierover ook contact gezocht met de alarmcentrale. De mevrouw die zij sprak ging eerst kijken of er een contract met het ziekenhuis was; dit bleek het geval en zij kon gaan. In het ziekenhuis zijn foto's gemaakt, en de arts wilde direct opereren. Zij heeft daarna aan de alarmcentrale de naam van de arts en het ziekenhuis doorgegeven. Zij heeft de stukken opgestuurd naar de alarmcentrale en heeft toen toestemming gekregen. Verzoekster is op 13 augustus 2022 voor behandeling naar het ziekenhuis gegaan. In de dagen ervoor is er veelvuldig telefonisch contact geweest. Hoewel door de alarmcentrale was verteld dat er een contract was met het ziekenhuis en dat verzoekster gewoon kon gaan, belde op de dag van de operatie iemand van de alarmcentrale met de dochter van verzoekster. Zij zei dat contact moest worden gezocht met de arts, want er moest een precieze offerte komen. Een medewerker van het ziekenhuis vertelde haar dochter desgevraagd dat alle papieren al naar de tussenpersoon van de alarmcentrale waren gestuurd, inclusief een opgave van wat de behandeling ongeveer zou kosten. Pas na de operatie is immers bekend wat de precieze kosten zijn, omdat vooraf niet is te zeggen welke materialen de arts nodig heeft. De dochter van verzoekster heeft dit aan de alarmcentrale gemeld. De mevrouw die zij sprak zei toen dat dit niet zo kon, want men vertrouwde er niet op dat de bedragen niet te hoog zouden worden vastgesteld. Later werd zij teruggebeld en werd gezegd dat, omdat het om een geplande operatie ging, er toch niet zou worden vergoed. Verder heeft verzoekster verklaard dat de eerdere contactmomenten over een blaasontsteking gingen. Verzoekster ging naar Turkije en de tickets waren al geboekt. Zij mocht met een III- formulier naar een arts in Turkije.

- 4.5. Bij e-mailbericht van 27 mei 2024 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat de vraag die zij de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld op 16 juni 2022 standaard is. Deze stelt zij altijd, omdat zij telkens op vakantie gaat naar Turkije. Mocht er iets gebeuren, dan wil verzoekster graag weten wat zij moet doen. Er is geen sprake geweest van een geplande behandeling, maar van een vraag. Verder heeft zij op 5 juli 2022 het medisch rapport naar de alarmcentrale gestuurd. Op 7 juli 2022 heeft haar dochter contact opgenomen met de alarmcentrale, maar zij heeft tot 18 juli 2022 geen antwoord gehad op haar vragen. Daarop is opnieuw gebeld voor meer informatie. Tussen deze data viel het Offerfeest, wat inhoudt dat de artsen vrij waren vanaf 8 juli tot en met 13 juli 2022. Op 23 juli 2022 is, omdat verzoekster het niet vertrouwde, de tweede arts geraadpleegd. Het advies bij deze andere arts was hetzelfde. Daarop is wederom contact gezocht met de alarmcentrale, waarbij is meegedeeld dat met spoed een operatie moest plaatsvinden. Gedurende deze gehele periode is nooit door de alarmcentrale gezegd dat contact moest worden gezocht met de ziektekostenverzekeraar.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de knieoperatie in Turkije niet worden vergoed. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 17 juli 2023 aangevoerd dat de dochter van verzoekster op 20 juni 2022 contact heeft gezocht met de alarmcentrale over een knieoperatie. Op 2 augustus 2022 ontving de alarmcentrale een medisch rapport waarin was te lezen dat een operatie was gepland. Ook werd het medisch verslag van 5 juli 2022 ingediend met informatie over de behandeling na de val van de trap. Dit betrof het eerste dossier van de alarmcentrale, dat met de ontvangst van het betreffende stuk werd gesloten. Op 2 augustus 2022 werd een nieuw dossier geopend, waarin is vermeld dat de familie van verzoekster - zowel per e-mailbericht van 11 augustus 2022 als telefonisch - erover is geïnformeerd dat de knieoperatie electieve zorg betrof. Om te beoordelen of deze geplande zorg voor vergoeding in aanmerking kwam, is door de alarmcentrale om aanvullende informatie gevraagd. De dochter van verzoekster heeft hierop informatie gestuurd, maar deze was niet voldoende om te kunnen beoordelen of verzoekster was aangewezen op de operatie. Op 14 augustus 2022 heeft de alarmcentrale naar de dochter van verzoekster gebeld met de mededeling

dat de operatie niet onder spoedzorg valt. De operatie is toch uitgevoerd, zonder akkoord van de ziektekostenverzekeraar. De gevraagde informatie werd niet aangeleverd.

De zorgkosten die zijn gemaakt na het vallen van de trap zijn als spoedzorg vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Voor de knieoperatie was zijn voorafgaande toestemming vereist, en deze is niet gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende informatie om de aanvraag achteraf te kunnen beoordelen. Zo ontbreken een behandelplan, een gerichte verwijzing en een offerte van de zorgaanbieder. Verder wordt door de behandelend arts in Turkije verwezen naar een eerdere knierevisie in 2020. De ziektekostenverzekeraar mist een gedegen analyse en een verslag van het vooronderzoek.

- 5.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 19 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend aangevoerd dat de rechtbank Den Haag in 2021 heeft beoordeeld of sprake is van spoedeisende zorg in het buitenland die onder de dekking van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering valt. De kantonrechter was in die zaak van oordeel dat sprake is van spoedeisende zorg, indien het gaat om een levensbedreigende situatie of zorg waarvan uitstel ernstige gevolgen zou hebben voor de gezondheid van de verzekerde. Doorslaggevend hierbij was dat als voorwaarde in de artikelen van de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat het moet gaan om zorg waarvan uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is (Rechtbank Den Haag 17 maart 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:2993, r.o. 5.5 en 5.23). Dit staat ook in de definitie van acute zorg in de voorwaarden van de zorgverzekering en is bovendien in lijn met de wijze van beoordelen van de spoedeisendheid door de alarmcentrale. In het geval van verzoekster was geen sprake van spoedeisende zorg, en zij is hierover goed geïnformeerd door de alarmcentrale. De garantstelling voor € 3.000,- was afgegeven voor een consult en niet voor een operatie. Waarom deze is ingetrokken, is de ziektekostenverzekeraar niet bekend. De gevolgen van het niet vooraf vragen van toestemming liggen in de risicosfeer van verzoekster. Verder mist een gerichte verwijzing. Dit is geen formaliteit, en is geregeld in artikel 14, tweede lid, Zvw.
- 5.3. In zijn reactie van 16 februari 2024 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend aangevoerd dat uit de stukken die de alarmcentrale naar de dochter van verzoekster heeft gestuurd, blijkt dat een garantstelling is afgegeven voor een consult, en niet voor een operatie. De garantstelling voor het consult is niet ingetrokken. Hierin is specifiek vermeld dat "MRI/CT/SURGERY" zijn uitgesloten. In het door de alarmcentrale aangemaakte dossier 22080254724 is bij de punten 18 en 20 toegelicht dat alleen een garantie is afgegeven voor "ambulante zorg". Bij punt 27 van dit dossier wordt meegedeeld dat de familie voorafgaand aan de operatie ervan op de hoogte was dat de alarmcentrale de knieoperatie niet als spoedeisende zorg zag, maar als electief. Bij punt 45 staat dat er duidelijke uitleg is gegeven over de gevolgen van het betrekken van electieve zorg in een privé ziekenhuis, zowel mondeling als via e-mail.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat op 16 juni 2022 en 20 juni 2022 in het systeem staat dat een vraag is gesteld over planbare en niet-planbare zorg in het buitenland. Bij de notitie van het gesprek van 20 juni 2022 staat dat contact is opgenomen met de alarmcentrale. Op 4 juli 2022 was de val en op 5 juli 2022 het onderzoek, en deze kosten zijn vergoed. Op 7 juli 2022 was het eerste contact met de alarmcentrale. Het Offerfeest duurde van 8 tot 12 juli 2022. Een volgend contact was op 8 juli 2022, waarbij de dochter van verzoekster een reactie verwachtte van de alarmcentrale, terwijl de alarmcentrale een medisch rapport had verwacht. Er is contact geweest over de operatie die zou plaatsvinden. Op dat moment was er nog geen medisch rapport beschikbaar. De alarmcentrale meldt diverse keren te hebben geprobeerd de dochter van verzoekster te bereiken, maar dit is aanvankelijk niet gelukt. Uiteindelijk is er wel contact geweest. Het medisch rapport volgde op 11 augustus 2022. Dit is nagekeken door de artsen van de alarmcentrale. De dochter van verzoekster is op 14 augustus 2022 gebeld met de opmerking dat de zorg niet valt onder spoedzorg. De garantstelling die is afgegeven op 14 augustus 2022 geldt alleen voor het consult. Daarom was geen sprake van een spoedeisende behandeling, maar van een electieve behandeling. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat niet is gekeken naar de aanspraak, omdat er geen voorafgaande toestemming

is gevraagd. Dit gebeurt bij alle verzekerden op deze manier. En er had een verwijzing vooraf moeten zijn. Dit staat in de voorwaarden van de zorgverzekering. Wel had de communicatie over de verwijzing anders gekund. In de stukken ziet de ziektekostenverzekeraar terug dat er moeilijk is gedaan over het opvragen van gegevens. Er is melding van gemaakt bij de alarmcentrale dat de ziektekostenverzekeraar dit niet gepast vindt.

- 5.5. Bij brief van 2 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend een tijdelijk gemaakt van de diverse gespreksnotities. Hieruit is af te leiden dat de medische rapporten zijn beoordeeld door twee artsen van de alarmcentrale. Later zijn de stukken ook beoordeeld door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Zij komen allen tot de conclusie dat sprake was van electieve zorg en niet van spoedeisende zorg. Om die reden had een verwijzing moeten plaatsvinden en had volgens de ziektekostenverzekeraar vooraf een machtiging moeten worden aangevraagd. Dit is niet gebeurd.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 19 maart 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Indicatie revisie rechter knieprothese

Verzoekster heeft een knieprothese met een instabiele rechterknie na een val van de trap. Op de röntgenfoto van de rechterknie is zichtbaar dat beide kunstdelen losliggen van het onderliggende bot. Dit is een medische indicatie voor een revisie van de rechter knieprothese.

Hierbij merkt het Zorginstituut op dat een medische indicatie niet per definitie betekent dat verweerder over moet gaan tot vergoeding ten laste van de basisverzekering. De toepasselijke polisvoorwaarden spelen ook een rol bij deze beoordeling. Het Zorginstituut kan echter niet beoordelen of voorafgaande toestemming ontbrak en of sprake was van spoedeisende zorg. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een operatieve revisie van de rechter knieprothese. Het Zorginstituut beoordeelt niet of voldaan is aan de toepasselijke polisvoorwaarden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een operatieve revisie van de knieprothese maakt onderdeel uit van het basispakket en verzoekster is hier redelijkerwijs op aangewezen."

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg, het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en het marktconforme tarief zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook is hierin de relevante bepaling uit het Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid (hierna: het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid) aangehaald. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Er is door verzoekster, waar het gaat om de bij haar uitgevoerde knieoperatie, geen gebruik gemaakt van het N/TUR 111-formulier en het is niet aan de commissie om achteraf vast te stellen of die mogelijkheid had bestaan. Het verdrag blijft daarom buiten toepassing. Beoordeeld moet worden of aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de knieoperatie, ten laste van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 8.3. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is onder andere geregeld dat een verwijzing nodig is. In de bepaling is omschreven welke personen bevoegd zijn een verwijzing uit te schrijven. Ook is geregeld dat voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig is. Verwezen wordt naar de 'Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg' op de website van de ziektekostenverzekeraar. In artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Artikel 9.3 bepaalt dat als voor een behandeling gedurende één of meer nachten opname in een ziekenhuis nodig is, voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist is. Verder is toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikelen 11 tot en met 40) is vermeld. Ook hier is benoemd dat in het zorgartikel is bepaald of een verwijzing nodig is. Tot slot is in het artikel vermeld dat geen toestemming nodig is als de verzekerde onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot betrokkene in het woonland is teruggekeerd. Als de verzekerde één of meer nachten wordt opgenomen, moet hij of zij (laten) bellen met de alarmcentrale.
- 8.4. Het staat vast dat de dochter van verzoekster op diverse momenten contact heeft opgenomen met de alarmcentrale, niet alleen over de val op 4 juli 2022 en de in dat kader benodigde zorg, maar ook - begin augustus 2022 - omtrent de kosten van de operatie die nu in geschil is. De alarmcentrale heeft een garantstelling gegeven tot een bedrag van € 3.000,- met als datum 13 augustus 2022. In het stuk is sprake van "kidneystones", maar partijen zijn niet erover verdeeld dat de garantstelling in feite betrekking heeft op de behandeling van de knie. In het stuk is voorts het volgende vermeld: *"Please provide us a medical report. We will cover the tests performed today. Once we have a medical report we can determine whether or not we will cover for the surgery planned on Monday."* Verder is vermeld dat is uitgesloten van de machtiging: *"MRI/CT/ Surgery"*. De operatie heeft plaatsgevonden op 15 augustus 2022. Kennelijk is het medisch rapport voordien niet door de alarmcentrale ontvangen, en heeft men later beoordeeld dat de operatie niet spoedeisend was, maar planbaar. Gelet op het tijdsverloop tussen de vaststelling dat een operatie nodig was en het daadwerkelijk uitvoeren hiervan is de kwalificatie planbaar begrijpelijk. Verzoekster verkeerde evenwel in de veronderstelling dat de ingreep naar zijn aard spoedeisend was. Zij heeft daarom in het kader van artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering hierover contact gezocht met de alarmcentrale. Uit de stukken is niet gebleken dat door de alarmcentrale aan verzoekster of haar dochter ten tijde van de voorgenomen

operatie is medegedeeld dat zij zich niet tot de alarmcentrale moest wenden, maar tot de ziektekostenverzekeraar. Integendeel, door de alarmcentrale is een garantstelling gegeven, niet alleen voor een consult, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt, maar ook voor de op 13 augustus 2022 uit te voeren "tests". Het ontbreken van een gerichte verwijzing is verzoekster aanvankelijk niet tegengeworpen. Dit kwam pas aan de orde toen de alarmcentrale had beoordeeld dat het niet ging om een spoedeisende ingreep. In het nadien overgelegde - overigens ongedateerde - e-mailbericht van de alarmcentrale staat dat een aanvraag is ontvangen voor electieve zorg. Verderop in het mailbericht staat dat de alarmcentrale kan zorg dragen voor het indienen van de aanvraag hiervoor bij de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens worden enkele stukken opgevraagd. Verzoekster is ook bij die gelegenheid niet verwezen naar de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster heeft zij dit e-mailbericht ontvangen op de dag dat zij al in het ziekenhuis was. Volgens de ziektekostenverzekeraar dateert het bericht van 11 augustus 2022. Aangezien het bericht niet is voorzien van een datering, valt een en ander niet meer na te gaan. De commissie beslist dat verzoekster onder deze omstandigheden niet kan worden tegengeworpen dat een gerichte verwijzing ontbreekt. Verder zijn de telefoongesprekken met de alarmcentrale naar haar oordeel aan te merken als een verzoek om voorafgaande toestemming. Het kan daarbij in het midden kan blijven of al dan niet sprake was van bevoegde vertegenwoordiging omdat verzoekster er onder de gegeven omstandigheden en gelet op de diverse contactmomenten vanuit mocht gaan dat de alarmcentrale mede namens de ziektekostenverzekeraar communiceerde.

- 8.5. Waar het erom gaat of de gevraagde toestemming verzoekster al dan niet terecht is onthouden, geldt dat partijen niet erover verdeeld zijn dat sprake is van verzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat er onvoldoende informatie beschikbaar is om te kunnen beoordelen of verzoekster redelijkerwijs op de ingreep was aangewezen. Het Zorginstituut is evenwel op basis van de in het dossier beschikbare informatie in zijn advies van 19 maart 2024 tot de conclusie gekomen dat verzoekster een medische indicatie had voor een revisie van de rechter knieprothese. Het Zorginstituut baseert zich hierbij op de röntgenfoto van de rechterknie, waarop zichtbaar is dat beide kunstdelen losliggen van het onderliggende bot. De commissie komt op basis van het advies van het Zorginstituut tot de conclusie dat verzoekster redelijkerwijs op de ingreep was aangewezen. Daarom dient de ziektekostenverzekeraar de hiermee gepaard gaande kosten aan verzoekster te vergoeden. Aangezien het gaat om een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, heeft verzoekster, gelet op het bepaalde in artikel 1.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering, aanspraak op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Bij ontbreken hiervan heeft verzoekster aanspraak op vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs voor de behandeling.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.6. Artikel 16 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt een extra vergoeding tot de kostprijs, indien het gaat om spoedeisende zorg. Dit is zorg die de verzekerde onverwacht nodig heeft en die hij of zij niet kan uitstellen tot na terugkomst in Nederland. Bij de onderhavige knieoperatie kan niet worden gesproken van spoedeisende zorg. Gelet op het tijdsverloop tussen de vaststelling dat een operatie noodzakelijk was blijkens de verklaring van de arts van 2 augustus 2022 en het daadwerkelijk uitvoeren hiervan op 15 augustus 2022, is, zonder nadere onderbouwing die ontbreekt, niet aannemelijk dat bij de onderhavige knieoperatie sprake is van spoedzorg in de hiervoor bedoelde zin. Om die reden heeft verzoekster geen aanspraak op een eventuele aanvullende vergoeding tot de kostprijs, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 8.7. Aangezien het verzoek hiermee - gedeeltelijk - wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het door verzoekster in het kader van deze procedure betaalde entreegeld van € 37,- aan haar te vergoeden.

Slotsom

8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de in Turkije uitgevoerde knieoperatie aan verzoekster dient te vergoeden tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Bij ontbreken hiervan heeft verzoekster aanspraak tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs voor de behandeling;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 19 juli 2024,

J.W. Heringa

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 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

**Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek
Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op'
01-05-1983 en zichtdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden**

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

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°. 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 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.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Univé Zorg Vrij polis is een restitutieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

1.2. Medische noodzaak

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

U heeft vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25, 26 en 38) en Farmaceutische zorg (artikel 35 Geneesmiddelen) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

1.10. Wanneer heeft u recht op vergoeding van de kosten van verzekerde zorg?

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.11. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- Vergoeding van vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
- Vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- Vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee')
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders
- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten
- Vergoeding van de kosten van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. Recht op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clauseblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan heeft u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

- 8.3.2 Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
 - De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
 - De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg App, op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover u deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld;
- l. Tot 1 januari 2025 larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- m. Tot 1 januari 2025 entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheids- onderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd:

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatie-poging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde IGO's vindt u op onze website.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

| | |
|-----------------------|---|
| Oogheelkunde: | Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties |
| KNO: | Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus |
| Chirurgie: | Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties |
| Dermatologie | Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken) |
| Gynaecologie: | Vulvaire en vaginale afwijkingen |
| Plastische chirurgie: | Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie |

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie

17.1 Revalidatie

Revalidatie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg). Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.