



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Turkije, plastische chirurgie, liposuctie bij lipoedeem, abdominoplastiek

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 13 Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid, artt. 6:233 en 6:234 BW

Zaaknummer : 202000476

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

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

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 17 juni 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 20 oktober 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 februari 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Rotterdampakket en Herverzekeren Verplicht Eigen Risico B 50,00 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Op 13 augustus 2018 heeft de door verzoekster geconsulteerde plastisch chirurg in Nederland, voor zover hier van belang, schriftelijk over haar verklaard:

"(...)

Reden verwijzing

Post bariatrische patiënt, wens tot correctie surplus huid.

(...)

Benen:

Fors surplus vetweefsel en huid mediaal.

Nog veel vetweefsel aanwezig.

Tot aan de knie[.]

Geen smetplekken.

Abdomen:

Geen huidsurplus boven en onderbuik. Nog dikke pannus, bolle buik.

Pannus: 1

Striae: aanwezig

Smetplekken: Geen

Rectus diasthase: Niet palpabel

Valsalva: Negatief

Pittsburgh graad 1

Indicatie voor Fleur de Lis: Neen

Flanken/rug: Dikke pannus

Indicatie voor circulair: Neen

Conclusie

Wens abdominoplastiek en mediale dijbeenlift na postbariatrische chirurgie

Beleid

Verwijzing diëtiste van internist verkregen.

Uitleg minimaal 1 jaar stabiel zijn in gewicht alvorens plannen ingreep.

Uitleg abdominoplastiek: hiervoor zal geen vergoeding plaatsvinden via de zorgverzekeraar, er is nog sprake van een forse pannus, het bolle buik aspect zal blijven. Er bestaat geen indicatie voor een abdominoplastiek.

Uitleg dermolipectomie bovenbeen: liposuctie zal noodzakelijk zijn alvorens een dermolipectomie, alleen liposuctie zal een huidoverschot opleveren wat haar klachten niet zal verbeteren. Verder afvallen is noodzakelijk. Resultaat van diëtiste afwachten.

Op verzoek van patiënte werd een aanvraag gedaan bij de verzekering: dermolipectomie van het bovenbeen mediaal bdz. NB: bij goedkeuring zal patiënte eventueel zelf vooraf liposuctie moeten betalen, dit wordt niet vergoed. Ik heb met patiënte afgesproken dat zij eerst stabiel op gewicht moet zijn en dat verder afvallen noodzakelijk is voor een eventuele ingreep in verband met een verhoogde kans op complicaties en een onbevredigend resultaat.

(...)"

- 3.3. De behandelend fleboloog heeft op 10 april 2019, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

"(...)

Reden van verwijzing

Graag op verzoek van de fleboloog uw beoordeling en zo snel mogelijk behandeling van lipoedeem.

Bij duplex onderzoek zijn er geen afwijkingen gevonden. I.v.m. een verzoek om liposuctie en dermolipectomie is patiënte bij collega [naam] geweest.

Speciale anamnese

Sinds gastric bypass operatie heeft patiënte last van pijnlijke en zware bovenbenen overdag. Kan de benen niet goed optillen bij lopen, waardoor zij vaak omvalt. Zij is bij de Blaak onderzocht waar geen veneuze insufficiëntie maar lipoedeem werd geconstateerd. Vervolgens is zij bij een plastisch chirurg geweest die de liposuctie had voorgesteld met voorwaarde dat patiënte 1 jaar qua gewicht stabiel blijft. patiënte heeft dit niet doorgezet.

(...)

Lichamelijk onderzoek

Getekend op afbeelding van: benen (vaten).

Disproportionele vetverdeling ten nadelen van de bovenbenen met kenmerkend manchetvorming boven de knieën.

Conclusie

Lipoedeem bovenbenen.

Beleid

Advies van de plastisch chirurg opvolgen.

(...)"

- 3.4. Verzoekster heeft op of omstreeks 29 mei 2019 een abdominoplastiek en liposuctie van de benen in verband met de indicatie lipoedeem ondergaan in Turkije. De betrokken Turkse zorgaanbieder heeft op 29 mei 2019, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...)

Patient is diagnosed with rectus status in her tummy and [l]ipoedama in her legs in our clinic. She needs to be operate[d], to make the innermuscles straight and tight and t[o] remove the fat and swelling in her legs.

Treatment:

Suggestion Need to make the abdomen thinner and more firm. The surgery involves the muscle repair from the middle and lower abdomen in order to tighten the muscle. With liposuction to her legs.

*We performed the following treatment, to repair the muscles by stijf[ing] of the abdominal muscles.
We provided the following steps:
We made a horizontal, curved incision (cut) near the pubic hairline, which runs from one hip to the other.
The skin and fatty tissue are lifted from the underlying tissue.
We stitched and tighten slack or sep[arated] muscles.
We have removed the fat and swelling of her legs by performing tumescent liposuction and vaser liposuction to her legs
Price indication
The price for the surgery is 4000 euro.
With Abdominoplasty 3200 euro
Liposuction legs 800 euro (...)"*

3.5. Verzoekster heeft de kosten van de abdominoplastiek en liposuctie van de benen ten bedrage van totaal € 4.000,- gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster door middel van een declaratieoverzicht meegedeeld de kosten niet te vergoeden.

3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 22 oktober 2019 en 13 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

3.7. De huisarts heeft op 27 november 2019, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

*"(...)
Bovenstaande patiënte heeft het spreekuur van mijn voorganger en mijn spreekuur regelmatig bezocht van oktober 2018 tot heden wegens pijnklachten van de buik en de benen. Bij de plastisch chirurg is de diagnose lipoedeem vastgesteld en werd gesuggereerd om verder af te vallen en een jaar stabiel in gewicht te blijven, alvorens chirurgische opties overwogen konden worden. Patiënte had hier grote moeite mee. In dezelfde periode had [zij] erg veel last van jicht. Dit bemoeilijkt haar in het bewegen, teneinde af te vallen. Ook heeft patiënte oedeemtherapie ondergaan, helaas resulteerde dit niet in afname van de klachten. Patiënte is in deze periode ook een keer op de SEH beland, nadat zij door de pijn in de benen is gevallen. Vervolgens heeft patiënte in het buitenland de chirurgische ingreep laten doen.
(...)"*

3.8. De huisarts heeft op 11 december 2019, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

*"(...)
Als aanvulling op mijn schrijven van 27-11-2019 kan ik (...) u verder het volgende berichten: patiënte heeft erg veel geleden rondom de genoemde diagnose van lipoedeem e[n] heeft veel stress gehad hieromtrent. Patiënte is een aantal keer gevallen door de pijn in de benen en is hierdoor een keer op de SEH beland, waar o.a. een wond in de lip is gehecht. Dit heeft tot heel erg veel stress geleid. Vervolgens is patiënte zelf een oplossing gaan zoeken, twee jaar wachten om in Nederland in aanmerking te komen voor een ingreep voor de lipoedeem kon patiënte in deze omstandigheden niet vol houden. Dr. [naam] heeft niet met patiënte gecommuniceerd dat liposuctie niet vergoed zou worden. Ook vertelt patiënte dat zij niet is onderzocht door dr [naam]. Dr [naam], de vorige huisarts heeft over deze situatie nog een brief naar VGZ gestuurd met het verzoek om patiënte te helpen, gezien de uitgebreide klachten rondom het lipoedeem. Patiënte was in deze tijd niet in staat om te sporten, het was te zwaar voor haar lichaam, en had veel pijn tot gevolg. Patiënte zag het niet meer zitten op dit punt. Alles was veranderd in haar leven, patiënte sliep er niet van. Ook voelde patiënte zich bezwaard om een relatie aan te gaan, vanwege de zware, pijnlijke buik. Begeleiding van de diëtiste heeft helaas ook niet in gewichtsverlies geresulteerd.
(...)"*

4. Geschil

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

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in Turkije uitgevoerde abdominoplastiek en liposuctie van de benen te vergoeden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden drie nota's ten bedrage van € 26,90, € 26,94 en € 217,63 te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd onderdeel (i) van het geschil te behandelen, te weten het verzoek tot vergoeding van de in Turkije uitgevoerde abdominoplastiek en liposuctie van de benen. Dit geldt zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering en volgt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. De ziektekostenverzekeraar is pas in deze procedure ermee bekend geworden dat verzoekster vergoeding wenst van bedragen van € 26,90, € 26,94 en € 217,63. Volgens mededeling van de ziektekostenverzekeraar heeft deze van verzoekster geen declaratie(s) ontvangen voor de genoemde bedragen. Daarom kon aan de ziektekostenverzekeraar ook nog geen gelegenheid tot overweging of heroverweging van de kosten in kwestie worden geboden. Bij deze stand van zaken acht de commissie het verzoek niet-ontvankelijk voor zover het betrekking heeft op de hiervoor genoemde bedragen. De commissie verwijst verder naar artikel 7, tweede lid, van het reglement van de commissie.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie, uit het Burgerlijk Wetboek (BW), en uit het Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid 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.

Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid

6.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg gedurende een tijdelijk verblijf, als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Vast staat dat verzoekster naar Turkije is gereisd met het doel aldaar de abdominoplastiek en liposuctie van de benen te ondergaan. In deze situatie bestaat geen aanspraak op vergoeding van de uitgevoerde behandelingen op grond van het Nederlands-Turks verdrag.

Zorgverzekering

6.3. Omdat hierover geen duidelijkheid bestond, heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd toe te lichten op welke grond(en) hij de declaraties met betrekking tot de abdominoplastiek en liposuctie van de benen heeft afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop verklaard dat deze behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen vanwege het ontbreken van voorafgaande toestemming en het niet hebben van een geldige verwijzing. Een en ander is geregeld in artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op andere afwijzingsgronden heeft de

ziektekostenverzekeraar zich niet beroepen. Dit brengt mee dat het Zorginstituut Nederland geen advies op grond van artikel 114, derde lid, Zvw behoeft uit te brengen.

- 6.4. Verzoekster is opgekomen tegen de toepasselijkheid van de verzekeringsvoorwaarden en de hierin opgenomen eisen van voorafgaande toestemming en een verwijzing. Verzoekster stelt dat zij niet de redelijke mogelijkheid heeft gehad van deze voorwaarden kennis te nemen. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn algemene voorwaarden niet overeenkomstig artikel 6:234 BW aan haar ter hand gesteld. Het is onredelijk achteraf te wijzen op de mogelijkheid via de website kennis te nemen van deze voorwaarden. Bovendien doet dit geen recht aan de ongelijke verhouding tussen partijen.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat hij zijn verzekeringsvoorwaarden publiceert op zijn website en dat hij hiernaar verwijst in zijn polisberichten. Op verzoek van de commissie heeft hij een kopie van het polisbericht van 2019 overgelegd. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet hij hiermee aan de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De verzekeringsvoorwaarden hadden bovendien op aanvraag van verzoekster kunnen worden toegestuurd, maar een verzoek hiertoe is door haar niet gedaan. De ziektekostenverzekeraar verwijst voorts naar een bindend advies van de commissie van 22 april 2009, zaak 2008.01299.
- 6.6. De commissie overweegt als volgt.
Onderscheid wordt gemaakt tussen kernbedingen en algemene voorwaarden. Bedingen die de kern van de prestaties aangeven, mits duidelijk en begrijpelijk geformuleerd, worden niet aangemerkt als algemene voorwaarden (artikel 6:231, onderdeel a, BW). Voor zover een beding in een zorgverzekering enkel betrekking heeft op het vereiste van verwijzing of voorafgaande toestemming voor zorg, kan dit niet worden aangemerkt als kernbeding. Het beding moet dan worden gerekend tot de algemene voorwaarden.
- 6.7. De gebruiker van algemene voorwaarden (in dit geval de ziektekostenverzekeraar) is verplicht aan de wederpartij een redelijke mogelijkheid te bieden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen (artikel 233 aanhef en onder b BW). Artikel 6:234 BW regelt vervolgens wanneer de gebruiker aan de wederpartij deze redelijke mogelijkheid tot kennisneming heeft geboden. In artikel 6:234 BW is hierover bepaald:

“1. De gebruiker heeft aan de wederpartij de in artikel 233 onder b bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij ter hand heeft gesteld, de voorwaarden overeenkomstig de in artikel 230c voorziene wijze heeft verstrekt of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt dat de voorwaarden bij hem ter inzage liggen of bij een door hem opgegeven Kamer van Koophandel of een griffie van een gerecht zijn gedeponneerd, alsmede dat zij op verzoek zullen worden toegezonden. Indien de voorwaarden niet voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij ter hand zijn gesteld, zijn de bedingen tevens vernietigbaar indien de gebruiker de voorwaarden niet op verzoek van de wederpartij onverwijld op zijn kosten aan haar toezendt. Het omtrent de verplichting tot toezending bepaalde is niet van toepassing, voor zover deze toezending redelijkerwijze niet van de gebruiker kan worden gevergd.

2. De gebruiker heeft tevens aan de wederpartij de in artikel 233 onder b bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking heeft gesteld op een zodanige wijze dat deze door haar kunnen worden opgeslagen en voor haar toegankelijk zijn ten behoeve van latere kennisneming of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt waar van de voorwaarden langs elektronische weg kan worden kennisgenomen, alsmede dat zij op verzoek langs elektronische weg of op andere wijze zullen worden toegezonden. Indien de voorwaarden niet voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking zijn gesteld, zijn de bedingen tevens vernietigbaar indien de gebruiker de voorwaarden niet op verzoek van de wederpartij onverwijld op zijn kosten langs elektronische weg of op andere wijze aan haar toezendt.

3. Voor het op de in lid 2 bedoelde wijze bieden van een redelijke mogelijkheid om van de algemene voorwaarden kennis te nemen is de uitdrukkelijke instemming van de wederpartij vereist indien de overeenkomst niet langs elektronische weg tot stand komt.”

- 6.8. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar de verzekeringsvoorwaarden niet ter hand heeft gesteld. Hij heeft immers ter zitting verklaard dat de polisbladen van de jaren 2017 tot en met 2019 per post zijn verzonden, en dat hierbij de polisvoorwaarden niet zijn meegestuurd. Niet gebleken is dat langs een andere weg aan verzoekster een redelijke mogelijkheid is geboden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft nog aangevoerd dat er in de jaren 2018-2019 (en mogelijk 2017) herhaaldelijk contact met verzoekster is geweest. Dit contact vond hoofdzakelijk telefonisch plaats. Daarbij zou van de kant van de ziektekostenverzekeraar melding zijn gemaakt van een verwijzingsvereiste en/of een toestemmingsvereiste. Dit neemt echter niet weg dat er sprake was van bedingen die het rechtskarakter hadden van algemene voorwaarden, zodat voldaan moest worden aan de informatieplicht die voor algemene voorwaarden gelden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen feiten en omstandigheden aangevoerd waaruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar aan de op hem rustende informatieplicht bij de toepassing van algemene voorwaarden heeft voldaan.
- 6.10. Het beroep van de ziektekostenverzekeraar op de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) faalt. In deze regeling, in het bijzonder in artikel 9, is immers niet bepaald op welke wijze verzekeringsvoorwaarden aan verzekeringnemers of verzekerden moeten worden verstrekt om te voldoen aan de artikelen 6:233 en 6:234 BW.
- 6.11. Op grond van artikel 20 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden geldt voor de zorg waarvan verzoekster vergoeding verlangt de eis van verwijzing en een toestemmingseis. Deze bedingen zijn echter vernietigbaar. De commissie verbindt daaraan de gevolgtrekking dat de ziektekostenverzekeraar jegens verzoekster geen beroep kan doen op de eis van verwijzing en een toestemmingseis. Dit zou immers naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn in de zin van artikel 6:248 lid 2 BW.
- 6.12. Het ligt op de weg van de ziektekostenverzekeraar om het verzoek van verzoekster tot vergoeding verder in behandeling te nemen. Daarbij zal de ziektekostenverzekeraar rekening moeten houden met hetgeen hiervoor onder 6.3 en 6.11 is overwogen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.13. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een abdominoplastiek en liposuctie van de benen. Het verzoek kan daarom niet op basis van deze verzekering worden ingewilligd.
- 6.14. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
- 6.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar jegens verzoekster geen beroep kan doen op de eis van verwijzing en een toestemmingseis zoals voorzien in artikel 20 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het verzoek van verzoekster om vergoeding van de kosten van de in Turkije uitgevoerde abdominoplastiek en liposuctie verder in behandeling zal nemen, met inachtneming van hetgeen hiervoor onder 6.3 en 6.11 is overwogen;
- (iii) verzoekster niet-ontvankelijk is in haar verzoek voor zover betrekking hebbend op de bedragen van € 26,90, € 26,94 en € 217,63;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster zal vergoeden;

De commissie wijst af hetgeen meer of anders is verzocht.

Zeist, 23 maart 2021,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u 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.

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.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

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.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

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 toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Artikel 19. Audiologische zorg

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- Onderzoek naar de gehoorfunctie
- Advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur
- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur
- Psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

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 audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. Correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. Correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. Correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, als 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. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verslapte of verlamde bovenoogleden in de volgende situatie:
 - De verslapping/verlamming van het bovenooglid veroorzaakt een verticale ooglidspleet van 7 mm of minder. Dit komt overeen met de situatie dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt. Anders gezegd, de afstand tussen (de onderrand van) de overhang en het centrum van de pupil is 1 mm of minder. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl u ontspannen recht vooruit kijkt (dus gemeten in de primaire stand). Het moet aannemelijk zijn dat correctie van het bovenooglid deze gezichtsveldvermindering oplost;
 - Het moet gaan om een gezichtsveldbeperking die tot belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt. Subjectieve klachten alleen, zoals vermoeide ogen, druk op de ogen, hoofdpijn of er vermoeid uitzien, zijn onvoldoende reden/aanwijzing om te kunnen spreken van een gezichtsveldbeperking;
4. Correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - Afwezigheid van een inframammairplooi (plooi onder de borst) en;
 - Klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

Wanneer heeft u recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard?

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

U heeft geen recht op:

- Behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3
- Liposuctie van de buik
- Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

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 medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 21. Transplantatie van weefsels en organen

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan heeft u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- Het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- De in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- Het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- Het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland wonende donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten vergoeden wij niet.

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.

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:

- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

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 39) 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 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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

(...)

Artikel 2.4

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

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese 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;

(...)

.