



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: Mevrouw A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg
Zaak	: EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, anatomische reconstructie proximaal tibiofibulair gewricht in combinatie met neurolyse van de nervus peroneus, stand wetenschap en praktijk
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer	: 201901115
Zittingsdatum	: 20 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 5 mei 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 augustus 2019 aan verzoekster gezonden. Bij brief van 17 september 2019 heeft verzoekster hierop gereageerd.
- 2.3. Bij brief van 17 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019042116) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 19 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 22 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 25 november 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Supertop (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 december 2018 aan verzoekster meegedeeld dat geen vergoeding wordt verleend voor de door haar in Brandenburg, Duitsland, ondergane ingreep.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 29 januari 2019 en 24 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. De behandelend orthopedisch chirurg in Nederland heeft op 15 oktober 2018 over verzoekster verklaard:

"Above mentioned patient is know[n] by me for right ankle instability, left shoulder instability with several luxations and Bankart repair 15-12-200. Severe kneepain left knee since pubert[ly] with arthrosapie of the knee and ice picking on the chondral defect at [the] medial side (10-01-2011). Patient is also known with labral tear for w[h]ich she underwent arthroscopy of the left hip (24-01-2012), reinsertion of the labrum and chondral det[er]mination was tak[en] care of, a chondroplasty was performed. Since 2012 kneepain at the left side after microfracture of the medial condyle for w[h]ich a high tibial osteotomy was performed 1-10-2012. During this procedure an arthroscopy as performed and showed the chondroplasty stage 2-3 at the medial side. On the sixth of october 2013 high tibial osteotomy was removed and the bony spike was resected at the anterior side of the osteotomy. 31-8-2015 ongoing pain complaints at the lateral side of the knee. A second opinion doctor suggested that the osteotomy plain did not heal. A ct scan proved the opposite. Then in 2017 there was a chronic loge syndrome at the left side (pressure measured) at the anticus loge at the left side for which a release wa[s] performed on 21-3-2017. Patient still complains about the knee at the left side now is more the fibulo tibial joint which gives pain in rest, pain at night and pain after excercise. Neurologic examination was performed and did not show any impingement on the nervus peroneus. There is a stable tibiofibular joint with sensitive palation but no swelling or instability. A Ct scan of the knee showed a status after high tibial osteotomy without joint narrowing at the medial or lateral side. There are some mild [degenerative] changes at tibio fibula joint. (...)".

- 3.5. De behandelend orthopedisch chirurg in Duitsland heeft op 9 januari 2019 in het operatieverslag over verzoekster verklaard:

"Indikation: Chronische Instabilität und Subluxationen mit u.a. Affektion des N. fibularis links (...), die seit Jahren bestehen und nach einer Tibiakopfumstellungsosteotomie (von lateral) begannen. Die konservative Therapie war bisher frustran und auf Grund der guten Ergebnisse in der Literatur entschlossen wir uns zu unten aufgeführter Operation. (...) Offene Reposition und anatomische Rekonstruktion der dorsalen Syndesmose des proximalen tibiofibularen Gelenks mit Semitendinosusehen mit 2 bioresorbierbaren Schrauben (6x23mm; Fi: Arthrex) Neurolyse des N. fibularis communis links. Diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks links (...)".

- 3.6. De orthopedisch chirurg heeft op 15 april 2019 over verzoekster verklaard:

"Die Patientin war nach der ersten Stabilisierung des tibiofibularen Gelenks für ca. 7 Wochen sehr zufrieden ohne Schmerzen - bis sie zu ihrem Orthopaden ging, der mit großer Kraft das Caput fibulae nach dorsal drückte und dabei die Rekonstruktion zerstörte. Seit dem hat sie wieder dieselben Beschwerden wie vor der ersten OP. (...)".

- 3.7. Bij brief van 17 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) De aandoening van verzoekster is vrij zeldzaam, dit betekent echter niet dat er geen onderzoek naar gedaan kan worden. Uit het literatuur onderzoek van verweerder blijkt dat er over het stabiliseren van het PTFJ met een peestransplantaat nauwelijks onderzoek gedaan is. Op 11 september 2019 heeft het Zorginstituut een search uitgevoerd in PubMed, er werden geen andere artikelen gevonden dan reeds genoemd door verweerder. In het review van Kruckeberg et al. uit 2017 zijn 2 publicaties over stabiliseren van het PTFJ met een peestransplantaat gevonden. Eén betreft een casus beschrijving, waarbij een stukje pees van de M. Gracilis is gebruikt. Het artikel bevat geen klinimetrische data. De andere beschrijft 2 patiënten, waarbij een stukje pees van de M. Semitendinosus is gebruikt. Wat betreft klinimetrie wordt er slechts over één subjectieve uitkomstmaat gerapporteerd. De uitkomst hiervan is weliswaar in beide patiënten verbeterd, maar dit is onvoldoende onderbouwing voor effectiviteit van deze ingreep, omdat er in dit type uitkomstmaat de uitkomst variabel kan zijn (de ene dag anders dan een andere) en ook spontaan (zonder ingreep) verbetering kan optreden. Hierdoor kan uit dit onderzoek geen conclusie met betrekking tot de effectiviteit worden afgeleid. Naast deze twee gerapporteerde studies worden er nog drie casusbeschrijvingen aangegeven, die wel zijn gepubliceerd maar niet in tijdschriften die in de collectie van PubMed zitten. Ook deze casusbeschrijvingen bieden onvoldoende onderbouwing van de effectiviteit. Over de operatieve stabilisatie van het PTFJ met een peestransplantaat zijn slechts vijf publicaties met casusbeschrijvingen beschikbaar, waarbij in één studie twee casussen worden beschreven. De effectiviteit op kortere en langere termijn en de

veiligheid van deze ingreep is daarmee onvoldoende onderbouwd. Derhalve kan niet geconcludeerd worden dat de interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
- (i) de ingreep die heeft plaatsgevonden in Duitsland te vergoeden, inclusief de nabehandeling en de hersteloperatie, ten laste van de zorgverzekering; en
 - (ii) verzoekster de reis- en verblijfkosten te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel bij wijze van schadevergoeding.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A22 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.





6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is in de bijlage artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 weergegeven. Tot slot zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.




Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te krijgen. Er is daarom sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster meegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie. In dat geval bestaat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.

- 6.3. Op grond van artikel A.3.2. van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit komt erop neer dat alleen zorg die als effectief wordt beschouwd deel uitmaakt van het verzekerde pakket. Het Zorginstituut heeft in zijn rol als pakketbeheerder een beoordelingskader opgesteld. Met dit beoordelingskader wordt nagegaan of het behandelbeleid (diagnostiek, behandeling), gelet op de gunstige en de ongunstige gevolgen ervan (bijwerkingen, veiligheid), leidt tot relevante (meer)waarde voor de patiënt in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Het Zorginstituut volgt hierbij de principes van evidence-based medicine (EBM). Hierbij wordt gekeken of de zorg bij een bepaald indicatiegebied effectief is. De kern van EBM is dat de beschikbare evidence - die uiteen kan lopen van gerandomiseerd vergelijkend onderzoek tot praktijkervaring - systematisch wordt gezocht en geselecteerd en op gestructureerde wijze wordt gewogen en gebruikt. EBM heeft als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit in de afweging het zwaarste weegt. Het werken volgens de EBM principes kent een aantal vaste stappen: het zoeken en selecteren van informatie, het beoordelen van de gevonden informatie en het trekken van een conclusie.

-  6.4. Het Zorginstituut heeft onderzocht of de anatomische reconstructie van een proximale tibiofibulair gewricht zoals bij verzoekster is uitgevoerd, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook de door verzoekster genoemde publicaties zijn in dit onderzoek meegenomen. In zijn advies van 17 september 2019 heeft het Zorginstituut toegelicht dat de uitgevoerde ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom is het geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut.
-  6.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ingreep ook in Nederland wordt uitgevoerd, maar dat deze in dat geval wordt gedeclareerd met een DBC-zorgproduct dat is bedoeld voor een andere ingreep. Verzoekster heeft haar stelling echter niet met stukken onderbouwd, zodat deze moet worden gepasseerd. De commissie tekent hierbij aan dat voor zover dit inderdaad gebeurt, een dergelijke handelwijze niet in overeenstemming is met de bedoeling van de wetgever, die immers heeft willen uitsluiten dat zorg wordt gedeclareerd en vergoed die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De ziektekostenverzekeraar kan daarom hoe dan ook niet worden gehouden de bij verzoekster uitgevoerde ingreep ten laste van de zorgverzekering te vergoeden, ook niet als zij haar stelling wel aannemelijk had gemaakt.
-  6.6. Aangezien de ingreep die verzoekster in Duitsland heeft ondergaan, als gezegd, niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarom niet kan worden vergoed, komen ook de in dit kader gemaakte reiskosten niet voor vergoeding in aanmerking. Hetzelfde geldt voor de hersteloperatie die verzoekster in Duitsland heeft ondergaan, aangezien deze operatie nauw samenhangt met de ingreep die eerder is uitgevoerd en die niet voor vergoeding in aanmerking komt. Voor verblijfkosten kent de zorgverzekering geen dekking.
-  6.7. Omdat het niet gaat om verzekerde zorg onder de zorgverzekering, heeft verzoekster geen aanspraak op een vergoeding op basis van Vo. nr. 883/2004. De ziektekostenverzekeraar mocht verzoekster het zogenoemde S2-formulier, waarmee kosten rechtstreeks bij het uitvoeringsorgaan in de andere lidstaat kunnen worden gedeclareerd, daarom onthouden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

-  6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de operatie die verzoekster in Duitsland heeft ondergaan, en ook niet voor de hersteloperatie en de reis- en verblijfkosten. Het verzoek kan daarom niet ten laste van die verzekering worden toegewezen.
-  6.9. Omdat het verzoek wordt afgewezen, bestaat voor toekenning van enige vorm van schadevergoeding geen grond. Verzoekster heeft haar verzoek tot schadevergoeding overigens ook niet verder onderbouwd.
-  6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

-  7.1. De commissie beslist dat het verzoek moet worden afgewezen.

Zeist, 4 december 2019,

mr. L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

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

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

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

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, 2.8 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 zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Besluit zorgverzekering

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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. 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;
 - 6°. 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 gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- 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.

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

B.1. Verzekerde zorg

B.1.1. Indeling verzekerde zorg

In dit hoofdstuk B staat welke zorg door de zorgverzekering is verzekerd:

- De verzekerde zorg is beschreven per artikel. Bijvoorbeeld huisartsenzorg in artikel B.3. of de verschillende onderdelen van medisch specialistische zorg in B.4.1. t/m B.4.15.
- Ook kan de verzekerde zorg bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Wij noemen dat "andere zorg", zie artikel B.1.2.

B.1.2. "Andere zorg"

Voor "andere zorg" genoemd in artikel B.1.1. gelden voorwaarden:

- de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
- de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
- wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

B.1.3. Opname in ziekenhuis met meer klassen

Het is mogelijk dat u opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dat kan in het buitenland het geval zijn. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

B.1.4. Begin en einde van recht op zorg

U hebt alleen recht op zorg waarop u volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt als u die zorg hebt gehad in de periode dat deze zorgverzekering loopt. Als een DBC-zorgproductcode gedeclareerd wordt die begon voor de einddatum van uw zorgverzekering, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin uw zorgverzekering liep.

B.2. Buitenlandzorg

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat

Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt, kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het buitenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedo-

nië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). Het aanvragen van de pas is gratis. Dit kunt u zelf doen via www.ehic.nl. Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en hebt u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl voor hen de pas aanvragen

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden en omvat onder andere:

- gezondheidsadvies;
- behandeling;
- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- een MRI op aanvraag van de huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg. Dit omvat advisering op onder andere het gebied van:
 - gezonde voeding;
 - inname van vitamines;
 - (korte) adviezen over bijvoorbeeld stoppen met roken en alcohol- drugsgebruik;
 - geneesmiddelengebruik;
 - infectieziekten en vaccinaties;

of medisch specialist.

Plaats

- De koemelkallergietest vindt plaats in een instelling van de Jeugd Gezondheidszorg (JGZ) waarmee wij schriftelijke afspraken hebben gemaakt over het uitvoeren van deze test.
- De individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten vindt plaats op een locatie waarover wij afspraken hebben gemaakt met de betreffende zorgverlener.

B.3.3. Huisarts voor GGZ zorg

Zorg: waar hebt u recht op?

Huisartsenzorg omvat ook zorg op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en bestaat uit:

- zorg bij lichte psychische klachten (bijvoorbeeld depressie), als u (nog) geen psychische stoornis hebt die behandeld moeten worden in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of de Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.);
- preventieve zorg bij klachten op het gebied van een depressieve stoornis, een paniekstoornis of problematisch alcoholgebruik;
- zorg bij vermoeden van een lichte psychiatrische stoornis. De stoornis is niet complex, heeft een laag risico en de ziekteverschijnselen zijn van korte duur;
- zorg en begeleiding bij een stabiele chronische situatie in een GGZ problematiek met een laag risico en die niet crisisgevoelig is;

Let op!

De zorg omvat niet een psychische of psychiatrische stoornis waarvoor behandeling nodig is in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.). De huisarts kan in die gevallen dan doorverwijzen.

Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel B.3.1. In aanvulling op deze voorwaarden zijn de volgende voorwaarden van kracht:

- De zorg kan ook worden verleend via internet door middel van een programma dat wij hebben erkend.
- Om vast te stellen of een huisarts u kan behandelen zijn de uitkomst van een oriënterend onderzoeksformulier en een diagnostisch gesprek nodig.

Zorgverlener

Bij voorkeur wordt een huisarts ondersteund door de Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ, (POH GGZ) als hij zorg bij lich-

te psychische klachten verleent.

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. en B.19.3.

In dit artikel komt ook mondzorg door een kaakchirurg voor. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
- Medisch specialistische zorg zonder opname (niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
- Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- Medische revalidatie en geriatrische revalidatie (zie artikel B.4.6.);
- Orgaantransplantatie (zie artikel B.4.7.);
- Dialyse zonder opname (zie artikel B.4.8.);
- Mechanische beademing (zie artikel B.4.9.);
- Onderzoek naar kanker bij kinderen (zie artikel B.4.10.);
- Trombosedienst (zie artikel B.4.11.);
- Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (zie artikel B.4.14.);
- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Echoscopie (zie artikel B.5.2.);
- Prenatale screening (zie artikel B.5.3.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:
 - liposuctie van de buik;
 - het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstampuatie is

uitgevoerd of als er geen sprake is van agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);

- o het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- o behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- o sterilisatiebehandelingen;
- o behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- o een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
- o correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
- o parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- o behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

Let op!

De volgende uitgesloten zorg kan wel verzekerd zijn in een aanvullende verzekering. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dit zo is. Het gaat hierbij om:

- Sterilisatie;
- Ongedaan maken van sterilisatie;
- Correctie van de oorstand;
- Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren);
- Cosmetische behandelingen;
- Behandeling tegen snurken;
- Vervanging van borstprothese;
- Behandeling met een redressiehelm.

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

Een opname komt maximaal 3 x 365 aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:

- wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
- wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
- wordt uw opname onderbroken voor weekenden en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten bent u voor aanvang van de behandeling door een tandarts verwezen.
- Als het gaat om zorg die verband houdt met zwangerschap en/of een bevalling mag u voor aanvang van de behandeling ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltespheet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, be-

staande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek;
- inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) en direct daaraan verbonden kosten.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Een AED wordt door daartoe bevoegde en bewaarde personen ingezet. Dit hoeft geen zorgverlener te zijn zoals wij die in onze voorwaarden beschrijven.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling ook door een opometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelt spleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.
- Voor gebruik van een AED is geen verwijzing nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

Gebruik van een AED kan op elke locatie plaatsvinden.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij