



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer 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, België, laparoscopische sleeve gastrectomie, BMI en ernstige
comorbiditeit

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 20 Vo. nr.
883/2004

Zaaknummer : 201901965

Zittingsdatum : 1 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. J.W. Heringa)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

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 e-mailbericht van 8 maart 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 20 mei 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 15 juni 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020023276) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op dezelfde dag aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 juli 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 juli 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van dezelfde datum heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Collectief en Tandarts Collectief (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker had al lange tijd last van obstipatieklachten en overgewicht. In 2015 is zijn dikke darm verwijderd. In 2017 heeft hij een arts in bezocht in verband met zijn klachten van overgewicht. Deze arts verwees hem door naar een andere arts in , die een gastric sleeve operatie (hierna: de ingreep) niet aandurfde in verband met de complexiteit. De arts verwees verzoeker naar Brugge, België. Op 6 oktober 2017 voerde de chirurg aldaar een laparoscopische sleeve gastrectomie uit. De kosten hiervan heeft verzoeker gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. De eerste arts in die verzoeker bezocht heeft bij brief van 3 juli 2017 over hem verklaard:

“Op 29-06-2017 zagen we op de polikliniek heelkunde bovengenoemde patiënt. De uitgebreide voorgeschiedenis van patiënt is u bekend. Kort resumerend betreft het een status na laparoscopische subtotale colectomie i.v.m. een adynamisch colon.

Patiënt bezocht nu mijn polikliniek i.v.m. sinds jaren bestaande toenemende obesitas. Op dit moment is het BMI 35. Patiënt en zijn moeder zouden graag willen spreken over alle ins en outs van bariatrische chirurgie. I.v.m. hiermee heb ik patiënt verwezen naar (...), chirurg in het Maasstad Ziekenhuis. (...).”

3.4. De behandelend chirurg in België heeft op 8 april 2019 over verzoeker verklaard:

“(...) Sinds meerdere jaren lijdt de patiënt aan overgewicht. Hij ondernam reeds meerdere conservatieve pogingen tot gewichtsafname: Weight Watchers, verschillende diëten, volgde het advies van een diëtiste, sporten. Deze hadden enkel een jojo effect op zijn gewichtscurve.

Bij klinisch onderzoek weegt hij 113,7 kg voor een lengte van 187,0 cm. Dit komt overeen met een BMI van 32,5.

Voedingsanamnetisch weerhouden we hoofdzakelijk een te grote calorie intake via grote hoeveelheden voedsel. De patiënt drinkt weinig suikerhoudende dranken en er is occasioneel alcohol gebruik.

Qua co-morbiditeit weerhouden we: dyspnoe d'effort, ruglast, knielast, snurken, ernstige psychische last, transpireren, chronische obstipatie, stoma (in het verleden).

Uit de antecedenten weerhouden we: verwijderen dikke darm, expl. laparoscopie.

Huidige medicatie: Ventolin, Ceretide. (...)

Uw patiënte onderging op 06/10/2017 een laparoscopische sleeve gastrectomie ter behandeling van een morbide obesitas. Per- en postoperatief stelden zich geen problemen. Postoperatief zal patiënt kleine frequente maaltijden moeten nuttigen waarbij [h]ij traag eet en goed kauwt. Bij ontslag verder thromboseprophylaxie door middel van laag moleculaire gewichts heparines Ix/d subcutaan. Tevens werd Omeprazole 20 mg Ix/d voorgeschreven voor de periode van 1 maand. Controle op de polikliniek bariatrische chirurgie werd afgesproken. We zagen [verzoeker] terug op consultatie postoperatief op 6 weken, 6 maanden, 1 jaar en 1,5 jaar na de sleeve gastrectomie. Tevens werd hij in het preoperatieve traject gezien door een diëtiste alhier en door een psycholoog te Rotterdam.

Ondertussen dienden we hem eveneens operatief te behandelen voor een verkleving met obstructieklachten op 23/11/2018; het betrof adhaesies na zijn vroegere dikdarmoperatie. De verdere opvolging voor zijn ex- obesitasprobleem zal hier geschieden (...).”

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 april 2019 aan verzoeker meegedeeld dat hij geen akkoordverklaring krijgt voor een gastric sleeve operatie, uitgevoerd in België.

3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 23 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. Bij brief van 15 juni 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

“Verzoeker voldoet niet aan de gestelde indicatievoorwaarden. Er is geenszins sprake van morbide obesitas (BMI>40). Ook bestaat er geen ernstige comorbiditeit waarbij (chirurgisch geïnduceerd) gewichtsverlies waarschijnlijk resulteert in verbetering van de comorbiditeit.

Daarnaast blijkt niet uit de medische informatie in het dossier dat er een andere medische indicatie voor de ingreep werd gesteld dan 'overgewicht/obesitas'. Aanvullend is het niet geheel helder in hoeverre er een multidisciplinair voor- en natraject is gevolgd, echter is nader onderzoek hiernaar niet aangewezen omdat verzoeker niet voldoet aan de indicatievoorwaarden. (...).”

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de laparoscopische sleeve gastrectomie alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 A.22. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij al van kleins af aan bekend is met chronische obstipatie en overgewicht. Hij had een stoma en in 2015 is zijn dikke darm verwijderd. In 2017 bezocht hij een ziekenhuis in , waar bij hem door een arts een BMI is geconstateerd van 35. Verzoeker had toen ook bijkomende klachten, zoals rugklachten, pijn aan de knieën, snurken, psychische problemen en hevig transpireren. Het ziekenhuis in durfde de ingreep niet aan in verband met de hoge complexiteit hiervan, en verwees verzoeker naar de behandelend arts in Brugge, België. Deze arts vertelde verzoeker dat de verwijdering van zijn dikke darm een verhoogd risico geeft op ernstige medische complicaties, zoals scheuringen in het littekenweefsel, zodat de ingreep noodzakelijk was. Verzoeker is nu gezond, met een gewicht van 72 kg.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de BMI van verzoeker ten tijde van de ingreep 32,5 was. Op basis hiervan komt verzoeker niet in aanmerking voor een gastric sleeve operatie. Daarnaast was bij hem geen sprake van een ernstige comorbiditeit waarbij (chirurgisch geïnduceerd) gewichtsverlies waarschijnlijk resulteert in verbetering van de comorbiditeit, zoals omschreven in de richtlijn Morbide Obesitas. In deze richtlijn zijn de indicaties voor bariatrische chirurgie beschreven, bijvoorbeeld diabetes mellitus type 2, een te hoge bloeddruk, cardiorespiratoire aandoeningen of geobjectiveerd slaap apneu syndroom (OSAS). Uit de beschikbare gegevens blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van deze ernstige comorbiditeiten zoals beschreven in de bovengenoemde richtlijn. Verzoeker noemt de eerdere verwijdering van

de dike darm met het risico op verklevingen als het overgewicht zou blijven bestaan. De medisch adviseur merkt hierover op dat comorbiditeiten eigenlijk niet meer relevant zijn als de BMI niet 35 of hoger is. Daarbij noemt de bariatrisch chirurg de verwijdering van de darm met het risico op verklevingen niet als comorbiditeit in zijn brief van 8 april 2019. Bovendien heeft ondanks de bariatrische operatie toch een operatieve ingreep moeten plaats vinden ter behandeling van de verklevingen (adhesies). Tot slot blijkt uit de stukken niet van een wetenschappelijke onderbouwing dat het risico op verklevingen na een verwijdering van de darm, geassocieerd met obesitas, door een bariatrische ingreep zou kunnen worden voorkomen. Het is dan ook geen erkende comorbiditeit in de richtlijnen voor bariatrische chirurgie.

- 6.4. Verzoeker heeft een laparoscopische gastric sleeve operatie ondergaan in België, een andere EU-lidstaat. Het betreft hier een planbare behandeling zodat artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing is. Op basis van genoemd artikel dient de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming te worden gevraagd. De commissie overweegt dat dit niet is gebeurd en dat verzoeker hiervoor geen reden heeft opgegeven. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft Vo. nr. 883/2004 buiten toepassing. Getoetst moet worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.5. Een laparoscopische sleeve gastrectomie is een vorm van bariatrische chirurgie. De indicatiestelling voor bariatrische chirurgie wordt beschreven in de richtlijn 'Morbide obesitas' (2011) van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Volgens deze richtlijn bariatrische chirurgie geïndiceerd bij personen met een BMI van 40 of hoger dan wel met een BMI van 35 of hoger als dit samengaat met gezondheidsproblemen die door het overgewicht veroorzaakt worden, zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus.
- 6.6. Bij verzoeker was ten tijde van de ingreep sprake van een BMI van 32,5. Dit is een BMI kleiner dan 35. Zoals door de ziektekostenverzekeraar terecht is opgemerkt, speelt bij een BMI kleiner dan 35 een eventuele comorbiditeit geen rol. Het uitgangspunt is een BMI van 40. Bij een BMI vanaf 35 speelt een comorbiditeit een rol. Verzoeker voldeed niet aan de voorwaarden voor een laparoscopische sleeve gastrectomie. Om die reden kan deze ingreep niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. De commissie merkt nog op dat in dit verband de BMI ten tijde van de ingreep bepalend is. Of deze op een ander moment 35 is geweest, doet hierbij niet ter zake. Bovendien ontbreekt een ernstige comorbiditeit als bedoeld in de richtlijn en wijst het Zorginstituut er in zijn advies van 15 juni 2020 nog op dat kan worden betwijfeld of door verzoeker het vereiste multidisciplinaire voor- en natraject is gevolgd. Dit laatste wordt verzoeker door de ziektekostenverzekeraar overigens niet tegengeworpen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor bariatrische chirurgie, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 juli 2020,



H.A.J. Kroon



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>)

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 gehemeltespelen, 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.

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 Australië? Dan kunt u de EHIC (European Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, 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 ook (extra) 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 voor hen de pas aanvragen via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl.

B.3. Huisartsenzorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"); zie ook artikel A.2.5.

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:

- gezondheidsadvisering;
- 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;
 - ziekten en zwangerschapscomplicaties.

Let op!

- De zorg omvat niet:
 - medische screening of check up, uitsluitend op verzoek van de verzekerde zonder dat daarvoor medische noodzaak bestaat;
 - laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een ziekenhuis- of zelfstandig laboratorium, ook al vindt dat plaats op verzoek van de huisarts. Dit onderzoek is geen huisartsenzorg maar is medisch specialistische zorg (zie artikel B.4.) en valt onder het eigen risico.
- Een MRI uitgevoerd door een ziekenhuis, ook al vindt dat plaats op verzoek van de huisarts, valt onder het eigen risico.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een huisarts of een zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep verleent de zorg (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige of physician assistant).

De zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

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

U krijgt de zorg op een huisartsenpraktijk of huisartsenpost, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats. Onder uw tijdelijke verblijfplaats verstaan wij in dit geval niet een instelling voor medisch specialistische zorg en ook niet een verpleeghuis.

B.3.2. Overige huisartsenzorg

Zorg: waar hebt u recht op?

Het gaat hierbij om geneeskundige zorg die grenst aan huisartsengeneeskunde en waarover wij een zorgovereenkomst hebben gesloten met uw huisarts of waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) prestatiebeschrijvingen heeft vastge-

steld in de Beleidsregel Overige geneeskundige zorg.

Deze zorg omvat onder andere:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- therapeutische injectie (cyriax);
- inbrengen UID / implanteren of verwijderen implanonstaafje;
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- dopplersonderzoek (vaatonderzoek);
- spirometrie (longfunctiemeting);
- koemelkallergietest;
- het leveren van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Consulten zijn vrijgesteld van eigen risico; overige kosten (vaccinatie, entstoffen, laboratoriumkosten en diagnostische onderzoeken) vallen wel onder het eigen risico.
- Een Mantouxtest in het kader van preventie voor een reis naar het buitenland valt niet onder dit artikel maar onder artikel D.2.3.

Voorwaarden

Algemeen

- Zie artikel B.3.1.
- De koemelkallergietest is een dubbelblinde voedselprovocatie-test volgens de geldende JGZ richtlijn Voedselovergevoeligheid. Onder medisch toezicht wordt in twee sessies testvoeding met of zonder koemelk toegediend waarbij noch de zorgverleners, noch u of uw kind weten welke voeding koemelk bevat.
- In het kader van het leveren van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten kan een Mantouxtest worden afgenomen. Hierbij kan sprake zijn van noodzaak tot verwijzen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden. De Mantouxtest kan uitsluitend op consultbasis gedeclareerd worden door een gecontracteerde GGD.

Zorgverlener

- De algemene zorg wordt geleverd door of onder de verantwoordelijkheid van een huisarts.
- De koemelkallergietest wordt uitgevoerd door een zorgverlener die werkt onder de verantwoordelijkheid van een jeugdarts en waarmee wij schriftelijke afspraken hebben gemaakt over het uitvoeren van deze test.
- De individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten wordt uitgevoerd door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen (Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS)

van de KNMG). Dit is bijvoorbeeld een arts infectieziektenbestrijding in dienst van een GGD.

Verwijzing

U bent voor aanvang verwezen door een huisarts 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. Huisartsenzorg op GGZ gebied

Zorg: waar hebt u recht op?

Huisartsenzorg omvat ook zorg op het gebied van GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) 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 POH GGZ (Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ), als hij zorg bij lichte psychische klachten verleent.

B.4. Medisch specialistische zorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

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 plagen 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 -advisering (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 borstamputatie 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);
 - het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
 - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 - sterilisatiebehandelingen;
 - behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
 - een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
 - correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
 - parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
 - 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 oogandoeningen mag u ook door een optometrist 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, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

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 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 AED (Automatische Externe Defibrillator) 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 bekwame 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 optometrist 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 verslachte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeldespleten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
u hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
- Laserbehandeling:
deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen valt onder uw zorgverzekering. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
u hebt alleen recht op een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

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.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor zorgadvies.

Voorwaarden

Algemeen

De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- U hoeft vooraf geen zorgadvies en/of een akkoordverklaring aan te vragen als het gaat om een correctie van de bovenoogleden die wordt uitgevoerd door een zorgverlener waar wij een zorgovereenkomst mee hebben voor het uitvoeren van bovenoogleden correcties. U kunt die zorgverleners vinden op onze internetsite. De medisch specialist beoordeelt in dat geval namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de zorgverzekeringswet.
- Wordt de behandeling uitgevoerd door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling, of gaat het om een andere plastisch chirurgische ingreep die op de 'Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN' staat, moet u wel vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben.

Tarieven

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

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.