

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202401176

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 6 oktober 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 oktober 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 27 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 november 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 15 januari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024042744) de commissie geïnformeerd. Een kopie hiervan is op 16 januari 2025 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is hierbij gevraagd mee te delen welk tarief hoort bij de door het Zorginstituut genoemde DBC-zorgproductcode 192001011. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 30 januari 2025 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 31 januari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.4. Naar aanleiding van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 30 januari 2025 heeft de commissie het Zorginstituut bij brief van 31 januari 2025 gevraagd haar nader te informeren. Het Zorginstituut heeft hier op 5 maart 2025 gevolg aan gegeven. Een afschrift hiervan is op dezelfde dag aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 22 april 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het gestelde in de brief van 15 januari 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 4 juni 2025 heeft het Zorginstituut hierop gereageerd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Extra en Tandarts Start (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Bij verzoekster is enige jaren geleden een heupprothese geplaatst. Zij heeft daarna een chronische ontsteking rondom deze prothese gekregen. Verzoekster heeft in eerste instantie bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een zogenoemde 'two-stage-revisie' in Oxford, Verenigd Koninkrijk. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor op 3 mei 2022 een goedkeuring verleend tot een bedrag van € 24.821,32. Verzoekster heeft deze ingreep niet ondergaan, maar heeft zich begin 2024 gewend tot een arts in Wenen, Oostenrijk. Zij heeft bij de ziektekostenverzekeraar vervolgens een aanvraag ingediend voor een zogenoemde 'one-stage-revisie'. De kosten hiervan zijn begroot op € 55.681,--.
- 2.3. Bij brief van 18 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is goedgekeurd tot een bedrag van maximaal € 27.298,88. Verzoekster heeft de ingreep op 30 maart 2024 ondergaan en de kosten hiervan bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij brief van 30 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar in reactie hierop aan verzoekster meegedeeld dat zij een vergoeding ontvangt van € 27.298,88.
- 2.4. Bij brief van 15 januari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd.
- 2.5. Bij brief van 5 maart 2025 heeft het Zorginstituut de commissie nader geïnformeerd.
- 2.6. Bij brief van 4 juni 2025 heeft het Zorginstituut de commissie definitief geïnformeerd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in Wenen, Oostenrijk, uitgevoerde ingreep alsnog volledig aan haar te vergoeden, dan wel tot het bedrag dat in Oostenrijk voor deze zorg aan verzekerden wordt vergoed vanuit de nationale sociale ziektekostenverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief aan de commissie van 6 oktober 2024 aangevoerd dat de bij het Radboud UMC en het AMC beschikbare kennis niet voldoende is om de geïnfecteerde heupprothese met succes te behandelen. Verzoekster heeft een lange en complexe voorgeschiedenis. Dit was reeds de tiende operatie aan haar rechterbeen. Zij heeft bij meerdere experts in verschillende Europese landen navraag gedaan. Het advies van door haar geraadpleegde vooraanstaande Britse, Duitse en Oostenrijkse orthopedische teams met infectiespecialisme, was om een 'one-stage-revisie' uit te voeren, waarbij het behoud van de aanwezige prothese ten tijde van de operatie zou worden bepaald. Deze orthopeden waren op de hoogte van haar medische voorgeschiedenis en de vermoedelijk niet-acute, low-grade infectie. De door hen aanbevolen behandelwijze is in Nederland geen onderdeel van het protocol. Het is namelijk niet per sé een 'Debridement, Antibiotics, and Implant Retention' (DAIR), omdat niet zeker was dat de prothese kon worden behouden. Het gaat ook niet om een two-stage, langdurige suppressieve antimicrobiële behandeling of permanente verwijdering/amputatie.
- 3.3. In oktober 2022 is bij verzoekster in het Radboud UMC een operatie uitgevoerd met als doel de steunplaten naast de rechter femur en boven de knie te verwijderen. Deze gaven bloedingstoringen en pijn bij het bewegen. Tijdens de operatie werd evenwel besloten dat de

situatie te complex was en is enkel de plaat bij de knie verwijderd. De situatie rondom de femur was te instabiel om de ingreep door te zetten, het bot fragiel en de kans op doorscheuren over de lengte van het bot te groot. Dit is één van de redenen dat een bottransplantatie noodzakelijk werd geacht door het team in Oostenrijk. Voor het Radboud UMC vormde dit reden überhaupt geen vervolgooperatie te willen uitvoeren. De door de Oostenrijkse arts voorgestelde 'one-stage-revisie' werd door het Radboud UMC en het AMC direct van de hand gewezen; het was duidelijk dat dit geen gebruikelijke operatie is in Nederland. Zeker met de complexe voorgeschiedenis van verzoekster zou het bovendien niet wenselijk zijn deze ingreep in Nederland te laten uitvoeren, omdat hiermee te weinig ervaring bestaat. Verzoekster is om die reden van mening dat is voldaan aan de voorwaarde van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 dat de zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar was, en dat de ingreep daarom (bijna) volledig dient te worden vergoed. Gelet op het feit dat het gaat om een (semi) private kliniek heeft verzoekster er wel begrip voor dat sommige posten niet volledig worden vergoed. Daarom is het verzoek een doorrekening op basis van het Oostenrijkse tarief te maken en de uitkomst te vergelijken met het Nederlandse tarief, zodat een en ander inzichtelijk is voor verzoekster. Verzoekster vraagt in het bijzonder aandacht voor het gegeven dat het voor deze operatie noodzakelijke bloed- en implantatiemateriaal, waaronder geschoond en geprepareerd botmateriaal, waarschijnlijk één van de redenen is dat de in Wenen aangeboden behandeling een hogere succeskans heeft. Het verzoek is dan ook per post de Nederlandse tarieven te hanteren, maar voor de post bloed- en implantatiemateriaal uit te gaan van de Oostenrijkse kosten.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat de hele materie van DBC-codes en verrichtingen nieuw voor haar is. Wel was duidelijk dat zij in Nederland niet kon worden geholpen. Verzoekster heeft uitgebreid contact gehad met een orthopedisch chirurg in het Radboud UMC te Nijmegen. Hij heeft zeer veel ervaring met heupoperaties en verklaarde dat hij het te risicovol vond om verzoekster te opereren. Uiteindelijk is zij via via in Wenen terechtgekomen. Pas later werd door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de ingreep ook elders in Nederland kon worden uitgevoerd. Enerzijds was dit mosterd na de maaltijd en anderzijds niet realistisch, omdat de persoon met de meeste expertise van Nederland al had verklaard de ingreep niet te willen en kunnen uitvoeren. De plaat die bij een eerdere operatie was geplaatst begon te irriteren en verzoekster ondervond hiervan veel hinder. In het Radboud UMC is de plaat bij de knie weggehaald, maar de chirurg durfde het niet aan de plaat bij de femur te verwijderen. De klachten die verzoekster ondervond en het feit dat de expert aangaf niet meer te kunnen doen vormden aanleiding om buiten Nederland te gaan kijken. Via een kliniek in Hamburg is verzoekster bij Privatklinik Döbling in Wenen terechtgekomen. De arts die daar werkzaam is, is een gerenommeerd expert en is ook aangesloten bij diverse werkgroepen. Positief was dat deze arts bij het opstellen van het behandelplan rekening hield met het feit dat verzoekster al veelvuldig was geopereerd. Uiteindelijk is zij ook door deze arts geopereerd en zij is zeer tevreden met het resultaat. De klachten zijn grotendeels verdwenen en ook de ontsteking is niet meer teruggekomen. Het enige dat nog rest is de financiële afwikkeling. Als gezegd, heeft de ziektekostenverzekeraar een DBC-code genoemd, maar verzoekster twijfelt of alle verrichtingen die zijn uitgevoerd ook in deze DBC-code zijn begrepen. Een voorbeeld hiervan is de deelname van de plastisch chirurg aan de operatie en ook de toediening van medicatie om de botgroei te bevorderen. Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat, naast het Radboud UMC, er ook contact is geweest met de Bergman kliniek, het Martini ziekenhuis en de OCON-kliniek in Hengelo. Al deze instellingen hebben verklaard een nieuwe operatie niet te kunnen uitvoeren. Via de OCON-kliniek in Hengelo is verzoekster uiteindelijk in Wenen terechtgekomen. Verzoekster is er bijna zeker van dat de kosten van deelname van de plastisch chirurg aan de operatie en de toediening van medicatie om de botgroei te bevorderen niet onder de Nederlandse DBC vallen. Dit omdat in Nederland zowel het toedienen van de medicatie als de aanwezigheid van een plastisch chirurg niet standaard is. Tot slot heeft verzoekster verklaard dat zij eerst was verzekerd tegen ziektekosten bij een andere zorgverzekeraar. De afdeling zorgbemiddeling van die zorgverzekeraar heeft haar destijds geadviseerd zich te laten opereren in Bergamo. Deze operatie

is op zijn zachtst gezegd niet goed gegaan. Met deze wetenschap en het feit dat de arts die in Nederland de meeste expertise heeft haar niet durfde te opereren was het voor verzoekster geen reële optie om contact op te nemen met de afdeling zorgbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 27.298,88. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 5 september 2024 aangevoerd dat verzoekster lijdt aan een chronische infectie rondom de prothese. Doorgaans wordt bij deze aandoening geen doorsnee revisieoperatie uitgevoerd, maar een revisieoperatie in twee stappen, ook wel een 'two-stage-revisie' genoemd. Dit houdt in dat er twee keer wordt geopereerd. Eén keer om de prothese te verwijderen, waarna een periode volgt waarin geen, of een tijdelijke prothese is geplaatst. In deze periode wordt behandeld met antibiotica om de infectie op te lossen, zodat op een later moment een nieuwe prothese kan worden geplaatst. Het is ook mogelijk een 'one-stage-revisie' te ondergaan, waarbij na verwijdering van de prothese direct een nieuwe prothese wordt geplaatst. Hier vindt dus maar één operatie plaats. De 'one-stage-revisie' wordt in het regionaal protocol voor behandeling van geïnfecteerde gewrichtsprothesen afgeraden in zekere gevallen. Verzoekster lijdt aan een chronische infectie, wat de 'one-stage-revisie' een risicovolle operatie maakt. Dit volgt uit hoofdstuk vier van het protocol. Deze revisie is in Oostenrijk echter wel bij verzoekster uitgevoerd. De behandelaren in Nederland zagen hiervan af, niet omdat zij de ingreep niet konden uitvoeren, maar omdat deze te risicovol werd geacht. Dit maakt dat artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 geen toepassing vindt en verzoekster op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op vergoeding van maximaal het Nederlandse tarief.
- 4.2. Op basis van de ingediende aanvraag is gekozen voor DBC-zorgproductcode 192001007, die staat voor 'Vervangen van (een deel van) een heupprothese bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling'. Bij de berekening van de vergoeding op basis van deze DBC kijkt de ziektekostenverzekeraar in het kader van de restitutieverzekering naar het hoogste tarief dat is afgesproken in het voorafgaande jaar. De vergoeding is bepaald door het hoogste tarief van 2023 te vermeerderen met de NVZ-indexatie en vervolgens nog eens met 20%. Het maximale marktconforme tarief komt daarmee op € 27.298,88. De ziektekostenverzekeraar heeft ook gekeken naar het hoogste tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft gebruikt bij de berekening van de gemiddelde verkoopprijs. Het hoogst gedeclareerde tarief betrof in 2023 € 20.463,71. Dit bedrag is lager dan het reeds uitgekeerde bedrag.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 27 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 4.4. In zijn brief van 30 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd aanvullend verklaard dat het tarief dat hij hanteert bij DBC-zorgproductcode 192001011 € 39.395,65 bedraagt. De ziektekostenverzekeraar is evenwel van mening dat deze code, anders dan het Zorginstituut heeft meegedeeld, niet het meest passend is. De zorgactiviteit die namelijk verbonden is aan zorgproductcode 192001011, is de 'pseudo-arthrose operatie fractuur femurschacht d.m.v. transplantaat of osteotomie'. Voor zover de ziektekostenverzekeraar uit het dossier kan opmaken, was er bij verzoekster geen sprake van een pseudo-artrose repair van de femurschacht door middel van een osteotomie of transplantaat. In de kostenbegroting en het behandelplan wordt melding gemaakt van ossale defecten van het femur (er is geen bot). Dit betekent dat er geen sprake kan zijn van pseudo-artrose (twee botdelen die niet goed aan elkaar groeien). De medisch specialist verklaart dat er bij verzoekster een infectie van de heupprothese bestond, waarbij de steel los zat en er veel defecten rondom de proximale femur zaten. Dit is het gebied dat zich boven de femurschacht bevindt. In het behandelplan is vermeld dat al het

materiaal van de prothese, de platen en schroeven worden verwijderd. Ook verwijdert de arts alle botfragmenten die niet meer doorbloed (necrotisch) zijn. De nieuwe prothesesteel (die in het bovenbeen gaat) heeft een zodanige lengte dat deze alle plekken waar geen bot zit, overbrugt, om zo een stabiele situatie te maken (vandaar ook de antirotatieschroef). De eventuele defecten vult de arts op met bone graft (een soort pasta, waarvan gedacht wordt dat het botopbouw bevordert zodat de prothese uiteindelijk goed bedekt wordt). Bij verzoekster heeft derhalve geen pseudo-artrose repair plaatsgevonden van de femurschacht door middel van een osteotomie of transplantaat, zoals bedoeld bij zorgproductcode 19201011. Voor de toepassing van zorgproductcode 19201011 moet sprake zijn van een ingreep waarbij twee breukuiteinden die niet goed zijn vastgegroeid helemaal worden schoongemaakt, en een nieuwe uitgangssituatie wordt gecreëerd door een osteotomie (standscorrectie) toe te passen of een bottransplantaat (dat is een groot stuk donorbot of bot van patiënt zelf) te gebruiken. Dat geheel wordt vastgezet met nieuwe platen en schroeven. Daarbij wordt geen gebruik gemaakt van een prothese. Zorgproductcode 192001011 is derhalve niet passend bij de uitgevoerde behandeling. De ziektekostenverzekeraar blijft daarom bij het standpunt dat er bij verzoekster sprake is van zorgproductcode 192001007. Hij heeft een en ander toegelicht aan de hand van de beslisboom van de Nederlandse Zorgautoriteit. Verder heeft hij nog opgemerkt dat de behandeling zoals deze is uitgevoerd in de privékliniek in Oostenrijk, ook beschikbaar was in Nederland. De 'one-stage-revisie' kan worden uitgevoerd door vrijwel alle academische centra, de Sint Maartenskliniek en het Reinier Haga Orthopedisch Centrum. Indien verzoekster vooraf een S2-formulier had aangevraagd, was dit niet verstrekt, aangezien zij zorg heeft gezocht buiten het openbare zorgstelsel, in een privékliniek in Oostenrijk.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat in Nederland voor medisch-specialistische zorg wordt gewerkt met DBC-codes. Een DBC geeft informatie over het totale zorgtraject en alle verrichtingen. Het vormt de basis van een ziekenhuisrekening (zorgnota). De prijs die bij een dergelijk zorgtraject hoort is een gemiddeld tarief. Het maakt daarbij niet uit of er veel of weinig zorgactiviteiten plaatsvinden. Dit betekent dat als er bijvoorbeeld een extra scan moet worden uitgevoerd er niet een hogere DBC-code of hogere vergoeding wordt gehanteerd. Omdat verzoekster in Oostenrijk is behandeld in een privékliniek zijn de kosten per definitie hoger dan in Nederland. Daar komt bij dat ook in Oostenrijk de kosten van een privékliniek niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dit betekent dat ook als de ziektekostenverzekeraar een S2-formulier had afgegeven, de kosten niet volledig waren vergoed omdat het S2 formulier dan in Oostenrijk was geweigerd. Wellicht dat het Zorginstituut nog kan uitzoeken of voor genoemde kosten nog een aparte DBC mag worden geopend of dat de gehanteerde DBC alles zou moeten omvatten. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar nog verklaard dat er meerdere klinieken in Nederland zijn die zowel een 'one-stage-revisie' als een 'two-stagerevisie' uitvoeren. Het Radboud UMC heeft ook verklaard dat het plan was om bij verzoekster een 'two-stage-revisie' uit te voeren. Het is een eigen keuze van verzoekster geweest om te kiezen voor een 'one-stage-revisie'. Voor zover er geen enkele kliniek was die de ingreep zou kunnen uitvoeren, had het op de weg van verzoekster gelegen contact op te nemen met de afdeling zorgbemiddeling. Dit laatste heeft zij nagelaten.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In de brief van 15 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding. Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld."

Het Zorginstituut heeft bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzoekster in Wenen, Oostenrijk. De gegevens zijn als volgt:

- Geldigheidsperiode: 2024
- Specialisme: 0305 Orthopedie
- Diagnose: 0305.1703 Los/inf/mal pr bek/heup/b.been
- Leeftijd: 41, Geslacht: Vrouw
- Zorgactiviteiten:
 - 190218 Verpleegdag, 2x;
 - 038569 Verwijderen van een geïmplanteerde total hip + reïmplantatie nieuwe total hip;
 - 038525 Pseudoarthrose operatie femurschacht door middel van transplantaat of osteotomie;
 - 190961 Fysiotherapie-direct patiëntgebonden handelen-revalidatie;
 - 079989 Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, exclusief bloedafname;
 - 089302 Radiologisch onderzoek bovenbeen.

Dit leidt tot DBC-zorgproductcode: 192001011 met declaratiecodes: 15B300 / 17B300. De omschrijvingen zijn:

- Omschrijving (be)handeling: Heup | Oper (zeer) zwaar | Letsel complicatie behandeling.
- Omschrijving consument: Uitgebreide operatie heup bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de heup.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de DBC-zorgproductcode 192001011 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Wenen, Oostenrijk.

Het advies

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproductcode 192001011 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Wenen, Oostenrijk."

5.2. In de brief van 5 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Beoordeling

Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding. Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Naar aanleiding van de reactie van de verweerder heeft het Zorginstituut opnieuw de medische informatie in het dossier bekeken. Verzoekster heeft een zeer complexe voorgeschiedenis met verschillende operaties aan de rechter heup bij congenitale heupdysplasie.

Uit de informatie van de chirurg in de privékliniek in Wenen d.d. 14 februari 2024 blijkt dat verzoekster een totale heupprothese rechts heeft met eerder non-union na een femurosteotomie (correctie bovenbeen), een periprothetische fractuur waarvoor ze een plaat met een lange steel heeft gekregen, cerclagedraden en een schroef in de trochanter (knobbel van bovenbeen), gecompliceerd door een chronische bacteriële infectie van de heupprothese met dislocatie, een loszittende steel met botdefecten in het proximale femur (bovenste deel van bovenbeen) en botfragmenten rond de cerclagedraden.

Op een eerder gemaakte CT-scan van het rechter femur (bovenbeen) d.d. 18 januari 2024 heeft verzoekster een totale heupprothese rechts met schroeven in het acetabulum (heupkom), cerclagedraden en een plaatosteoschroefsynthese ter hoogte van de posterolaterale femurschacht (aan achterzijde van de schacht van bovenbeen). Ter hoogte van de cerclagedraden is er aantasting van het femur. Rondom de steel zijn er ophelderingen door botdefecten. Daarnaast wordt een niet genezen proximale femurfractuur gezien.

Uit het operatieplan blijkt dat de totale heupprothese, plaat en cerclagedraden en losse botfragmenten worden verwijderd en een nieuwe heupprothese wordt geplaatst met opvullen van de botdefecten in het acetabulum en langs de steel met 'antimicrobial and osteoinductive bonegraft' (botvervangende materialen met antimicrobiële en botvorming stimulerende eigenschappen).

Uit de begroting van de privékliniek volgt dat verzoekster acht dagen (zeven nachten) zal worden opgenomen. Het Zorginstituut is per abuis in het voorlopig advies uitgegaan van drie verpleegdagen (twee nachten). Verder zijn in de begroting radiologisch onderzoek, bloedonderzoek inclusief serologisch en microbiologisch onderzoek en fysiotherapie opgenomen.

In het eerste voorlopig advies heeft het Zorginstituut naast zorgactiviteit 038569 'verwijderen van een geïmplanteerde total hip + reïmplaatatie nieuwe total hip' gezocht naar de meest passende zorgactiviteit voor het verwijderen van losse botfragmenten en opvullen van de botdefecten in het acetabulum en langs de (lange) steel (tot in de femurschacht) met botvervangende materialen. Het Zorginstituut kwam uit op zorgactiviteit 038525 'pseudoarthrose operatie femurschacht door middel van transplantaat of osteotomie'.

Bij nader inzien is het Zorginstituut het met verweerder eens dat deze zorgactiviteit niet geheel passend is, omdat het gaat om botdefecten (geen pseudoarthrose) of een niet genezen fractuur in het proximale femur. Ook heeft geen opvulling van botdefecten plaatsgevonden met bottransplantaat maar met botvervangend materiaal.

Het Zorginstituut heeft daarom opnieuw bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzoekster in Wenen, Oostenrijk. De gegevens waren als volgt:

- Geldigheidsperiode: 2024
- Specialisme: 0305 Orthopedie
- Diagnose: 0305.1703 Los/inf/mal pr bek/heup/b.been
- Leeftijd: 41, Geslacht: Vrouw
- Zorgactiviteiten:
 - 190218 Verpleegdag, 7x;
 - 038569 Verwijderen van een geïmplanteerde total hip + reïmplaatatie nieuwe total hip;
 - 190961 Fysiotherapie-direct patiëntgebonden handelen-revalidatie;
 - 079989 Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, exclusief bloedafname;
 - 089302 Radiologisch onderzoek bovenbeen.

Dit leidt af tot DBC-zorgproductcode 192001037 (zonder declaratiecode). Het gaat om een rood DBC-zorgproduct. Dat betekent dat het een niet-declarabel DBC-zorgproduct betreft.

Net als wat verweerder heeft aangegeven over DBC-zorgproductcode 192001011, gaat het bij DBC-zorgproductcode 192001037 eveneens om een DBC-zorgproductcode waarbij de heupprothese niet wordt verwijderd en vervangen. Op basis van 'casus afleiden' komt het Zorginstituut echter niet uit op DBC-zorgproductcode 192001007, zoals verweerder heeft afgeleid uit de NZa-boom.

Het Zorginstituut heeft daarom aan de NZa gevraagd waarom deze zorgactiviteiten niet leiden tot een DBC-zorgproductcode waarbij de totale heupprothese wordt vervangen. De NZa heeft aangegeven dat ook de materiaalcode voor de nieuwe totale heupprothese moet worden geregistreerd, namelijk zorgactiviteit 190305: 'Totale heupprothese'. Alleen als deze zorgactiviteit heeft plaatsgevonden en is geregistreerd, wordt afgeleid naar DBC-zorgproductcode 92001007: 'Verwijderen en opnieuw implanteren (delen van) heupprothese | Letsel complicatie behandeling.' Overigens heeft de NZa daarnaast aangegeven dat wanneer zorgactiviteit 038525 opgenomen zou blijven, de heupoperatie in combinatie met de nieuwe heup ook voor afleiding naar DBC-zorgproductcode 192001007 zal zorgen, omdat die afleiding hoger in de hiërarchie van de beslisboom zit.

Na toevoegen van zorgactiviteit 190305: 'Totale heupprothese', komt het Zorginstituut uit op DBC-zorgproductcode 192001007 waarbij de heupprothese wordt verwijderd en vervangen, met declaratiecode 15B296:

- Geldigheidsperiode: 2024
- Specialisme: 0305 Orthopedie
- Diagnose: 0305.1703 Los/inf/mal pr bek/heup/b.been
- Leeftijd: 41, Geslacht: Vrouw
- Zorgactiviteiten:
 - 190218 Verpleegdag, 7x;
 - 038569 Verwijderen van een geïmplanteerde total hip + reïmpantatie nieuwe total hip;
 - 190305 Totale heupprothese;
 - 190961 Fysiotherapie-direct patiëntgebonden handelen-revalidatie;
 - 079989 Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, exclusief bloedafname;
 - 089302 Radiologisch onderzoek bovenbeen.

De omschrijvingen zijn:

- Omschrijving (be)handeling: Verwijderen en opnieuw implanteren (delen van) heupprothese | Letsel complicatie behandeling
- Omschrijving consument: Vervangen van (een deel van) een heupprothese bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de DBC-zorgproductcode 192001007 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Wenen, Oostenrijk.

Het advies

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproductcode 192001007 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Wenen, Oostenrijk."

5.3. In de brief van 4 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"U vraagt het Zorginstituut om te verduidelijken of de kosten voor de inzet van een plastisch chirurg bij de operatie, alsmede de medicatie ter bevordering van botgroei, zijn inbegrepen in het DBC-zorgproduct dat in het voorlopig advies is genoemd. Het betreft DBC-zorgproductcode 192001007.

Voor de beantwoording van deze vraag heeft het Zorginstituut contact opgenomen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa heeft aangegeven dat aanvullende zorgactiviteiten, zoals medebehandeling door een plastisch chirurg, die binnen hetzelfde subtraject worden

geregistreerd, niet leiden tot afleiding naar een ander DBC-zorgproduct. Indien bij diagnose 1703 zowel zorgactiviteit 038569 'Verwijderen van een geïmplanteerde total hip + reïmpantatie nieuwe total hip' als zorgactiviteit 190305 'Totale heup' worden geregistreerd, dan leidt dit altijd af tot DBC-zorgproductcode 192001007.

Wat betreft de medicatie merkt het Zorginstituut op dat hiermee het zogeheten 'antimicrobial and osteoinductive bone graft' uit het behandelplan wordt bedoeld. Dit betreft synthetische botvervangende materialen met antimicrobiële en botgroei-stimulerende eigenschappen. Ook hierover heeft het Zorginstituut navraag gedaan bij de NZa. De NZa heeft aangegeven dat er geen specifieke zorgactiviteit bestaat voor het gebruik van botvervangend materiaal. Het gebruik van dit materiaal leidt dan ook niet tot afleiding naar een ander DBC-zorgproduct.

Het in het voorlopig advies genoemde DBC-zorgproduct 192001007 blijft daarmee het meest passend bij de uitgevoerde behandeling in Wenen, Oostenrijk."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en de hoogte van de te verlenen vergoeding zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009, en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar Oostenrijk, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft beslist dat op basis van artikel 20 van de verordening geen aanspraak bestaat. Hierbij heeft hij enerzijds aangevoerd dat de ingreep in Nederland ook beschikbaar is, maar als te risicovol werd beoordeeld, en anderzijds dat hoe dan ook geen S2-formulier zou zijn afgegeven, omdat verzoekster koos voor behandeling in een privékliniek.
- 7.3. Ten aanzien van het eerste argument van de ziektekostenverzekeraar wordt als volgt overwogen. De ziektekostenverzekeraar heeft een gedeeltelijke vergoeding van de kosten op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering toegezegd. Daarmee heeft hij erkend dat het gaat om een verzekerde prestatie, dat verzoekster redelijkerwijs op de zorg was aangewezen, en dat tevens werd voldaan aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering. Doordat de artsen van het Radboud UMC en het AMC de 'one-stage-revisie' kennelijk te risicovol achtten, was het voor verzoekster niet mogelijk de behandeling daar te ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft in de loop van de procedure weliswaar – alsnog – alternatieven in Nederland benoemd, maar het bestaan daarvan vormde niet de afwijsggrond in het kader van de toepassing van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Het argument dat de ingreep door de artsen als te risicovol werd beoordeeld overtuigt in haar specifieke geval niet als het gaat om de weigering toestemming op grond van de verordening te verlenen.

- 7.4. Verzoekster heeft aanvankelijk vergoeding volgens de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering gevorderd. Nadien heeft zij verzocht om vergoeding van de diverse posten op de nota op basis van het Nederlandse tarief, maar voor de post bloed- en implantatiemateriaal uit te gaan van de Oostenrijkse kosten. Deze laatste variant is niet aan de orde. Uitgangspunt bij toepassing van de verordening is immers dat vergoeding van kosten plaatsvindt volgens de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband gesteld dat op basis van de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering geen aanspraak bestaat op (vergoeding van de kosten van) de behandeling in de onderhavige privékliniek zodat hij niet was gehouden een S2-formulier af te geven. De ziektekostenverzekeraar heeft dit standpunt niet nader onderbouwd. Hieruit volgt dat het ervoor moet worden gehouden dat de toestemming op grond van de verordening verzoekster ten onrechte werd onthouden en artikel 20 van de verordening toepassing vindt. De ziektekostenverzekeraar dient, conform de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009, over te gaan tot tarifiering in Oostenrijk. In de praktijk betekent dit dat de ziektekostenverzekeraar dient na te gaan wat de vergoeding is die volgt uit de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering. Indien dit bedrag hoger is dan de vergoeding op grond van de zorgverzekering van € 27.298,88 die de ziektekostenverzekeraar reeds heeft toegezegd, heeft verzoekster recht op aanvulling tot het hogere bedrag conform de Oostenrijkse ziektekostenverzekering. Indien het bedrag conform de Oostenrijkse ziektekostenverzekering nihil dan wel lager is dan de toegezegde vergoeding van € 27.298,88, vindt geen aanvulling op basis van de verordening plaats.
- 7.5. Voor zover de dekking op grond van de zorgverzekering aan de orde is, overweegt de commissie als volgt.
Zoals onder 7.2. is geconcludeerd, staat vast dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden die in dat kader gelden. Hierdoor houdt enkel de hoogte van de vergoeding op grond van die verzekering partijen nog verdeeld.
- 7.6. In dit verband geldt dat de ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van DBC-zorgproductcode 192001007 met als omschrijving: *"Verwijderen en opnieuw implanteren (delen van) heupprothese | Letsel complicatie behandeling"*. Het betreft een code uit het zogenoemde vrije segment, waarbij geen vastgesteld tarief geldt, maar waarbij het tarief vrij onderhandelbaar is. Het Zorginstituut heeft de commissie bij brief van 15 januari 2025 meegedeeld dat de DBC-zorgproductcode 192001011 meer passend is, maar heeft desgevraagd bij brief van 5 maart 2025 bevestigd dat DBC-zorgproductcode 192001007 juist is. De commissie volgt het Zorginstituut hierin. Anders dan verzoekster veronderstelt, kunnen voor de inzet van de plastisch chirurg en de 'medicatie' (het botvervangend materiaal) binnen de DBC-systematiek geen extra bedragen in rekening worden gebracht, zoals desgevraagd is bevestigd door de NZa.
- 7.7. In een eerdere zaak (GcZ, 27 september 2022, 202200127) heeft de commissie, uitgaande van het arrest van het hof Arnhem-Leeuwarden (ECLI:NL:GHRL:2021:9573), inmiddels bekrachtigd door de Hoge Raad in zijn arrest van 21 april 2023 (ECLI:NL:HR:2023:664), overwogen dat, volgens de door het hof (in r.o. 5.11) beschreven tweestappentoets als eerste stap dient te worden vastgesteld welke tarieven de overige zorgaanbieders voor eenzelfde behandeling (zorgvorm) in rekening brengen. Die tarieven vormen, indien zij onderling geen onredelijke verschillen vertonen, een bandbreedte van tarieven die in de Nederlandse markt voor een specifieke behandeling (zorgvorm) als marktconform kunnen worden beschouwd. Als tweede stap moet - indien een nota afwijkt van de in de eerste stap bepaalde bandbreedte - worden beoordeeld of de hoogte van de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van de bandbreedte door middel van een individuele beoordeling. Het individuele karakter van deze toets brengt mee dat de zorgverzekeraar niet een beleid kan hanteren waarbij hij boven een bepaald bedrag iedere vergoeding uitsluit, omdat dat neerkomt op het zelf bepalen van het maximum. Het hof overweegt dat zorgverzekeraars wel aan de hand van een algemeen beleid (met indicatieve tarieven) een eerste selectie mogen maken van volgens hen niet marktconforme tarieven, mits zij

daarna op individuele basis aangeven waarom het gedeclareerde tarief ten opzichte van de marktconforme bandbreedte excessief is.

- 7.8. Met betrekking tot het vaststellen van de bovenkant van eerdergenoemde bandbreedte heeft de commissie, waar het gaat om medisch specialistische zorg, eerder bepaald dat het hoogste bij de berekening van het gemiddelde volgens Open DIS Data betrokken tarief nog als marktconform kan worden beschouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft hier navraag naar gedaan en hieruit is een bedrag gekomen van € 20.463,71. Toepassing van de tweede stap, te weten de individuele beoordeling, leidt tot de conclusie dat het bij verzoekster in rekening gebrachte bedrag zodanig afwijkt dat dit niet als marktconform kan worden beschouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van een bedrag van € 27.298,88 toegezegd, op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering, hetgeen aanzienlijk meer is dan de hiervoor vastgestelde bovenkant van de toepasselijke bandbreedte. In die beslissing zal de commissie niet treden.
- 7.9. Aangezien de ziektekostenverzekeraar, zoals hiervóór onder 7.4 is overwogen, over dient te gaan tot tarifiering in Oostenrijk, acht de commissie gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het in het kader van deze procedure betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (1) de ziektekostenverzekeraar over dient te gaan tot tarifiering in Oostenrijk;
 - (2) voor zover het Nederlandse tarief aan de orde is, de ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van de juiste vergoeding;
 - (3) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 30 juli 2025,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

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

18.2 Buitenland

Aanleveren van een nota en medisch verslag.

Voor de juiste hoogte van een vergoeding ontvangen wij een medisch verslag of een ontslagbrief van de behandelend arts waaruit blijkt welke zorg geleverd is. De ontslagbrief en de nota dienen te worden aangeleverd in een van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de ontslagbrief en nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling middels een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de brief en nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien van een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

Spoedeisende zorg

Bij spoedeisende zorg in het buitenland dient u direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens onze medisch adviseur. Wij vergoeden tot het marktconforme tarief.

SOS International kunt u bereiken op +31 (0)30 257 35 75 (staat ook op uw zorgpas) of via www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden

Niet-spoedeisende zorg vooraf aanvragen

Alleen in specifieke gevallen wordt niet-spoedeisende zorg in het buitenland (gedeeltelijk) vergoed. U heeft bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland vooraf onze toestemming nodig. U verneemt dan van tevoren of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. Wij vergoeden tot het marktconforme tarief.

Bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland hebt u geen recht op vergoeding van een éénpersoonskamer.

U woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland

Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Wij vergoeden maximaal tot het Nederlandse marktconforme tarief.

Meer informatie over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg kunt u vinden op onze website: www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/restitutiepolis.

U woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland. U heeft dan de keuze:

- wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

U woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland. U heeft dan de keuze:

- wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land waar u de zorg krijgt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

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

Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie gaat naar een EU/EER-land of Zwitserland, dan hebt u hiermee recht op noodzakelijke medisch zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor noodzakelijke 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 eigen rekening.

Meer informatie over het gebruik van uw EHIC kaart kunt u vinden op www.hetCAK.nl/regelingen/buitenland.

Betaling

Uw declaratie betalen wij uit in euro's. Wij gebruiken daarbij de omrekenkoers die geldt op het moment dat wij uw declaratie in behandeling nemen. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com. Wij betalen uit aan de verzekeringnemer op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

18.3 Dialyse

Er zijn 2 soorten dialyse. Peritoneaaldialyse en haemodialyse. Bij peritoneaaldialyse wordt uw buikholte gespoeld met een vloeistof om uw bloed te zuiveren. Haemodialyse is een therapie waarbij uw nierfunctie overgenomen wordt door filters, de kunstnieren. Dialyse kan plaatsvinden in een instelling of thuis.

Wij vergoeden in een dialysecentrum:

- dialyse zonder opname;
- medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is en die bestaat uit:
 - onderzoek, behandeling en verpleging die met de dialyse gepaard gaat;
 - geneesmiddelen die nodig zijn voor de behandeling;
 - psychosociale begeleiding voor u en voor degenen die bij het uitvoeren van de
- dialyse helpen.

Als de dialyse bij u thuis plaatsvindt, heeft u recht op vergoeding van:

- een opleiding door het dialysecentrum voor degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyseapparatuur met toebehoren;
- chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn om de dialyse uit te voeren;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysetoel);
- de redelijke te verrichten aanpassingen in en aan uw woning en voor het herstellen van uw woning in de oorspronkelijke staat, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijke kosten (zoals elektriciteit en water) die rechtstreeks met de thuisdialyse te maken hebben, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voor de eventuele aanpassingen aan uw woning en herstellen van uw woning in de oorspronkelijke staat heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

18.4 Diëtetiek

Diëtetiek betreft voorlichting over eetgewoonten en voeding met een geneeskundig doel. De diëtist geeft advies over uw eetpatroon om uw lichamelijke gezondheid te bevorderen.

Vergoeding

Wij vergoeden maximaal 3 behandelingen diëtetiek per kalenderjaar. Het gaat om zorg zoals diëtisten die plegen te bieden. De zorg moet een geneeskundig doel hebben.

Wanneer u naar een niet gecontracteerde diëtist gaat heeft u een verklaring van een huisarts, tandarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist nodig waaruit blijkt voor welke indicatie u bij de diëtist onder behandeling bent.

Diëtetiek in het kader van gzsp

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

Logopedie in het kader van gzsp

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

18.17 Mechanische beademing

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

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

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

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

18.18 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

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

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

U heeft voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts of KNO-arts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.19 en 18.20. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Tandartsen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde mogen ook verwijzen naar de neuroloog, anesthesioloog (pijnpoli) of KNO-arts. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien mag verwijzen naar een klinisch fysicus audioloog en KNO-arts, de klinisch fysicus audioloog mag eveneens verwijzen naar de KNO-arts alsook naar de specialisten kinderarts, neuroloog, revalidatiearts en psychiater. In het geval van infectieziekten mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Wij vergoeden uw verblijf in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.19 en 18.20 (Mondzorg).

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

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

Logeerkosten bij CAR-T

U heeft recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie in de 3e en 4e week na de behandeling, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 89,- per nacht. In de 1e en 2e week van de behandeling verblijft u in het expertziekenhuis.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

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

Verder vergoeden wij medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist.

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

IVF (in-vitrofertilisatie) of ICSI (Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie)

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

Als vrouw heeft u recht op vergoeding van deze zorg tot uw 43^e jaar, indien daarvoor een indicatie bestaat.

U heeft dan recht op 3 IVF- of ICSI-pogingen per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Wij vergoeden ook de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

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

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

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

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

Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF poging wordt aangemerkt. Een IVF-poging die is gestart voor uw 43^{ste} verjaardag mag worden afgemaakt.

Wij vergoeden geen:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap;
- eerste en tweede IVF-poging tot uw 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als u 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteit bevorderende behandelingen

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

Behandeling van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

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

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

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

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

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

Transgenderzorg

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten). Voor de eerste 10 epilatiebehandelingen in het gelaat hebt u geen toestemming nodig. Deze worden in ieder geval vergoed indien sprake is van verminking. Als u daarna nog meer epilatiebehandelingen nodig hebt, dan moet u daarvoor eerst toestemming vragen. Wij toetsen dan of u nog steeds aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet.

Second Opinion

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

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

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

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

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

Declaratie-code	Zorgproduct	Omschrijving	α.s.r. Ik Kies Zelf - Goede Keuze	α.s.r. Ik Kies Zelf - Vrije Keuze
15B274	159999016	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij begeleiding zwangerschap	€ 825,84	€ 880,89
15B275	159999017	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij begeleiding zwangerschap	€ 2.010,46	€ 2.144,49
15B277	159999019	Dagbehandeling(en) en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij begeleiding zwangerschap	€ 742,44	€ 791,93
15B278	159999020	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij begeleiding zwangerschap	€ 19.709,08	€ 21.023,01
15B279	159999021	Ziekenhuisopname van 6 tot maximaal 28 verpleegdagen bij begeleiding zwangerschap	€ 6.434,58	€ 6.863,56
15B281	159999023	Meer dan 2 onderzoeken bij begeleiding zwangerschap	€ 406,21	€ 433,29
15B282	159999027	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij begeleiding zwangerschap	€ 212,29	€ 226,44
15B283	181105002	Uitgebreide operatie bij een afwijking van de baarmoederhals	€ 4.702,36	€ 5.015,85
15B284	181105003	Kleine operatie bij een afwijking van de baarmoederhals bij een afwijking van de baarmoederhals	€ 875,89	€ 934,28
15B285	181105004	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij een afwijking van de baarmoederhals	€ 1.773,46	€ 1.891,69
15B286	181105006	Operatie bij een afwijking van de baarmoederhals bij een afwijking van de baarmoederhals	€ 1.061,46	€ 1.132,22
15B287	181105007	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij een afwijking van de baarmoederhals	€ 483,56	€ 515,79
15B290	181105010	Dagbehandeling(en) en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand en/of meer dan 2 onderzoeken en/of plaatsen van een spiraal bij een afwijking van de baarmoederhals	€ 483,78	€ 516,03
15B291	181105012	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een afwijking van de baarmoederhals	€ 202,28	€ 215,77
15B292	192001002	Verwijderen van een pacemaker of elektrode bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling	€ 1.498,66	€ 1.598,57
15B293	192001003	Verwijderen van een pacemaker of elektrode tijdens een ziekenhuisopname bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling	€ 4.461,04	€ 4.758,44
15B296	192001007	Vervangen van (een deel van) een heupprothese bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling	€ 11.995,40	€ 12.795,10
15B297	192001008	Vervangen van (een deel van) een knieprothese bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling	€ 11.681,24	€ 12.459,98
15B298	192001009	Behandeling of onderzoek en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand en/of dagbehandeling bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de heup	€ 619,94	€ 661,27

Declaratie-code	Zorgproduct	Omschrijving	α.s.r. Ik Kies Zelf - Goede Keuze	α.s.r. Ik Kies Zelf - Vrije Keuze
15B299	192001010	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de heup	€ 1.835,91	€ 1.958,31
15B300	192001011	Uitgebreide operatie heup bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de heup	€ 13.734,11	€ 14.649,72
15B303	192001015	Operatie aan bloedvaten bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling	€ 4.895,13	€ 5.221,47
15B304	192001016	Vervangen van een prothese bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan een gewricht	€ 9.122,01	€ 9.730,15
15B305	192001017	Behandeling of onderzoek en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand en/of dagbehandeling bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de knie	€ 635,30	€ 677,66
15B306	192001018	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de knie	€ 2.069,03	€ 2.206,96
15B307	192001019	Uitgebreide operatie knie bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de knie	€ 10.224,28	€ 10.905,89
15B308	192001021	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de heup	€ 155,30	€ 165,65
15B309	192001022	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de heup	€ 15.829,18	€ 16.884,46
15B310	192001023	Ziekenhuisopname van 6 tot maximaal 28 verpleegdagen bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de heup	€ 5.336,55	€ 5.692,32
15B311	192001024	Verwijderen heupprothese bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan de heup	€ 13.313,04	€ 14.200,58
15B314	192001027	Behandeling of onderzoek en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand en/of dagbehandeling bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling	€ 478,07	€ 509,94
15B315	192001028	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling	€ 1.549,45	€ 1.652,74
15B316	192001029	Behandeling of onderzoek en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand en/of dagbehandeling bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan een gewricht	€ 486,19	€ 518,61
15B317	192001030	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij complicatie als gevolg van een chirurgische of medische behandeling aan een gewricht	€ 1.537,50	€ 1.640,00

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

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

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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. (...)*”

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
 2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
 3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
 4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
 5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.
- Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
 7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
 8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
 9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
 10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 26

Geplande geneeskundige verzorging

A) Toestemmingsprocedure

1. Voor de toepassing van artikel 20, lid 1, van de basisverordening wordt door de verzekerde een door het bevoegde orgaan verstrekt document aan het orgaan van de verblijfplaats overgelegd. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bevoegd orgaan verstaan het orgaan dat de kosten van de geplande behandeling voor zijn rekening neemt; in de in artikel 20, lid 4, en artikel 27, lid 5, van de basisverordening bedoelde gevallen, waarin de in de lidstaat van de woonplaats toegekende verstrekkingen op basis van vaste bedragen worden vergoed, is het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats.
2. De verzekerde die niet in de bevoegde lidstaat woont verzoekt om de toestemming aan het orgaan van de woonplaats, dat het verzoek onverwijld aan het bevoegde orgaan doorzendt. In dat geval geeft het orgaan van de woonplaats in een verklaring aan dat in de lidstaat van de woonplaats is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening. De gevraagde toestemming kan door het bevoegde orgaan alleen geweigerd worden indien, in overeenstemming met het oordeel van het orgaan van de woonplaats, in de lidstaat van de woonplaats van de verzekerde niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening, of indien dezelfde behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop van de betrokkene, in de bevoegde lidstaat zelf kan worden gegeven. Het bevoegde orgaan stelt het orgaan van de woonplaats in kennis van zijn besluit. Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.
3. Indien een niet in de bevoegde lidstaat woonachtige verzekerde een dringende levensreddende behandeling nodig heeft en de toestemming niet kan worden geweigerd op grond van de tweede zin van artikel 20, lid 2, van de basisverordening, wordt de toestemming door het orgaan van de woonplaats verleend namens het bevoegde orgaan, dat onverwijld door het orgaan van de woonplaats wordt ingelicht. Het bevoegde orgaan aanvaardt de bevindingen en behandelingskeuzen van artsen die zijn erkend door het orgaan van de woonplaats dat toestemming verleent met betrekking tot de noodzaak van een dringende levensreddende behandeling.
4. Tijdens de procedure voor het verlenen van de toestemming behoudt het bevoegde orgaan steeds de mogelijkheid de verzekerde door een door het orgaan gekozen arts in de lidstaat van de woon- of verblijfplaats te laten onderzoeken.
5. Het orgaan van de verblijfplaats stelt, onverminderd enige beslissing inzake de toestemming, het bevoegde orgaan in voorkomend geval ervan in kennis dat een aanvulling op de door de toestemming gedekte behandeling uit medisch oogpunt nodig blijkt.

B) Rechtstreekse betaling van de door de verzekerde gemaakte kosten in verband met verstrekkingen

6. Onverminderd lid 7, is artikel 25, leden 4 en 5, van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing.
7. Indien de verzekerde de kosten voor een medische behandeling waarvoor toestemming is verleend geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald en de kosten die het bevoegde orgaan op grond van lid 6 verplicht is aan het orgaan van de verblijfplaats of aan de verzekerde zelf te vergoeden (werkelijke kostprijs) lager zijn dan de kosten die het voor dezelfde behandeling in de bevoegde lidstaat zou hebben moeten dragen (fictieve kostprijs), dan vergoedt het bevoegde orgaan op verzoek de door de verzekerde gemaakte kosten van de behandeling tot het bedrag waarmee de fictieve kostprijs de werkelijke kostprijs overstijgt. Het vergoede bedrag mag evenwel niet hoger zijn dan de werkelijke kosten van de verzekerde, waarbij ook rekening kan worden gehouden met het bedrag dat de verzekerde zou hebben moeten betalen indien de behandeling in de bevoegde lidstaat had plaatsgevonden.

C) Reis- en verblijfkosten in het kader van een geplande behandeling

8. Indien toestemming is verleend voor een behandeling in een andere lidstaat, en de nationale wetgeving van het bevoegde orgaan voorziet in de vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde, worden deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider door dat orgaan betaald.

D) Gezinsleden

9. De leden 1 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerden.