

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U. te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, medisch specialistische zorg, decompressieve laminectomie, indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202102296

Zittingsdatum : 20 april 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
  - 2) OWM CZ groep U. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 5 december 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 19 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 2 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 maart 2022 aan verzoekster gestuurd. Bij e-mailbericht van 3 april 2022 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 1 april 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022009354) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 april 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 april 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de reactie van 3 april 2022 zijn op 4 mei 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in het definitief advies aandacht te besteden aan de reactie van verzoekster van 3 april 2022. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut verzocht te beoordelen of er een indicatie was (al dan niet in de vorm van LSS) voor de uitgevoerde ingreep. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 12 mei 2022 een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 mei 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 18 mei 2022 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Aanvullend en OHRA Gezond (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster kampt sinds 2005 met rugklachten. Omdat de klachten in 2021 nog steeds aanwezig waren heeft zij besloten zich tot een arts in Brugge, België, te wenden. Deze arts heeft voorgesteld bij verzoekster een decompressieve laminectomie op niveau L2-L4 uit te voeren. Hiervoor is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend. Bij brief van 28 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.
- 3.3. Op 25 oktober 2021 is verzoekster in Brugge aan haar rug geopereerd.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 29 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 1 april 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

*"In het dossier bevindt zich het operatieverslag. De correspondentie van de Belgische neurochirurg waarin beschreven is welke klachten, symptomen en diagnostische bevindingen aanwezig waren die tot deze diagnose hebben geleid ontbreekt. In het dossier is ook geen informatie beschikbaar waaruit duidelijk wordt dat alle opties voor conservatieve behandelingen zijn benut. Hierom is het voor het Zorginstituut onduidelijk wat de indicatiekenmerken van verzoekster waren en in hoeverre deze volledig passend waren bij de diagnose LSS.*

*Verweerder voert aan dat de klachten van patiënten niet volledig passen bij lumbale spinaal stenose (LSS) en dat het niet duidelijk is in hoeverre optimale conservatieve behandeling heeft plaatsgevonden.*

*Voor het indicatiegebied voor operatieve behandeling van LSS stelt de richtlijn 'Ongeïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie' bij een patiënt met ernstige/progressieve klachten volledig passend bij LSS, met passende beeldvorming en niet-succesvolle conservatieve behandeling dat operatieve behandeling overwogen kan worden. Het gaat dan om patiënten met een symptomatische LSS die niet spontaan verbetert met of zonder conservatieve therapie, adequate pijnstilling of waarbij zich neurologische symptomatologie ontwikkelt die een verder conservatief beleid niet rechtvaardigt. Er is slechts beperkte onderbouwing voor de effectiviteit van de operatieve ingreep. Dat tot de conclusie leidt dat er geen duidelijk positief resultaat is van een chirurgische behandeling. Daarentegen zijn er wel duidelijke aanwijzingen voor complicaties bij 10-24% van de patiënten. Daarom wordt aanbevolen om zeer terughoudend te zijn met spinale chirurgie en eerst alle mogelijkheden voor conservatieve therapie te benutten.*

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is het onduidelijk of er in geval van verzoekster een indicatie was voor de uitgevoerde operatie, waarbij de klachten volledig passend zijn bij de diagnose LSS en of zich een neurologische symptomatologie had ontwikkeld. Waarbij alle mogelijkheden voor conservatieve behandelingen waren benut. Concluderend dat verzoekster geen aanspraak [kan] maken op de vergoeding van decompressieve laminectomie op niveau L2-L4 ten laste van de basisverzekering.

*Het advies*

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de decompressieve laminectomie op niveau L2-L4 ten laste van de basisverzekering."*

- 3.6. Bij brief van 12 mei 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn definitief advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

*"U heeft aan ons de volgende vraag gesteld:*

*"Kunt u in het definitief advies expliciet ingaan op de nagekomen stukken, en nogmaals beoordelen of er een indicatie was (al dan niet in de vorm van LSS) voor de uitgevoerde ingreep?"*

*Ons antwoord hierop is als volgt:*

*Uit het dossier en de aanvullende stukken komt onduidelijk naar voren of er bij verzoekster een indicatie was voor LSS al dan niet in de vorm daarvan. Er is onvoldoende aangetoond dat alle mogelijkheden voor conservatieve behandelingen waren benut. Wanneer eerstelijns conservatieve therapie benut is en er sprake is van problematiek op meerdere domeinen dan zou een MSRtraject het meest aangewezen zijn. Pas dan is conservatieve therapie volledig geprobeerd. In het geval van verzoekster is zowel de eerstelijns therapie direct als onmogelijk beoordeeld en aan tweedelijns therapie (MSR) niet gedacht. Het lijkt erop dat conservatieve therapie niet is toegepast en dat had volgens de richtlijn wel moeten gebeuren.*

*Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."*

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de te Brugge uitgevoerde decompressieve laminectomie op niveau L2-L4 te vergoeden.

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 voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoekster

- 6.2. Bij de afwijzing van de aanvraag voor de ingreep in Brugge werd verzoekster meegedeeld dat zij nogmaals een arts moest raadplegen. Dit advies heeft verzoekster opgevolgd waarna bij haar een infiltratie heeft plaatsgevonden. Omdat ook deze behandeling niet het gewenste resultaat had, bleef de behandelend chirurg van mening dat de eerder voorgestelde laminectomie op niveau L2-L4 de enige oplossing was om de klachten te verhelpen. Desondanks blijft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stellen dat de inmiddels uitgevoerde ingreep niet

voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoekster kan zich met dit standpunt niet verenigen. In de eerste plaats omdat de ziektekostenverzekeraar niet met een andere oplossing voor haar klachten is gekomen en in de tweede plaats omdat de ziektekostenverzekeraar de deskundigheid van de Belgische chirurg in twijfel trekt. Dit laatste stoort verzoekster te meer omdat deze specialist heel de geschiedenis kent en ervan op de hoogte was dat een operatie nog de enige mogelijkheid om wat aan de pijn te doen. Door de operatie is de zenuwpijn verdwenen en resteert er nog wat rugpijn wat hopelijk nog zal verminderen.

#### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat niet in geschil is dat de ten behoeve van verzoekster aangevraagde, en inmiddels door haar ondergane decompressieve laminectomie op niveau L2-L4 zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Daarnaast voldoet voornoemde ingreep aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het probleem doet zich in dit geval echter voor bij de voorwaarde dat een verzekerde redelijkerwijs op de zorg moet zijn aangewezen. Aan dit criterium wordt door verzoekster niet voldaan. Dat zij door een arts in Nederland naar de medisch specialist in België is verwezen, maakt dit niet anders.

Verzoekster heeft op 14 juli 2021 een neurochirurg in België geconsulteerd. Deze meldt dat de pijnklachten onveranderd zijn. Volgens hem bestaan de klachten uit lage rugpijnen uitstralend tot in het boven- én onderbeen. Uit de aldaar gemaakte MRI en CT-scan blijkt dat een degeneratieve kanaalstenose op beide niveaus aan de orde is, in combinatie met een facetartrose. Op de CT-scan wordt op L2-3 een nauw contact met de uittredende wortels L3 beschreven. Op L3-4 is sprake van een relatieve spinaalkanaalstenose met forse degeneratieve vernauwing van de neuroforamina.

Uit de beschikbare gegevens trekt de ziektekostenverzekeraar de conclusie dat verzoekster vooral last heeft van rugpijn. De uitstralende klachten in één been zijn niet duidelijk passend bij de beschreven lumbale kanaalstenose. Dit maakt dat de operatie tevens niet doelmatig is. Bovendien werd verzoekster eerder in een ziekenhuis in Nederland gezien. Hier werd bij verzoekster niet alleen een andere diagnose gesteld, namelijk lumbale facetpijn, maar ook andere medicatie geadviseerd. Tot slot is op basis van de beschikbare gegevens niet gebleken dat een optimale conservatieve behandeling heeft plaatsgevonden voor de aanwezige klachten.

#### Overwegingen commissie

##### **Zorgverzekering**

- 6.4. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.

Verzoekster heeft voordat de operatie werd uitgevoerd de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 juli 2021 aan verzoekster meegedeeld dat hij van mening is dat zij niet redelijkerwijs is aangewezen op de aangevraagde ingreep en dat daarom de aanvraag wordt afgewezen.

De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat de voorwaarden van de zorgverzekering onverkort gelden. Ten aanzien van de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar wordt als volgt overwogen.

- 6.5. Verzoekster heeft in België een decompressieve laminectomie op niveau L2-L4 ondergaan. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 1 april 2022 blijkt dat volgens de richtlijn 'Ongëinstrumenteerde wervelkolomchirurgie' alleen bij een patiënt met ernstige/progressieve klachten volledig passend bij lumbale spinaal stenose (LSS) in combinatie met een niet-succesvolle conservatieve behandeling een operatie kan worden overwogen. Er is slechts een beperkte onderbouwing voor de effectiviteit van een chirurgische ingreep. Daarentegen zijn er wel

aanwijzingen voor complicaties. Om die reden wordt aanbevolen zeer terughoudend te zijn met spinale chirurgie en eerst alle conservatieve behandelingen te benutten. Uit de overgelegde stukken blijkt niet dat bij verzoekster sprake was van klachten die passen bij LSS. Evenmin staat vast dat zij voor de operatieve ingreep alle conservatieve behandelmogelijkheden heeft benut. Daarom concludeert het Zorginstituut dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van de uitgevoerde decompressieve laminectomie op niveau L2-L4 ten laste van de zorgverzekering en wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een en ander wordt door het Zorginstituut bevestigd in het definitieve advies van het Zorginstituut van 12 mei 2022. De commissie ziet geen reden om van de conclusie van het advies af te wijken en volgt dit. Dit betekent dat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond de gevraagde toestemming op grond van de verordening te weigeren en vergoeding, op basis van de zorgverzekering, van de met de operatieve ingreep gemoeide kosten af te wijzen.

### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
- 7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 juni 2022,

J.W. Heringa

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

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

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



---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 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, 2.8 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.
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.

## 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 verslaptte 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 agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- 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 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.

bent begonnen, dan voortzetten op de kosten van de volgende zorgverzekeraar.

### Voorwaarden

#### Algemeen

- Een verzekerde van 16 of 17 jaar heeft aanspraak op de zorg als de huisarts de zorg ook voor deze betreffende verzekerde passend acht.
- U kunt pas deelnemen aan de onderhoudsfase als u de behandelingsfase volledig hebt doorlopen.
- U hebt ten minste een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR), uitgedrukt in Body Mass Index (BMI). U hebt een indicatie voor de zorg als u:
  - een BMI hebt vanaf 30 kg/m<sup>2</sup>; of
  - een BMI hebt vanaf 25 kg/m<sup>2</sup> en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM type II gebaseerd op de zorgstandaarden CVRM, Obesitas, en Diabetes; of
  - een BMI hebt vanaf 25 kg/m<sup>2</sup> en bij u artrose of slaapapneu is vastgesteld.
- De zorg wordt gegeven in de vorm van een door ons erkend zorgprogramma; u kunt deze op onze website vinden.

#### Zorgverlener

Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN) verleent in afstemming en terugkoppeling met de verwijzende zorgverlener de zorg.

#### Verwijzing

U bent voor aanvang van de GLI verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

#### Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u al eerder gebruik hebt gemaakt van deze zorg en u een volgende keer van een zorgprogramma gebruik wilt maken.

#### Tarieven

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

### B.4. Medisch specialistische zorg

#### B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U bent verzekerd voor:

- geneeskundige zorg;
- preventieve zorg;
- gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

(zie artikelen B.19.2. en B.19.3.)

- mondzorg door een kaakchirurg. 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 in dit artikel verschil tussen:

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

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met 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);
- o correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
- o parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- o behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

### Let op!

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

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

### B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met 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.
- Het is mogelijk dat u in het buitenland opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer

verschillende (verpleeg)klassen kent. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

- De opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg (waaronder medisch specialistische zorg).
- Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
  - o 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;
  - o 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;
  - o wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

##### Zorgverlener

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

##### Verwijzing

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

##### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig 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. Meer informatie over aanvragen

kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

#### Tarieven

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

### B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- 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.

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Vergoeding van zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Vergoeding van overige zorg wordt wel verrekend met 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

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer zijn gekoppeld.
- u 18 jaar of ouder zijn.

#### Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

#### 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, bedrijfsarts, GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltpleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet 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.

### B.4.4. Vervallen

### B.4.5. Plastische chirurgie

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard. 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