

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. A.I.M. van Mierlo, L. Ritzema en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202302692

Partijen

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

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar de kosten moet vergoeden van de operatie aan haar neus, die zij op 27 december 2021 in Turkije heeft ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Weliswaar is een deel van de operatie machtigingsvrij, maar het andere deel is van plastisch chirurgische aard, en is dit niet. Hiervoor werd geen toestemming verleend. De behandeling kan niet worden opgesplitst, omdat de operatie als één geheel is uitgevoerd.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster in Turkije een gecombineerde in- en uitwendige neuscorrectie heeft ondergaan. Een inwendige neuscorrectie is machtigingsvrij en komt in principe voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat de rhinoplastiek waarbij spreader grafts worden geplaatst niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. De aanvraag voor de uitgevoerde, gecombineerde behandeling is daarom terecht afgewezen. Verzoekster heeft ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten van alleen de inwendige neuscorrectie. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn betoog dat de gecombineerde behandeling als één zorgactiviteit is aan te merken. De andere zorgactiviteit (uitsluitend de inwendige neuscorrectie) is niet uitgevoerd, en de zorgverzekering kent niet de mogelijkheid van substitutie.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 19 september 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 oktober 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

- 2.2. Bij brief van 8 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 november 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 november 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023047458) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 december 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 februari 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 november 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 15 februari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Goede Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgGoed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Pechvogelhelp is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 9 december 2021 heeft de behandelend KNO-arts in Nederland over verzoekster verklaard:

"Reden van komst / Verwijzing

Neusverstopping sinds een paar maanden na een val.

Conclusie

Neusverstopping ten gevolge van septumdeviatie naar links met compensatoire hypertrofie van de concha inferior rechts.

Diagnose

09-12-2021 neuseptumdeviatie

Beleid

Th/ septumcorrectie en conchotomie.

(...)"

- 3.3. De behandelend arts in Turkije heeft op 14 december 2021 over verzoekster verklaard:

"Our patient, [naam verzoekster] referred to our clinic with difficult nasal breathing. The nasal endoscopy revealed nasal septal deviation and bilaterally hypertrophy turbunates. Septoplasty and turbunate reduction surgery had been planned. Her surgery has been scheduled on the 27th December 2021 and the total cost will be 1800 euros."
- 3.4. Verzoekster heeft op 27 december 2021 in Turkije een gecombineerde in- en uitwendige neuscorrectie ondergaan. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten hiervan te vergoeden.
- 3.5. Bij brief van 19 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor vergoeding van de in Turkije verrichte ingreep is afgewezen.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

- 3.7. Bij brief van 30 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.8. Bij brief van 15 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de operatie aan haar neus, die zij op 27 december 2021 in Turkije heeft ondergaan, alsnog moet vergoeden.
- 4.2. Verzoekster ondervond problemen bij de ademhaling. De behandelend KNO-arts in Nederland adviseerde haar daarom een septumcorrectie en een conchotomie (het rechtzetten van het tussenschot van de neus en verkleining van de neusschelpen) te laten uitvoeren. De ingreep was noodzakelijk, maar onder meer vanwege de coronapandemie was het onduidelijk wanneer deze kon worden uitgevoerd. In Turkije kon zij direct worden geopereerd. Daarnaast waren de kosten van de ingreep aldaar aanzienlijk lager. Gezien het voorgaande heeft verzoekster erop vertrouwd dat de kosten van de ingreep zouden worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

Verzoekster merkt op dat in Nederland de diagnose 'neusseptumdeviatie' is gesteld en in Turkije 'nasale deformatie en septumdeviatie'. Hiervoor was volgens de Turkse arts een rhinoplastiek aangewezen. Op grond van informatie op internet mocht verzoekster, gezien de benaming, verwachten dat het om dezelfde ingreep ging. Daarom stelt verzoekster primair dat door de Turkse arts een functiestoornis is vastgesteld waardoor de volledige, gecombineerde ingreep voor vergoeding in aanmerking moet komen.

Uit het operatieverslag blijkt dat bij verzoekster een 'nasale concha submucosale reductie en cauterisatie en septoplasie' is uitgevoerd, gevolgd door een 'compertimentale bult resectie'. Deze ingreep komt grotendeels overeen met de ingreep die in Nederland zou worden verricht. Daarbij wordt de combinatie met de rhinoplastiek geregeld uitgevoerd in de ons omringende landen. De kosten van de ingreep in Turkije zijn bovendien aanmerkelijk lager dan die in Nederland. Verzoekster stelt zich subsidiair op het standpunt dat met de heroverweging de noodzaak van de inwendige correctie door de ziektekostenverzekeraar niet meer wordt betwist, en dat om die reden in ieder geval de hiermee gemoeide kosten dienen te worden vergoed.

Op 12 juli 2022 heeft haar advocaat, namens verzoekster, een verzoek om heroverweging ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop echter steeds richting verzoekster gereageerd in plaats van richting haar advocaat. De advocaat heeft ook na herhaalde herinneringen geen reactie ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. Pas begin mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de advocaat geantwoord, en meegedeeld dat de heroverweging op 17 februari 2023 aan verzoekster is gezonden.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat de aanvraag voor de onderhavige ingreep is ingediend voordat de ingreep werd uitgevoerd. Zij heeft hiertoe de tijdlijn van de gebeurtenissen gegeven. Verzoekster heeft herhaald dat haar advocaat nog steeds niet alle stukken krijgt van de ziektekostenverzekeraar. Zij verwijst naar de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 november 2023, waarbij een advies van diens medisch adviseur zou zijn gevoegd. Zij heeft dit advies niet ontvangen. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de VAV Werkwijzer, waarnaar de ziektekostenverzekeraar heeft verwezen, op het moment van de ingreep, nog niet was gepubliceerd. Daarnaast heeft verzoekster benadrukt dat de ingreep, die in Turkije is uitgevoerd, weliswaar uitgebreider was, maar dat de kosten hiervan lager zijn dan die van de beperkte, niet machtiging plichtige ingreep in Nederland. Daarom kunnen de werkelijke kosten van de totale ingreep worden vergoed.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag op 19 januari 2022 afgewezen "volgens artikel 20 Verordening (EG) 883/2004 en tevens vanuit de basisverzekering", omdat geen sprake is van verzekerde zorg. De aangevraagde ingreep voldoet niet aan de hiervoor geldende criteria. Een neuscorrectie/septorhinoplastiek komt alleen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit is het geval bij een chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus die langer dan één jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad.
- 5.2. In de heroverweging van 17 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat bij de ingediende aanvraag geen verwijzing naar een medisch specialist in Turkije aanwezig is. In Nederland is als indicatie 'septumcorrectie en conchareductie' gesteld. Dit is zorgactiviteit O32064 en deze is niet machtigingsplichtig. Vervolgens is in Turkije niet alleen een conchareductie en septumcorrectie uitgevoerd, maar ook een rhinoplastiek met daarbij een neustipcorrectie en een humpreductie. Bij de ingreep is gebruik gemaakt van spreader grafts. Dit betreft zorgactiviteit O32061 en deze is machtigingsplichtig. De aanvraag is achteraf ingediend. Bij de beoordeling heeft de ziektekostenverzekeraar getoetst aan de voorwaarden van de VAV-werkwijzer. Een rhinoplastiek kan in zeldzame gevallen nodig zijn. Het moet dan gaan om klachten die (mede) gebaseerd zijn op een duidelijk aanwezige anatomische afwijking van de neus. Hierbij moet gemotiveerd worden waarom een septumcorrectie, al dan niet met conchareductie, het probleem niet of onvoldoende verhelpt. Het voorgaande is niet onderbouwd in de aanvraag. Daarnaast geldt dat het oprichten van de neustip, humpreductie en het plaatsen van spreaders niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en/of cosmetisch gemotiveerde ingrepen zijn. Om die reden komen deze niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. In de brief van 8 november 2023 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd, gespecificeerd dat het plaatsen van spreaders niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat het oprichten van de neustip en de humpreductie cosmetisch gemotiveerde ingrepen zijn. De correspondentie is steeds gericht aan verzoekster, omdat de ziektekostenverzekeraar om privacy redenen geen brieven met medische informatie stuurt aan derden. Hij heeft geen ondertekend document ontvangen van verzoekster waarmee zij haar advocaat machtigt. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de verrichte ingreep een behandeling van plastisch chirurgische aard is. Het is één zorgactiviteit die is uitgevoerd, namelijk zorgactiviteit O32061. De zorgverzekering geeft geen aanspraak op gedeeltelijke vergoeding op grond van zorgactiviteit O32064, omdat die niet is uitgevoerd bij verzoekster. Er is dus geen sprake van een machtigingsvrij gedeelte en er bestaat geen mogelijkheid tot substitutie. Daarna gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de initiële verwijzing naar de verordening ten onrechte was. Die is in Turkije namelijk niet van toepassing.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de VAV Werkwijzer de meest recente versie was van 2021. De eerdere versie is van 2019. Er zijn tussen deze twee versies geen wijzigingen betreffende de rinoplastiek. Dus de voorwaarden golden ook al ten tijde van de behandeling. Ten aanzien van de substitutie van kosten merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het niet mogelijk is het niet machtiging plichtig deel te vergoeden en het machtiging plichtig niet. Het betreft één zorgactiviteit en die is niet op te splitsen. Bovendien is het niet duidelijk welk deel van de kosten is toe te rekenen aan het niet machtiging plichtige deel. Zelfs als de kosten lager zijn, kunnen niet alleen de kosten worden vergoed van het niet machtiging plichtige deel. En het is evenmin mogelijk de volledige kosten te vergoeden, of een deelvergoeding te betalen.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 30 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het Zorginstituut beoordeelt in dit advies of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoekster op deze zorg is aangewezen.

Wat betreft de uitgevoerde septumcorrectie (septoplastiek) en conchareductie (neusschelpchirurgie) geldt dat deze ingrepen niet machtigingsplichtig zijn. Deze zorg is onderdeel van het basispakket. Dit is niet in geschil. Ook is niet in geschil dat verzoekster voor deze zorg een indicatie had en dat deze zorg voor samen met een rhinoplastiek zijn uitgevoerd en daarmee volgens verweerder onder één zorgactiviteit (032061) vallen, vergoedt verweerder deze ingrepen niet. Of deze redenering klopt valt buiten dit advies van het Zorginstituut.

In deze beoordeling wordt ingegaan op de vraag of de uitgevoerde rhinoplastiek vanuit de basisverzekering kan worden vergoed. De rhinoplastiek wordt conform de richtlijnen in de VAV werkwijzer onder uitzonderlijke omstandigheden vergoed.

Blijkbaar was er volgens de Turkse KNO-arts een reden om tegelijk met de septumcorrectie en neusschelpchirurgie ook een rhinoplastiek (bestaande uit een bultresectie, het plaatsen van spreader grafts en een neustipcorrectie) uit te voeren. In het aangeleverde dossier worden geen verslagen of foto's aangetroffen die hiervoor argumentatie aanleveren, behalve de eerder vastgestelde neusverstopping links en uitwendige neusstand naar rechts. Om te beoordelen of deze ingreep kan worden vergoed uit de basisverzekering wordt de VAV werkwijzer als leidraad gebruikt. In de VAV werkwijzer is geconcludeerd dat voor het verminderen van een functiestoornis (neusobstructie) verschillende extern te benaderen rhinoplastiek technieken, zoals een correctie van aanzuigende neusvleugels, het plaatsen van spreaders en kraakbeentransplantaties, niet effectief zijn en niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een rhinoplastiek ter correctie van een insufficiënte neusklep bijvoorbeeld door middel van plaatsing van spreaders of kraakbeentransplantaties, voldoet dus niet aan de stand van de wetenschap en praktijk (vergoedingscriterium 6 van de VAV-werkwijzer). Voorts kan uit de stukken in het dossier niet worden opgemaakt dat verzoekster voldoet aan de overige vijf criteria voor vergoeding van de rhinoplastiek.

Conclusie

Voor wat betreft de verrichte rhinoplastiek geldt dat in ieder geval niet is voldaan aan vergoedingscriterium 6 van de VAV werkwijzer. De aangevraagde rhinoplastiek komt derhalve niet voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De aangevraagde rhinoplastiek behoort niet tot het basispakket en komt niet voor vergoeding in aanmerking. Verzoek[st]er kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van deze behandeling ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 15 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag 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."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de stand van de wetenschap en praktijk, het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en medisch specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Deze situatie speelde bij verzoekster niet. Er was sprake van planbare zorg. Dit betekent dat het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid buiten toepassing blijft. Een eventueel recht op vergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 8.3. Verzoekster heeft in Turkije een septorhinoplastiek ondergaan. Deze gecombineerde ingreep bestaat uit zowel een inwendige als een uitwendige neuscorrectie. Bij de uitwendige neuscorrectie zijn spreader grafts geplaatst. De ziektekostenverzekeraar heeft als meest vérgaande stelling aangevoerd dat de uitgevoerde rhinoplastiek om die reden niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' als bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Daarom zou geen sprake zijn van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. De commissie overweegt met betrekking hiertoe als volgt.
- 8.4. Bij haar beoordeling neemt de commissie het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.5. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' (op bewijs gebaseerde zorg) het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan

het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 8.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de rhinoplastiek waarbij spreader grafts worden geplaatst. Het advies van 30 november 2023 bevat de uitkomst hiervan. Geconcludeerd wordt dat deze behandeling niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Geadviseerd wordt daarom tot afwijzing van het verzoek. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name haar stelling dat de gecombineerde behandeling in de ons omringende landen vaker plaatsvindt en dat de kosten hiervan in Turkije lager zijn, kan aan deze conclusie niets afdoen. Feit blijft dat de uitwendige neuscorrectie, waarbij tevens een bultresectie en een neustipcorrectie zijn uitgevoerd, geen verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering is. De aanvraag voor de gecombineerde behandeling is daarom terecht afgewezen.
- 8.7. Verzoekster heeft ter zitting nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar eerder heeft verwezen naar de verkeerde VAV Werkwijzer. Uit de eerste volzin van de VAV Werkwijzer had verzoekster echter kunnen begrijpen dat er een oudere versie was. De commissie heeft verzoekster ter zitting hierop gewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens ter zitting gesteld dat er ten aanzien van de rhinoplastiek geen wijziging is in de versie van 2021 ten opzichte van de eerdere versie. Dit is door verzoekster niet weersproken.
- 8.8. De volgende vraag is of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van uitsluitend de inwendige neuscorrectie. Dit betreft verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering, verzoekster was hier redelijkerwijs op aangewezen en deze ingreep is machtigingsvrij. De ziektekostenverzekeraar heeft betoogd dat de gecombineerde behandeling als één zorgactiviteit is aan te merken. De andere zorgactiviteit - die zou kunnen leiden tot gedeeltelijke vergoeding - is niet uitgevoerd, en de zorgverzekering kent niet de mogelijkheid van substitutie. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar hierin. Hoewel verzoekster anders betoogt, moet ook voor haar van meet af aan duidelijk zijn geweest dat de ingreep in Turkije uitgebreider was dan die welke door de KNO-arts in Nederland was voorgesteld. Door hiervoor te kiezen, heeft zij het risico aanvaard dat de kosten van de gehele, gecombineerde behandeling voor haar rekening zouden kunnen blijven. Dat onduidelijk was wanneer de voorgestelde behandeling (de inwendige neuscorrectie) in Nederland zou kunnen worden uitgevoerd in verband met Covid 19, maakt dit niet anders.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Daarom kan het verzoek niet op grond hiervan worden toegewezen.
- 8.10. Het gestelde aangaande de correspondentie met de advocaat van verzoekster kan niet leiden tot een andere uitkomst en wordt door de commissie verder voor kennisgeving aangenomen. Hierbij merkt de commissie op dat een advocaat weliswaar geen machtiging hoeft over te leggen, maar dat niet is gebleken dat de advocaat - in ieder geval gedurende deze procedure - niet beschikte over het volledige dossier. Het volgens de advocaat ontbrekende advies van de medisch adviseur, zoals door haar ter zitting was gesteld, is door de commissie op 15 november 2023 naar haar gestuurd.

Slotsom

- 8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 februari 2024,

L. Ritzema

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 sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

**Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek
Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op'
01-05-1983 en zichtsdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden**

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

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 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.

Beëindiging verzekering bij uit de markt nemen of niet langer aanbieden

Wij hebben het recht de verzekering eenzijdig te beëindigen als wij de betrokken verzekering uit de markt nemen of niet langer aanbieden.

Artikel 17 Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Ben je het niet eens met onze beslissing? Dan kun je ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door een e-mail te sturen naar zorg.medisch@ditzo.nl. Ook kun je een brief sturen aan Ditzo, t.a.v. de afdeling Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. Voor vragen kun je met ons bellen op (030) 699 79 30. Vermeld er in alle gevallen duidelijk bij dat het om een heroverweging gaat.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op je verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en ben je het daar niet mee eens? Dan kun je naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. Je kunt met je verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klacht

Heb je een klacht? Gebruik dan het klachtenformulier op Mijn Ditzo. Je kunt ook met ons bellen op (030) 699 79 30 of een brief sturen naar Ditzo Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht

Vind je dat je klacht niet goed is afgehandeld? Leg je klacht dan voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Je kunt met je klacht ook naar de bevoegde rechter.

Klachten over standaardformulieren

Als je onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kun je daarover een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). De NZa kan hierover een bindende uitspraak doen.

Artikel 18 Geneeskundige zorg

Artikel 18.1 Audiologische zorg

Audiologische zorg is het voorkomen, onderzoeken en behandelen van stoornissen aan het gehoor. Het is een vorm van medisch specialistische zorg.

Je hebt recht op zorg verleend door een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- onderzoek doet naar je gehoorfunctie;
- je adviseert over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- je voorlichting geeft over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor je gehoorprobleem noodzakelijk is;
- je helpt bij het stellen van een diagnose bij een spraak- en taalstoornis bij je kind.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Artikel 18.2 Buitenland

Aanleveren van een declaratie.

Je dient de declaratie aan te leveren in een van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd ben je zelf verantwoordelijk voor een vertaling middels een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

Spoeoedeisende zorg

Bij spoedeisende zorg in het buitenland ben je verplicht 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.

SOS International kun je bereiken op +31 20 651 51 51 (staat ook achter op je zorgpas) of via www.smartmelden.nl

Niet-spoedeisende zorg vooraf aanvragen

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

Je woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland.

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-tarieven.

Je woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland.

Je hebt dan de keuze uit:

- Zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

- Vergoeding van je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.

Je woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Je hebt dan de keuze uit:

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

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

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan (zie artikel 3).

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterkant van je zorgpas staat de EHIC. Als je op vakantie gaat naar een EU/EER-land of Zwitserland, dan heb je hiermee recht op noodzakelijke medisch zorg in het vakantieland. Je kunt de EHIC gebruiken in Australië voor noodzakelijke medische zorg. Je mag deze EHIC alleen gebruiken als je bij ons verzekerd bent. Als je deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl je weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor je eigen rekening.

Betaling

Je declaratie betalen wij uit in euro's. Wij gebruiken daarbij de omrekenkoers die geldt op het moment dat wij je 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.

Meer informatie over het gebruik van je EHIC kaart kun je vinden op www.hetCAK.nl/regelingen/buitenland.

Artikel 18.3 Dialyse

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

Je hebt recht op de volgende zorg in een dialysecentrum:

- bloedzuivering in verband met nierproblemen (hemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse) zonder opname;
- medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is en die bestaat uit:
 - onderzoek, behandeling en verpleging die met de dialyse gepaard gaat;

Artikel 18.18 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvang je 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.

Je hebt 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. Op mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend heb je recht volgens artikel 18.19 en 18.20. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien of een klinisch fysicus audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts. Voor bepaalde aanvragen van laboratoriumonderzoek 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

Je hebt recht op verblijf in de laagste klasse van 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. Onderbreek je het verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Je hebt ook recht op de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

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

Verder heb je recht op medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist almede de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

- teruggeplaatst ;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als je 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Je hebt recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) 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. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Je hebt geen recht op behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Je hebt recht op 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 verslakte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping je gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstampuatie, 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 gehemeltaspleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Je hebt vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen je 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 je 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 kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.](http://www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen)

Je hebt geen recht op:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Second Opinion

Je hebt recht op een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. Je moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Je hebt 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 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op www.wetten.overheid.nl.

Artikel 18.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg je precies recht hebt hangt ervan af of je jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind vanaf 2 jaar is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Je kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Je hebt recht op de hieronder genoemde zorg:

- Op controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op incidenteel consult;
- Op het verwijderen van tandsteen;
- Op fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit, maximaal tweemaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;