

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202303466

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 14 mei 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekering zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 15 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 juli 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024028319) de commissie geïnformeerd. Een kopie hiervan is op 22 augustus 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 17 juli 2024 verklaard niet te willen worden gehoord. Diezelfde dag heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie laten weten dat hij wel wil worden gehoord. Bij brief van 18 juli 2024 is aan verzoekster meegedeeld dat een hoorzitting zal plaatsvinden en is haar gevraagd of zij deze wenst bij te wonen. Verzoekster heeft, eveneens op 18 juli 2024, aan de commissie laten weten dat zij niet aan de hoorzitting zal deelnemen. De ziektekostenverzekeraar is op 2 oktober 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd, waarbij verzoekster in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Ook heeft de commissie haar aanvullende vragen gesteld. Bij brief van 8 oktober 2024 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 10 oktober 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 7 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 8 november 2024 aan verzoekster gezonden.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 4 december 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of hetgeen hij op 20 augustus 2024 aan de commissie heeft meegedeeld aanpassing behoeft. Op 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie een brief gezonden. Een kopie hiervan is op 10 januari 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van

verzoekster heeft de commissie geen reactie ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 februari 2025 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 18 februari 2025 ter kennisname aan verzoekster gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Extra Aanvullend en OHRA Tandengaan 250 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Op 6 september 2023 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een behandeling vanwege endometriose in het diafragma/thoracale gebied, uit te voeren in London, Verenigd Koninkrijk. Bij brief van 15 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Op 9 oktober 2023 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Bij brief van 27 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij een akkoordverklaring krijgt voor de zorgactiviteiten die vallen onder de DBC-zorgproductcodes 029099045 en 149399055.
- 2.4. Bij brief van 29 oktober 2023 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 22 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd dat haar dossier is doorgestuurd naar de afdeling Juridische Zaken en dat hij niet kan aangeven hoelang de afhandeling van het verzoek om heroverweging zal duren.
- 2.5. Verzoekster heeft zich hierop tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. In de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten dat de zorgproductcode 149399055 wordt gewijzigd in 149399049. Zorgproductcode 029099045 wordt gehandhaafd.
- 2.6. Bij brieven van 20 augustus 2024 en 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde behandeling in London te vergoeden op grond van de DBC-zorgproductcodes 029099029, 149399056 en 029099044, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij de aanvraag van 6 september 2023 verklaard dat zij bekend is met endometriose met invaliderende klachten. In 2022 is zij geopereerd aan diep infiltrerende endometriose in het bekkengebied. Na het herstel van deze behandeling is een tweede operatie nodig aan de onderzijde van het diafragma en in de borstholte (VATS rechterzijde).
In haar brief van 29 oktober 2023 heeft verzoekster toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 27 oktober 2023 twee DBC-zorgproductcodes noemt die niet lijken te passen bij de behandeling waarvoor een aanvraag is ingediend. Verzoekster heeft gevraagd om vergoeding van een thoracoscopische ingreep (VATS) voor het verwijderen van endometriose van de bovenzijde van het middenrif en elders in de borstholte. Volgens verzoekster betreft dit in het Verenigd Koninkrijk zorgproduct UK CCSD Code T1030 'VATS pleurodesis/pleurectomy'. Dit komt het meest overeen met DBC-zorgproductcode 029099029. Daarnaast heeft verzoekster gevraagd om vergoeding van een laparoscopische ingreep voor het verwijderen van diepe endometriose stadium

IV, met daarbij ook mobilisatie van de lever door een leverchirurg voor het kunnen verwijderen van endometriose van de onderzijde van het middenrif. Volgens verzoekster betreft dit in het Verenigd Koninkrijk zorgproduct UK CCSD Code T0133 'Excision of chest wall tumour - without chest wall reconstruction'. Dit komt in Nederland het meest overeen met DBC-zorgproductcode 149399056.

- 3.3. Verder heeft verzoekster in haar brief van 14 mei 2024 opgemerkt dat zij begrijpt dat de definitieve DBC-zorgproductcodes voor de aangevraagde behandeling pas na de ingreep kunnen worden bepaald. Echter, voorafgaand aan de behandeling kan wel worden bepaald dat DBC-zorgproductcode 029099044 van toepassing is. Bij de behandeling is namelijk een tweede chirurg nodig en hiervoor moet een parallelle DBC-zorgproductcode worden geopend. Er is sprake van een multidisciplinaire behandeling door zowel een gynaecoloog als een thoraxchirurg, zoals bedoeld in artikel 5.2 van de Regeling medisch specialistische zorg - NR/REG-2306a. In voornoemd artikel is het volgende bepaald:

"Als er sprake is van een multidisciplinaire behandeling kunnen er voor dezelfde zorgvraag van een patiënt meerdere zorgtrajecten worden geopend. Er is sprake van een multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag."

- 3.4. In haar brief van 8 oktober 2024 heeft verzoekster toegelicht dat het voorliggende behandelplan door een verandering in de werkwijze van de zorgaanbieder twee maanden geldig is. De behandeling wordt steeds duurder. Het zal voor verzoekster daardoor niet meer haalbaar zijn om de behandeling bij deze zorgaanbieder te ondergaan. Binnen het korte tijdsbestek dat resteert kan zij niet alles regelen. Ook heeft zij geen tijd om zich mentaal op de ingreep voor te bereiden. Verzoekster zal een aangepast behandelplan bij de ziektekostenverzekeraar moeten indienen. Dit zorgt voor veel stress, aangezien de ziektekostenverzekeraar vaak acht weken de tijd nodig heeft om aanvragen te behandelen of hierop te reageren.

In overleg met een Nederlandse arts is besloten om de operatie te laten uitvoeren door andere artsen met dezelfde expertise in hoog-complexe endometriose en op basis van hetzelfde behandelplan. Inmiddels heeft verzoekster diverse onderzoeken achter de rug en moet zij er nog een aantal ondergaan. Uit deze onderzoeken is gebleken dat verzoekster meerdere complexe aandoeningen heeft. Er is nu besloten de behandeling in Londen uit te stellen tot alle onderzoeken in Nederland zijn afgerond.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij geen grond ziet voor een hogere vergoeding dan totaal € 15.418,19, ten laste van de zorgverzekering. Hij heeft hiertoe bij brief van 5 februari 2024 toegelicht dat de eerder toegekende DBC-zorgproductcode voor de laparoscopie (149399055) niet juist bleek te zijn. Om die reden is DBC-zorgproductcode 149399049 toegekend. De definitieve DBC-zorgproductcode voor de aangevraagde thoracale ingreep kan pas worden bepaald na de behandeling. In dit kader verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de ongedateerde brief van de uroloog, waarin wordt verklaard: *"Patiënte heeft aangegeven dat er in Londen met haar een behandelplan is gemaakt. Collega Barton-Smith heeft een Video assisted Thoracoscopy (VATS) geadviseerd om endometriosehaarden op te sporen en te behandelen indien aanwezig"*. In de DBC-zorgproductcode voor de laparoscopie zijn al standaard ligdagen begrepen. De medisch adviseur heeft daarom voor de thoracale ingreep geen ligdagen meegenomen. Echter, in de brief van 27 oktober 2023 is een akkoordverklaring gegeven voor een thoracale ingreep mét ligdagen en dit wordt niet aangepast. Aanpassing zou immers betekenen dat verzoekster aanspraak heeft op een lagere vergoeding dan toegekend in de brief van 27 oktober 2023.

De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht hoe hij tot de maximale vergoeding is gekomen. Gelet op het bindend advies van de commissie van 15 december 2021 (SKGZ 202002537) heeft de ziektekostenverzekeraar bij de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) het tarief opgevraagd. Uit de

verkregen informatie blijkt dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde tarieven hoger zijn dan de tarieven die bij de Nza bekend zijn.

Verzoekster heeft aangevoerd dat de DBC-zorgproductcodes 029099029 en 149399056 passend zijn bij de aangevraagde behandeling. Dit is door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar beoordeeld.

Over DBC-zorgproductcode 029099029 heeft de medisch adviseur het volgende verklaard: *"Op het moment dat er inderdaad endometriosehaarden in de thorax gevonden worden en deze verwijderd worden is code 029099044 op voorhand volgens mij het beste passend bij het verwijderen van de thoracale endometriose. Dit is gebaseerd op zorgactiviteit: 032663 Excisie aandoening thoraxwand met behulp van video-assisted thoracic surgery. Het is nu ook nog onduidelijk of er endometriosehaarden in de thorax zitten en waar die dan zitten. Maar het is waarschijnlijk ook niet nodig om hiervoor een gedeelte van de long te verwijderen, dus is 029099029 niet passend".*

Over DBC-zorgproductcode 149399056 heeft de medisch adviseur het volgende opgemerkt: *"Als het gaat om het mobiliseren van de lever: dat doe je niet via de thorax, dus niet via VATS. Dus dat je hierbij een zorgactiviteit voor thoraxwand tumor verwijderen gebruikt, is niet passend. Met een vergelijkbare zorgactiviteit kom je ook niet uit bij het zorgproduct dat hier genoemd wordt. Het mobiliseren van de lever valt onder de laparoscopische ingreep via de buik. Er heeft reeds uitgebreide chirurgie plaatsgevonden. Het gaat nu alleen om endometriosehaarden aan de onderzijde van het diafragma, die via laparoscopie verwijderd worden. Daarom lijkt DBC-zorgproductcode 149399049 het meest passend."*

De ziektekostenverzekeraar heeft nog opgemerkt dat het altijd mogelijk is dat achteraf blijkt dat een uitgebreidere resectie heeft plaatsgevonden die mogelijk tot een andere DBC-zorgproductcode leidt.

- 4.2. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 29 februari 2024 toegelicht dat hij geen grond ziet voor afgifte van een document op basis van het protocol. Een dergelijk document wordt alleen afgegeven indien een verzekerde niet of niet tijdig in Nederland kan worden behandeld. Dit is in het onderhavige geval niet gebleken. Volgens de ziektekostenverzekeraar is (tijdige) behandeling in Nederland mogelijk. Verzoekster heeft een bewuste keuze gemaakt voor behandeling in London. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding kan toekennen conform de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 4.3. In zijn brief van 15 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de DBC-zorgproductcode voor de ingreep in de thorax niet voorafgaand kan worden bepaald. Tijdens de ingreep blijkt immers pas of endometriose aanwezig is. Als endometriosehaarden moeten worden verwijderd, gaat het niet meer om een diagnostische ingreep, maar om een operatieve ingreep. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de meest passende DBC-zorgproductcodes 149399049 voor de therapeutische laparoscopie en 029099044 voor de diagnostiek van de thorax. Deze laatste DBC-zorgproductcode kan worden opgehoogd naar DBC-zorgproductcode 029099032 als er ook sprake zou zijn van verwijdering van endometriosehaarden. De correcte DBC-combinatie met de hoogste vergoeding is derhalve 149399049 en 029099032.
- De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij per abuis een hogere DBC-zorgproductcode heeft toegezegd voor de ingreep in de thorax, namelijk 029099045. Deze DBC-zorgproductcode is hoger dan de meest passende DBC-zorgproductcode, te weten 029099032. De toegezegde DBC-zorgproductcodes 149399049 en 029099045 worden desalniettemin gehandhaafd. Voor DBC-zorgproductcode 029099045 had niet op voorhand akkoord kunnen worden gegeven, omdat nog niet vaststaat dat ook verwijdering moet plaatsvinden. Deze DBC-zorgproductcode is daarnaast hoger dan passend, omdat in de DBC-zorgproductcode van de laparoscopie al ligdagen zijn inbegrepen.
- Naast de toegezegde combinatie van een DBC-zorgproductcode voor de diagnostische laparoscopie en de DBC-zorgproductcode voor de thorax kan geen derde (parallele) DBC-zorgproductcode worden toegekend. Binnen één specialisme kunnen soms gelijktijdig meerdere DBC-zorgproductcodes voorkomen. Hiervoor heeft de wetgever regels opgesteld, waaronder de Regeling medisch specialistische zorg. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat geen grond om aanvullend akkoord te geven voor DBC-zorgproductcode 029099044. Dit betreft een diagnostische DBC-zorgproductcode. Er kan geen diagnostische DBC-zorgproductcode samen

met een operatieve DBC-zorgproductcode voor dezelfde diagnose en in dezelfde periode worden gedeclareerd. De hogere operatieve DBC-zorgproductcode in geval van verwijdering, omvat ook het eerder uitgevoerde onderzoek.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij heeft onderzocht welke DBC-zorgproductcodes het meest passend zijn voor verzoekster. Voor haar combinatiepolis geldt dat de tarieven die de ziektekostenverzekeraar toepast bijna altijd hoger zijn dan die uit Open Dis data. De DBC-zorgproductcodes die door het Zorginstituut worden genoemd komen redelijk overeen met de door de ziektekostenverzekeraar genoemde codes. Ook het Zorginstituut is van mening dat pas tijdens het onderzoek (diagnostiek) kan blijken of behandeling nodig is. In dat geval wijzigt ook de DBC-zorgproductcode. Uit het advies van het Zorginstituut maakt de ziektekostenverzekeraar verder op dat in het geval van diagnostiek drie DBC-zorgproductcodes van toepassing zijn. Hierbij noemt het Zorginstituut onder meer DBC-zorgproductcodes 149399056 en de 028899026. Deze combinatie heeft de ziektekostenverzekeraar niet eerder gezien. Vervolgens blijkt uit het advies van het Zorginstituut dat in geval van behandeling maar één DBC-zorgproductcode van toepassing is. Dit zou kunnen betekenen dat het voor verzoekster financieel voordeliger is als zij alleen wordt onderzocht en niet behandeld. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij in ieder geval zijn eerdere toezegging handhaaft.
- 4.5. In zijn brief van 7 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard zich niet te kunnen vinden in de door het Zorginstituut genoemde DBC-zorgproductcodes. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft het Zorginstituut ten onrechte gekozen voor DBC-zorgproductcode 149399056. Uit de beschikbare gegevens blijkt niet dat het al zeker is dat endometriose aanwezig is onder het diafragma. Aangezien bij de vorige ingrepen endometriosehaarden zijn verwijderd, is ook geen sprake meer van stadium IV/V endometriose. Verder heeft het Zorginstituut ten onrechte DBC-zorgproductcode 028899026 toegevoegd. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat het in dit geval niet om diagnostiek, maar om een ondersteunende verrichting. De gynaecoloog verricht een laparoscopie. De leverchirurg zorgt alleen voor mobilisatie van de lever. Er is hierbij geen sprake van een separaat uit te voeren beleid door de leverchirurg ten aanzien van de zorgvraag. Om die reden kan hiervoor geen aparte DBC-zorgproductcode worden toegekend. De thoraxchirurg heeft een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van de thoracoscopie. Daarbij is het mobiliseren van de lever niet passend ten over staande van de veel grotere ingrepen die vallen onder de door het Zorginstituut gekozen DBC-zorgproductcode. Deze 'grotere ingrepen' zijn echte ingrepen die niet passen bij mobilisatie van de lever. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals opgemerkt dat als de DBC-zorgproductcodes 149399056, 028899026 en 029099044 of 029099032 worden toegepast, een enkel onderzoek een hogere vergoeding oplevert dan een behandeling inclusief onderzoek. Immers, de conclusie van het Zorginstituut dat een DBC-zorgproductcode voor behandeling inclusief het onderzoek is klopt. Echter, omdat het Zorginstituut om onnavolgbare redenen voor drie DBC-zorgproductcodes voor onderzoek heeft gekozen, waaronder 149399056, zou de daadwerkelijke vergoeding voor een behandeling lager uitvallen dan wanneer alleen het onderzoek wordt uitgevoerd.
- 4.6. In zijn brief van 13 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat volgens het Zorginstituut, gezien de blijvende klachten, endometriosehaarden buiten het bekkengebied worden verwacht, ondanks dat deze niet zijn aangetoond op een MRI. Het Zorginstituut heeft beaamd dat het nog niet zeker is of er daadwerkelijk endometriosehaarden aanwezig zijn. Deze waren niet op de MRI zichtbaar en worden dus, als zij er zijn, pas tijdens de laparoscopische operatie gevonden. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan de zorgsituatie van verzoekster in de praktijk mogelijk uitkomen op de door het Zorginstituut genoemde DBC-zorgproductcodes. Echter, op dit moment bestaat geen houvast om op voorhand voor alle door het Zorginstituut genoemde DBC-zorgproductcode akkoord te geven. Afhankelijk van de bevindingen tijdens de operatie kan een hogere DBC-zorgproductcode passend zijn dan de door de ziektekostenverzekeraar genoemde. Dit kan evenwel vanwege het ontbreken van een duidelijke indicatie en operatieplan pas achteraf worden vastgesteld. Als er endometriosehaarden bij het diafragma of de lever aanwezig zijn, dan gaat het om stadium IV/V endometriose. Als er dan uitgebreide chirurgie wordt ingezet, volgt de door het Zorginstituut

genoemde DBC-zorgproductcode 149399056. Als daarentegen tijdens de operatie blijkt dat de endometriosehaarden beperkt zijn tot het bekken, en er geen uitgebreide chirurgie nodig is, dan is DBC-zorgproductcode 149399049 passend. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat dit al een hogere DBC-zorgproductcode is dan wanneer het bij een zuiver diagnostische operatie zonder verwijdering c.q. behandeling zou blijven.

In de situatie van verzoekster wordt pas tijdens de operatie duidelijk welke behandeling nodig is. Het staat dus niet op voorhand vast of en in welke omvang uiteindelijk een operatie dient plaats te vinden bovenop de diagnostische operatie. De ziektekostenverzekeraar ziet daarom geen houvast om nu reeds zijn akkoord te geven voor DBC-zorgproductcode 149399056. Voorafgaand aan de behandeling kan ten aanzien van de thorax DBC-zorgproductcode 029099044 en voor de chirurgische operatie gynaecologie DBC-zorgproductcode 149399049 worden gemachtigd. De DBC-zorgproductcode voor de behandeling van de thorax kan achteraf worden opgehoogd naar 029099032 en de DBC-zorgproductcode voor de gynaecologie naar 149399056.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In de brief van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"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.

Allereerst merkt het Zorginstituut op, zoals verweerder ook constateert, dat door de gynaecoloog uit Londen geen code is gegeven voor de genoemde 'laparoscopische excisie van endometriose van onder het diafragma inclusief de leverregio'. De Engelse codes hebben alleen betrekking op de thoracale diagnostiek en mogelijke behandeling.

Ten tweede is bij verzoekster sprake van diep invasieve of diep infiltrerende endometriose, oftewel endometriose stadium 4 (ook buiten het bekken). In sommige gevallen is hierbij een kijkoperatie (laparoscopie) nodig om de endometriose haarden goed te kunnen zien en behandelen.

Endometriose in de borstholte komt zelden voor. Ook bij deze vorm van endometriose is soms een thoracoscopie noodzakelijk voor de diagnostiek en behandeling. Om die reden zijn er drie poortspecialisten betrokken bij de behandeling van verzoekster; gynaecologie, leverchirurgie en cardiothoracale chirurgie. Uit de Regeling medisch-specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) volgt dat wanneer bij de behandeling van een zorgvraag van een patiënt meer poortspecialisten betrokken zijn als hoofdbehandelaar, elk poortspecialisme, waarvoor sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling, een eigen zorgtraject opent.

Ten derde merkt het Zorginstituut op dat de in de offerte opgenomen verpleegligdagen (twee nachten) slechts eenmaal worden meegenomen bij de berekening van het passende DBC-zorgproduct.

DBC-zorgproducten

Het Zorginstituut heeft bepaald wat de meest passende DBC-zorgproducten zijn bij de voorgestelde behandeling van verzoekster. De gegevens zijn als volgt:

Specialisme 0307 Obstetrie en Gynaecologie

Diagnose 0307.G17 Endometriose

Zorgactiviteit 035587 Laparoscopische of laparotomische behandeling endometriosis, uitgebreide chirurgie in een stadium IV-V.

Zorgactiviteit 190218 verpleegd. 2x.

- Zorgproductcode (DBC) **149399056**

- Declaratiecodes 15C658

- Omschrijving (be)handeling
Uterus en adnex | Oper groep 3 uitgebreid | Urogenitaal vrouwelijk org
- Omschrijving consument
Uitgebreide operatie(s) bij een aandoening van baarmoeder/eierstok/eileider

Specialisme 0303 Chirurgie (Heelkunde)

Diagnose 0303.368 Benigne neoplasma lever

Zorgactiviteiten 035580 Therapeutische laparoscopie, bv. ter opheffing van adhesiolysis, excisie intra-abdominale cysten, endometriose (excl. Bij vruchtbaarheidsproblematiek zie 035581).

- Zorgproductcode (DBC) **028899026**
- Declaratiecodes 15C016
- Omschrijving (be)handeling
Benigne intestinum | Oper intestinum zwaar | Zonder VPLD | Nieuwv benigne spijsvert/gr speekselkl
- Omschrijving consument
Uitgebreide operatie aan het darmkanaal bij een goedaardig of kwaadaardig gezwel of poliep van het spijsverteringsstelsel

Specialisme 0328 Cardiothoracale chirurgie Diagnose 0328.1230 VATS (diagnostisch)

Zorgactiviteit 032670 Video-assisted thoracic surgery (VATS).

- Zorgproductcode (DBC) **029099044**
- Declaratiecodes 15C076/17C076
- Omschrijving (be)handeling
Diagnostische ingreep in de thorax | Zonder VPLD | Nieuwv maligne ademh/intrathor org
- Omschrijving consument
Diagnostische ingreep in de borstkas bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van het ademhalingsstelsel of van andere organen in de borstkas

Of:

Bij excisie tijdens dezelfde ingreep wordt het volgende DBC-zorgproduct afgeleid:

Specialisme 0328 Cardiothoracale chirurgie

Diagnose 0328.1460 VATS (therapeutisch)

Zorgactiviteit 032663 Excisie aandoening thoraxwand met behulp van videoassisted thoracic surgery (VATS, zie 032662 voor thoracoscopisch).

- Zorgproductcode (DBC) **029099032**
- Declaratiecodes 15C070 / 17C070
- Omschrijving (be)handeling
Ther ingreep in de thorax niet zijnde anatomische longresectie | Zonder VPLD | Nieuwv maligne ademh/intrathor org
- Omschrijving consument
Operatieve ingreep in de borstkas bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van het ademhalingsstelsel of andere organen in de borstkas of bij inklemming van de vaatzenuwstreng tussen rib en sleutelbeen

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de volgende DBC-zorgproductcodes het meest passend lijken te zijn bij de voorgestelde behandeling in Londen: 149399056, 028899026, 029099044 (diagnostiek) of 029099032 (behandeling).

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-zorgproductcodes 149399056, 028899026, 029099044 (diagnostiek) of 029099032 (behandeling) het meest passend lijken te zijn bij de voorgestelde behandeling in Londen."

- 5.2. In de brief van 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

Uit de reactie van verweerder op het voorlopig advies blijkt dat verweerder het door het Zorginstituut gekozen DBC-zorgproduct 149399056 niet kan volgen.

Verweerder zou hebben gekozen voor DBC-zorgproduct 149399049 met zorgactiviteit '035580 Therapeutische laparoscopie, bv. ter opheffing van adhesiolysis, excisie intra-abdominale cysten, endometriose (excl. bij vruchtbaarheidsproblematiek zie 035581)'. Volgens verweerder liet de MRI van 2023 geen afwijkingen zien ter hoogte van de pleura en het middenrif. Het is dus niet duidelijk of er endometriose aanwezig is onder het diafragma. Aangezien bij de vorige ingrepen endometriosehaarden zijn verwijderd, is volgens verweerder geen sprake meer van stadium IV/V endometriose.

Het Zorginstituut merkt hierover allereerst op dat de Engelse richtlijn Endometriose van de European Society of Human Reproduction and Embryology vermeldt dat een MRI endometriose niet uitsluit: "(...) MRI in the diagnostic workup for endometriosis, (...) a negative finding does not exclude endometriosis". De behandelend uroloog van het Jeroen Bosch Ziekenhuis schrijft hierover in zijn verslag (ongedateerd, maar geschreven na augustus 2023): "Wel bleven cyclus gebonden klachten in borstholte en ter hoogte van middenrif bestaan. MRI ter opsporing van endometriose haarden aug 2023 liet geen afwijkingen zien ter hoogte van pleura en middenrif. Echter, eerdere endometriose werd bij patiënte ook niet middels MRI aangetoond. Daarnaast is zeker 80% van de endometriose niet op beeldvorming te zien, doch slechts endoscopisch." Daarnaast onderschrijft ook de Engelse behandelend arts de sterke verdenking op endometriose buiten het bekken, dus stadium IV/V. Hij schrijft hierover in het operatieverslag d.d. 15 juli 2022: "We were unable to proceed with diaphragmatic/thoracic investigations in this surgery as the relevant hepatobiliary and thoracic surgeons were unavailable and it would not have been feasible to perform surgery in all 3 areas anyhow in view of the time needed to deal with the severity of disease in the pelvis. This surgery to check underside of diaphragm abdominally and Right VATS will need to be scheduled for another date." Er was dus geen medebehandelend leverchirurg of thoraxchirurg beschikbaar, en er was ook geen operatietijd om de mogelijke diafragma/thorax haarden op te sporen en te behandelen. Hiervoor zou dan ook een nieuwe afspraak gepland moeten worden. Het Zorginstituut maakt hieruit op dat buiten het bekken (lever, thorax) endometriose haarden worden verwacht gezien de blijvende klachten, ook al zijn deze niet aangetoond op een MRI. Dit onderschrijft de keuze voor DBC-zorgproduct 149399056.

Ten tweede ziet verweerder geen reden voor het openen van een apart DBC-zorgproduct voor de leverchirurg. Er is volgens verweerder alleen sprake van 'levermobilisatie' door de chirurg. Verweerder betoogt dat het een ondersteunende verrichting betreft zonder een tweede zorgvraag. Verweerder verwijst daarbij naar de Registratiewijzer van de Federatie Medisch Specialisten (FMS).

Na beschouwing van de uitleg van verweerder, blijkt dat het voor het Zorginstituut in eerste instantie op basis van de beschikbare informatie in het dossier onduidelijk was wat de activiteiten van de leverchirurg precies waren.

Het Zorginstituut betreurt dit. In het onderhavige geschil is de leverchirurg ondersteunend specialist bij de diagnostiek en behandeling van de leverendometriose. De leverchirurg is geen hoofdbehandelaar geweest, zoals is aangegeven in het voorlopig advies. In de Registratiewijzer van de FMS staat:

"Wanneer meerdere specialismen onderdeel uitmaken van het te voeren beleid behorende bij een zorgvraag opent elk specialisme een eigen DBC, tenzij er sprake is van een ondersteunend specialisme." Aangezien de leverchirurg een ondersteunend specialist was, is DBC-zorgproductcode 028899026 niet van toepassing.

Ten derde begrijpt verweerder niet dat het Zorginstituut in het voorlopig advies d.d. 20 augustus 2024 voor één DBC-zorgproduct (029099032) heeft gekozen bij behandeling van de endometriose, en voor de drie DBC-zorgproducten (149399056, 028899026 en 029099044) bij alleen diagnostiek. Het Zorginstituut merkt op dat deze informatie vermoedelijk onjuist geïnterpreteerd is door verweerder. Verweerder lijkt aan te geven, dat er bij de beoogde behandeling van de endometriose slechts één DBC-zorgproduct passend is (029099032). Dit DBC-zorgproduct is echter alleen passend voor de behandeling van de thoraxhaarden, maar niet voor de leverhaarden. In de conclusie van het voorlopig advies d.d. 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aangegeven dat de DBC-zorgproducten 149399056 en 028899026 (voor de leverhaarden) het meest passend zijn. Daarnaast is het passende DBC-zorgproduct voor diagnostiek van de thorax 029099044, en voor behandeling van de thorax 029099032. Zoals hierboven reeds opgemerkt vervalt DBC-zorgproduct 028899026 echter, wat maakt dat in totaal twee DBC-zorgproducten van toepassing zullen zijn: 149399056 en 029099044 (in het geval van diagnostiek van de thorax) of 029099032 (in het geval van behandeling van de thorax).

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de volgende DBC-zorgproductcodes het meest passend lijken te zijn bij de voorgestelde behandeling in Londen: 149399056 en 029099044 (in het geval van diagnostiek van de thorax) of 029099032 (in het geval van behandeling van de thorax).

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-zorgproductcodes 149399056 en 029099044 (diagnostiek van de thorax) of 029099032 (behandeling van de thorax) het meest passend lijken te zijn bij de voorgestelde behandeling in Londen."

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 A.22. 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 alsmede de artikelen SSC.3 en SSC.18 van het Protocol on Social Security Coordination zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een behandeling in Londen, Verenigd Koninkrijk. Het Verenigd Koninkrijk is geen lidstaat van de Europese Unie. Met ingang van 1 januari 2021 is sprake van de Trade and Cooperation agreement tussen het Verenigd Koninkrijk van Groot-Brittannië en Noord-Ierland en de Europese Unie. Onderdeel hiervan vormt het Protocol on Social Security Coordination. Blijkens artikel SSC.3 ziet het protocol ook op prestaties bij ziekte. Als er sprake is van planbare zorg, dan geldt artikel SSC.18. Deze

bepaling is min of meer gelijklopend aan artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, de verordening die van toepassing is binnen de Europese Unie.

- 7.3. Volgens artikel SSC.18 heeft de verzekerde nadat deze van het bevoegde orgaan, in dit geval de ziektekostenverzekeraar, daarvoor toestemming heeft gekregen, recht op de vergoedingen zoals deze worden gegeven door het orgaan van verblijfplaats van verzekerde en alsof verzekerde volgens die wetgeving verzekerd was. De gegeven vergoedingen komen voor rekening van het bevoegde orgaan, dus van de ziektekostenverzekeraar. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de staat waar de betrokkene woont voorziet, en die behandeling hem, gelet op diens gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde staat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. De commissie merkt op dat het niet de bedoeling van het protocol is om het verzekerde pakket uit te breiden.
- 7.4. De commissie stelt vast dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling om toestemming heeft gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen document op basis van het protocol afgegeven, omdat volgens hem niet is gebleken dat verzoekster niet tijdig in Nederland kan worden behandeld. Verzoekster is hier niet tegen opgekomen, waaruit de commissie concludeert dat zij geen gebruik kan of wil maken van de mogelijkheid van vergoeding volgens de voorwaarden van de Engelse sociale ziektekostenverzekering. Partijen zijn uitsluitend verdeeld over de dekking van de zorgverzekering en de in dat kader van toepassing zijnde DBC-zorgproductcodes. Met betrekking tot de vergoeding op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt het volgende.
- 7.5. Op grond van artikel B.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Uit artikel B.2.1. van de desbetreffende voorwaarden blijkt dat een akkoordverklaring zoals bedoeld in artikel A.18. nodig is voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij een verzekerde minimaal één nacht wordt opgenomen (intramurale zorg), die op de "Lijst aanvragen zorg buitenland" staat (extramurale zorg), en waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. Tussen partijen is niet in geschil dat voor de aangevraagde behandeling een akkoordverklaring zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering nodig is en dat verzoekster hierover beschikt.
- 7.6. Door de ziektekostenverzekeraar is uiteindelijk verklaard dat aan de hand van de beschikbare informatie, te weten het behandelplan en de offerte, de DBC-zorgproductcodes 149399049 en 029099044, waarbij DBC-zorgproductcode 149399049 kan worden opgehoogd naar 149399056 en 029099044 naar 029099032, het meest passend zijn. Verder heeft hij toegezegd dat hij in ieder geval vergoeding verleent conform DBC-zorgproductcodes 029099045 en 149399049. DBC-zorgproductcode 029099045 heeft als omschrijving: "*diagnostische ingreep in de borstkas tijdens een ziekenhuisopname bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van het ademhalingsstelsel of van andere organen in de borstkas*". DBC-zorgproductcode 149399049 heeft als omschrijving: "*operatieve ingreep bij een aandoening van baarmoeder of eierstok of eileider*". Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099032 mogelijk van toepassing, maar kan dit pas tijdens de behandeling worden bepaald. Verzoekster meent dat de DBC-zorgproductcodes 029099029 en 149399056 passender zijn. Tevens kan voorafgaand aan de behandeling in ieder geval worden vastgesteld dat ook DBC-zorgproductcode 029099044 als parallelle DBC van toepassing is. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat hij reeds akkoord heeft gegeven voor een operatieve DBC-zorgproductcode voor de thorax, namelijk 029099045. Volgens hem is het dan niet mogelijk om daarnaast akkoord te geven voor DBC-zorgproductcode 029099044, aangezien dit een DBC-zorgproductcode betreft voor een diagnostische DBC, voor dezelfde diagnose en in de dezelfde periode als de operatieve DBC-zorgproductcode (029099045).
- 7.7. Op verzoek van de commissie heeft het Zorginstituut uiteengezet welke DBC-zorgproductcodes in de situatie van verzoekster het meest passend zijn. In zijn brief van 20 augustus 2024 concludeert het Zorginstituut dat op basis van de beschikbare informatie de DBC-zorgproductcodes

149399056, 028899026, 029099044 (diagnostiek) of 029099032 (behandeling) het meest passend lijken te zijn. In zijn brief van 9 januari 2025 concludeert het Zorginstituut dat, in afwijking van hetgeen hij in zijn brief van 20 augustus 2024 heeft verklaard, de DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099044 (diagnostiek van de thorax) of 029099032 (behandeling van de thorax) het meest passend lijken te zijn. Het Zorginstituut heeft hierbij toegelicht dat de eerder genoemde DBC-zorgproductcode 028899026 toch niet van toepassing is, omdat de leverchirurg geen hoofdbehandelaar, maar een ondersteunend specialist is.

De commissie merkt op dat deze DBC-zorgproductcodes niet (volledig) overeenkomen met de door verzoekster en de ziektekostenverzekeraar genoemde. Hetgeen partijen ter verklaring van het verschil hebben aangevoerd, overtuigt niet. Zo is de verwijzing, door verzoekster, naar de Engelse declaratiesystematiek in dit kader niet relevant. Toepassing van deze systematiek zou alleen aan de orde zijn indien vergoeding plaats had op basis van de Engelse sociale ziektekostenverzekering, dus op grond van het protocol. Hiervoor werd geconcludeerd dat de toepasselijkheid daarvan geen onderwerp vormt van deze procedure. Het naast elkaar openen van DBC's voor diagnostiek en voor behandeling is niet mogelijk, zodat de DBC-zorgproductcodes 029099044 en 029099045 niet beide bij dezelfde diagnose en in dezelfde periode kunnen voorkomen.

Volgens de ziektekostenverzekeraar kan niet op voorhand worden vastgesteld dat de door het Zorginstituut genoemde DBC-zorgproductcode 149399056 van toepassing is, omdat de MRI van 2023 geen endometriosehaarden buiten het bekkengebied liet zien. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar hierin niet. Dit geldt ook voor zijn stelling dat geen sprake meer is van stadium IV/V endometriose, omdat bij vorige ingrepen de endometriose haarden zijn verwijderd. Het Zorginstituut heeft in dit verband gewezen op de Engelse richtlijn Endometriose van de European Society of Human Reproduction and Embryology waarin wordt vermeld dat een MRI endometriose niet uitsluit. Dit is ook de ervaring van verzoekster; eerdere endometriose werd op de MRI kennelijk niet vastgesteld. Het Zorginstituut maakt daarnaast uit de informatie van de behandelend artsen op dat buiten het bekken (lever, thorax) endometriose haarden worden verwacht gezien de blijvende klachten, ook al zijn deze niet aangetoond op een MRI.

Gelet op het voorgaande ziet de commissie geen reden om van hetgeen het Zorginstituut in zijn brief van 9 januari 2025 heeft geconcludeerd af te wijken. Dit betekent dat voor de in London uit te voeren diagnostiek vooralsnog de DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099044 in de situatie van verzoekster het meest passend zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft er om hem moverende redenen voor gekozen goedkeuring te geven voor DBC-zorgproductcode 029099045 in plaats van 029099044. Op basis van deze code krijgt verzoekster een hogere vergoeding. De commissie ziet geen aanleiding dit te corrigeren.

Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar niet de juiste DBC-zorgproductcodes heeft gehanteerd, ziet de commissie grond te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

- 7.8. Verzoekster heeft een combinatiepolis afgesloten. Dit betekent dat zij zowel aanspraak kan hebben op zorg en andere diensten (natura) als op vergoeding van de kosten van zorg en andere diensten (restitutie). Artikel B.4.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering, dat ziet op medisch specialistische zorg met opname, is gebaseerd op restitutie. De door verzoekster aangevraagde behandeling betreft medisch specialistische zorg. Dit betekent dat het aan de ziektekostenverzekeraar is om, met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering en de jurisprudentie van de commissie, het marktconforme tarief zoals bedoeld in artikel 2.2 Bzv, behorende bij de DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099045 te bepalen en hiervoor vergoeding te verlenen.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar ter zake van de diagnostiek in London vooralsnog gehouden is het marktconforme tarief voor de DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099045 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 4 maart 2025,

H.A.J. Kroon

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

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.

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.

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG-VERZEKERING

B.1. Vervallen

B.2. Buitenlandzorg

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);
- die op de "Lijst aanvragen zorg buitenland". staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

Voorbeeld:

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

kunnen wij u vertellen:

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

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

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

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);

- die op de "Lijst aanvragen zorg buitenland" staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Huisartsenzorg omvat onder andere:

- gezondheidsadviesing en preventieve zorg zoals stoppen met roken (zie artikel B.21.2.), problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;
- behandeling;
- diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- aanvraag van een MRI voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg, dit omvat een preconceptieconsult op verzoek van de verzekerde. Het betreft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden, infectierisico, sociaaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene medische onderwerpen zoals medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten/vaccinaties;
- ketenzorg, als sprake is van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM) bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.De zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden. Consulten kunnen ook

- De koemelkallergietest wordt uitgevoerd door een zorgverlener die werkt onder de verantwoordelijkheid van een jeugdarts en waarmee wij schriftelijke afspraken hebben gemaakt over het uitvoeren van deze test.
- De individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten wordt uitgevoerd door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG). Dit is bijvoorbeeld een arts infectieziektenbestrijding in dienst van een GGD.
- Het inbrengen van een spiraaltje (IUD)/implanteren of verwijderen implanonstaafje kan, naast de huisarts, ook worden gedaan door een verloskundige die geregistreerd is op de bekwaamheidslijst van de KNOV. Zie artikel B.5.1. Verloskundige zorg.
- De overige huisartsenzorg wordt geleverd door of onder de verantwoordelijkheid van een huisarts.

Verwijzing

U bent voor aanvang verwezen door een huisarts of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

B.3.3. Huisarts voor GGZ zorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

Let op!

- De zorg omvat niet een psychische of psychiatrische stoornis waarvoor behandeling nodig is in de Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg GGZ (zie artikel B.19.) De huisarts kan in die gevallen dan doorverwijzen.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

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

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

Zorgverlener

Bij voorkeur wordt een huisarts ondersteund door de Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ, (POH GGZ) als hij zorg bij lichte psychische klachten verleent.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

B.3.4. Huisarts en Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, bent u verzekerd voor huisartsenzorg in de vorm van gecombineerde leefstijl interventie (GLI) vanaf een matig verhoogd gewicht gerelateerd gezondheidsrisico (GGR). De zorg is gericht op een gedragsverandering om daarmee een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden.

De zorg bestaat uit een combinatie van:

- advies en begeleiding bij voeding en eetgewoontes;
- advies en begeleiding bij gezond bewegen (het aanzetten en motiveren tot bewegen, het monitoren van de voortgang, het verwijzen naar beweegaanbod in het sociale domein);
- advies en begeleiding bij (het aanzetten tot) blijvende gedragsverandering gericht op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl;
- zorginhoudelijke terugkoppeling naar de verwijzende zorgverlener over de voortgang;
- evaluatie met een inventarisatie van uw wensen voor een mogelijke onderhoudsfase.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg in dit artikel omvat niet:
 - het (begeleiden bij) daadwerkelijk bewegen of sporten;
 - dagbehandeling en/of opname;
 - een zorgprogramma voor kinderen.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- U heeft voor dezelfde indicatie zonder dat er

sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek (zie artikel B.11.) in combinatie met het zorgprogramma GLI.

- Als het zorgprogramma begint als u bij ons verzekerd bent, bestaat de aanspraak op de zorg of de vergoeding ervan voor het gehele programma, ook als u tijdens het programma overstapt naar een andere zorgverzekeraar. U kunt het zorgprogramma dat u op onze kosten 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 behandelfase volledig heeft doorlopen.
- U heeft ten minste een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR), mede bepaald door de Body Mass Index (BMI). U heeft een indicatie voor de zorg als u:
 - een BMI heeft vanaf 30 kg/m²; of
 - een BMI heeft vanaf 25 kg/m² en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM type II gebaseerd op de zorgstandaarden CVRM, Obesitas, en Diabetes; of
 - een BMI heeft vanaf 25 kg/m² 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);
- het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF);
- de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF); of
- het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)

verleent in afstemming met en terugkoppeling aan 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 heeft 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;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (zie artikel B.19.);
- 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 -advisering (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (zie artikel B.4.14.);
- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Echoscopie (zie artikel B.5.2.);
- Prenatale screening (zie artikel B.5.3.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg 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);
- o het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
 - o behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 - o sterilisatiebehandelingen;
 - o behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
 - o een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
 - o correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
 - o parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
 - o behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

Let op!

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

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

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar 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 zorg 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 heeft 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.