

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202400247

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen verzekerde, vertegenwoordigd door D te B,

en

Anderzorg N.V. te Wageningen hierna te noemen: de zorgverzekeraar

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 19 april 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 april 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 5 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 juni 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 8 juli 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024022926) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum aan partijen gezonden. Bij brief van 14 juli 2024 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gestuurd.
- 1.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 28 augustus 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Bij e-mailbericht van 28 augustus 2024 heeft verzoekster aan de commissie de nota's en betaalbewijzen van de No-Tube behandeling en de accommodatie alsmede een overzicht van de reiskosten gestuurd. Kopieën van deze stukken zijn op 29 augustus 2024 aan de zorgverzekeraar gezonden. De zorgverzekeraar heeft op 4 september 2024 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op dezelfde dag aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft de commissie, eveneens op 4 september 2024, de originele nota's toegezonden en de zorgverzekeraar gevraagd een verzoek tot tarifiering te doen. Een kopie van deze reactie is op 5 september 2024 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 1.6. Bij brief van 3 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar de commissie geïnformeerd over de uitkomst van het verzoek tot tarifiering dat hij had ingediend bij het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering. Een kopie van deze brief is op 7 oktober 2024 aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft op 23 oktober 2024 gereageerd. Een

kopie van deze reactie is op 30 oktober 2024 aan de zorgverzekeraar gezonden. Bij brief van 7 november 2024 heeft de commissie nadere vragen gesteld aan de zorgverzekeraar. Bij brief van 21 november 2024 heeft de zorgverzekeraar deze vragen beantwoord. Een kopie van zijn reactie is op 22 november 2024 aan verzoekster gestuurd.

- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de na de zitting ontvangen stukken zijn op 22 november 2024 aan het Zorginstituut gezonden. De commissie heeft het Zorginstituut nadere vragen gesteld en heeft verzocht haar mee te delen of het voorlopig advies van 18 augustus 2024 aanpassing behoeft. Bij definitief advies van 17 december 2024 heeft het Zorginstituut de vragen van de commissie beantwoord. Een kopie hiervan is op 19 december 2024 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft op 9 januari 2025 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op dezelfde datum aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gereageerd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzekerde is prematuur geboren en vanaf haar geboorte aangewezen op sondevoeding. Om haar hiervan af te helpen heeft zij in december 2022 een behandeling gehad bij de No-Tube Eat Campus in Graz, Oostenrijk.
- 2.3. Verzoekster heeft, voorafgaand hieraan, op 15 november 2022 een aanvraag voor de behandeling ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 2.4. Bij brief van 28 december 2022 heeft de zorgverzekeraar de aanvraag afgewezen.
- 2.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 24 juli 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 8 juli 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 14 augustus 2024 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 17 december 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

## 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de No-Tube behandeling van verzekerde bij de No-Tube Eat-Campus in Graz te vergoeden. Ter zitting heeft zij haar verzoek uitgebreid en tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de reis- en verblijfskosten.
- 3.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd dat zij van mening is dat de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt en daarom door de zorgverzekeraar dient te worden vergoed. Vanuit de gemeente wordt aangegeven dat de behandeling niet onder de Jeugdwet valt omdat de moeilijkheden rondom het eten niet voortkomen uit een psychosociaal probleem. Er is sprake van een medische grondslag en de behandeling vindt plaats in een medische setting onder de eindverantwoordelijkheid van een kinderarts. Een hongerprovocatiebehandeling in Nederland valt ook onder de dekking van de zorgverzekering. Onderdeel van de behandeling is het operatief verwijderen van de neus-maagsonde. Dit betreft een medische behandeling.

- 3.3. De vereniging Nee-Eten! heeft een advocatenkantoor verzocht te onderzoeken in welke mate verzekeraars binnen het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel gehouden zijn de behandeling voor zogeheten hongerprovocatie/hongerinductie in het buitenland (en in het bijzonder de No-Tube behandeling) te vergoeden. Verzoekster heeft de juridische analyse van 1 augustus 2023 meegestuurd. De conclusie van deze analyse is dat hongerprovocatie onder de Zorgverzekeringswet valt, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat daarop in Nederland aanspraak bestaat. Uit de Patiëntenrichtlijn volgt dat, gezien het Europeesrechtelijk vrije verkeer van diensten, verzekerden die in Nederland aanspraak kunnen maken op vergoeding voor een zorgprestatie, deze zorg óók in een andere Europese lidstaat mogen ontvangen. Nederlandse verzekeraars zijn dan vervolgens gehouden die zorg te vergoeden, en wel tot het Nederlandse marktconforme tarief. Dit betekent dat deze verzekeraars de klinische behandeling hongerprovocatie/No-Tube behandeling in Oostenrijk moeten vergoeden tot het tarief dat voor dezelfde behandeling in Nederland zou gelden.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster desgevraagd verklaard dat de totale kosten van de behandeling € 9.720,- bedragen. Daarnaast zijn er reis- en verblijfskosten gemaakt. Verzoekster vraagt de commissie deze kosten mee te nemen als onderdeel van haar verzoek.
- 3.5. Verzoekster heeft de commissie met haar e-mailbericht van 4 september 2024 de originele nota's toegestuurd (met een totaalbedrag van € 9.720,-) en hierbij aangegeven dat zij niet akkoord kan gaan met de door de zorgverzekeraar voorgestelde vergoeding op basis van de zorgverzekering. Zij verzoekt de zorgverzekeraar over te gaan tot tarifiering.
- 3.6. Verzoekster heeft bij brief van 3 oktober 2024 gereageerd op de uitkomst van de tarifiering. Zij vraagt zich af of door de zorgverzekeraar de juiste zorgproductcode en declaratiecode zijn geselecteerd. Daarnaast zou zij inzicht willen hebben in de vraag die is gesteld aan het Austrian Health Insurance Fund Styria, omdat door No-tube wordt aangegeven dat de kosten van de zorg wel degelijk worden vergoed door een Oostenrijkse verzekering. Andere verzekerden hebben van de zorgverzekeraar wel een volledige vergoeding ontvangen voor dezelfde behandeling. Verzoekster had verwacht dat op basis van het advies van het Zorginstituut volledige vergoeding van de kosten van de behandeling van verzekerde zou volgen.
- 3.7. Bij brief van 8 januari 2025 heeft verzoekster, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, verklaard dat zij zich kan vinden in dit advies wat betreft de reis- en verblijfskosten. Zij is het echter niet eens met de vergoeding van de zorgverzekeraar voor de behandeling en vindt het grote verschil met de werkelijk gemaakte kosten onredelijk. Er zijn voor de zorgverzekeraar ook kosten bespaard doordat verzekerde geen verdere behandelingen in Nederland heeft gehad.

#### 4. **Standpunt zorgverzekeraar**

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft aanvankelijk verklaard dat hij niet gehouden is de behandeling van verzekerde te vergoeden. Hij heeft hiertoe in de brief van 24 juli 2023 aangevoerd dat de aangevraagde zorg niet onder de Zorgverzekeringswet maar onder de Jeugdwet valt. Er is een psychologisch/pediatrisch traject gevolgd voor de eet-problematiek van verzekerde. Het feit dat er een kinderarts meekijkt bij de psychologische behandeling maakt niet dat er een aanspraak is op grond van de Zorgverzekeringswet. De behandeling, inclusief het verwijderen van de sonde, vond plaats in het GGZ-domein. In de brief van 19 maart 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen verwijst de zorgverzekeraar naar een recente uitspraak door het Kenniscentrum GGZ van Zorgverzekeraars Nederland, waarin actuele situaties en vergoedingskaders worden besproken met meerdere verzekeraars. Op 27 september 2023 is hierin het volgende kader geschetst:

*"Een kinderarts in Oostenrijk is veelal ingeschreven in twee registers: als kinderarts en als psychotherapeut. Daardoor is het mogelijk dat de betrokken kinderarts in het domein van de GGZ*

*werkzaam is, waardoor de gehele behandeling een gedragsmatige insteek heeft. Daardoor is het in de ogen van het KC GGZ een verzekerde prestatie in de wet op de jeugdzorg. Ervan uitgaande dat (in Nederland) een somatische oorzaak is uitgesloten, heeft een verdere behandeling een gedragsmatige insteek. Dat er in bepaalde situaties specialistische behandelingen moeten worden verricht, maakt niet dat het gehele traject dan een MSZ prestatie wordt. Vanuit die wetenschap wordt een (honger) provocatietest gebruikt om interne sensatie op te wekken."*

In de brief van 5 juni 2024, gericht aan de commissie, is hieraan toegevoegd dat de No-Tube behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en hiermee niet behoort tot het verzekerde pakket. De zorgverzekeraar verwijst naar een advies van het Zorginstituut van 14 juni 2023 (2023O20678) waarin het Zorginstituut na literatuuronderzoek heeft geconcludeerd dat de behandeling niet voldoet aan voornoemd criterium. Hiermee is de behandeling geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.

De zorg is in Oostenrijk verleend. Op grond van de Europese richtlijnen is de zorgverzekeraar gehouden verzekerde zorg te vergoeden die in een andere EU-lidstaat wordt verkregen. Nu evenwel geen sprake is van verzekerde zorg, bestaat geen aanspraak op vergoeding en kan niet worden gesproken van een beperking van het vrije verkeer van diensten.

- 4.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat het advies van het Zorginstituut wordt opgevolgd en het standpunt dat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk niet langer wordt gehandhaafd. De zorgverzekeraar zal na ontvangst van de nota's van de behandeling en de reis- en verblijfskosten beoordelen wat dit betekent voor de hoogte van de vergoeding. Normaliter bestaat in een dergelijke situatie geen aanspraak op vergoeding van de reis- en verblijfskosten.
- 4.3. Bij brief van 4 september 2024 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat op basis van de toegestuurde informatie de zorgproductcode 990416014 met declaratiecode 14D982 aan de behandeling is gekoppeld. Dit betekent dat een bedrag van ongeveer € 1.123,42 aan verzoekster kan worden vergoed. Het exacte bedrag kan worden bepaald na ontvangst van de originele nota's.
- 4.4. Bij brief van 3 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie de uitkomst van het tarifieringsverzoek meegedeeld. Het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan heeft aangegeven dat op grond van de sociale ziektekostenverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding. Dit betekent dat vergoeding alleen op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering kan plaatsvinden.
- 4.5. Bij brief van 21 november 2024 heeft de zorgverzekeraar inzicht gegeven in de gegevens die door hem zijn ingevuld en de bijlagen die zijn meegestuurd met het verzoek tot tarifiering bij het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan. De zorgverzekeraar herkent zich niet in de stelling van verzoekster dat andere verzekerden wel een volledige vergoeding hebben gekregen voor de in Oostenrijk verkregen zorg. No-Tube is een niet gecontracteerde zorgaanbieder en de vergoeding wordt niet rechtstreeks aan deze zorgaanbieder betaald. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar tot aan het onderhavige geschil steeds het standpunt ingenomen dat de zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering, omdat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De zorgverzekeraar merkt verder op dat, naar aanleiding van een recent advies van het Zorginstituut, hij zijn standpunt ten aanzien van de te hanteren zorgproductcode en declaratiecode wijzigt. De zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 is het meest passend bij deze behandeling. Dit leidt tot een vergoeding van € 1.760,88.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 8 juli 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### "Beoordeling

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

### Domein

*Voor de beantwoording van de vraag of sprake is van somatisch medisch-specialistische zorg of psychologische zorg zijn twee standpunten van het Zorginstituut relevant:*

#### 1 Multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische voedselweigerings (2010)

*Uit dit standpunt blijkt dat de gebruikelijke behandeling van kinderen met chronische voedselweigerings bestaat uit een combinatie van 'medische' interventies en gedragstherapeutische technieken. Deze behandeling is een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw. De behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en is zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. De eindverantwoordelijkheid berust bij een medisch specialist (in onderhavig geschil is dit de kinderarts). De onderzochte behandeling is voorbehouden aan kinderen die de meest ernstige vormen van voedselweigerings hebben ontwikkeld en bij wie minder intensieve interventies onvoldoende resultaat hebben gehad. De interventie behelst de laatste trede in een stepped care behandeling en moet altijd vooraf zijn gegaan door behandeling in een voor het kind gebruikelijke setting.*

#### 2 Kindergeneeskunde, de afbakening tussen de Jeugdwet en Zorgverzekeringswet (2015)

*Als de voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd het gevolg zijn van een onderliggende somatische oorzaak dan valt de diagnostiek en behandeling van de stoornis onder het domein somatisch medisch-specialistische zorg en daarmee onder de Zvw. Als voedingsstoornissen een gedragsmatige oorzaak hebben dan zal een kind in eerste instantie naar een kinderarts worden verwezen om een somatische oorzaak uit te sluiten. Deze diagnostiek valt onder de Zvw. Als de kinderarts somatische oorzaken uitsluit dan kan er sprake zijn van een psychische stoornis. Een jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog zal de diagnostiek en behandeling dan uitvoeren. Deze zorg valt onder de jeugd-GGZ en daarmee onder de Jw.*

*De door NoTube aangeboden therapie is enerzijds somatisch: voedingsadviezen, diëtetiek, verwijderen sonde, bijhouden gewicht en andere fysieke kenmerken. Anderzijds is de therapie psychotherapeutisch: aanmoediging, ontwikkelen van autonomie, plezier en samenwerking door middel van therapeutische sessies (o.a. het opdoen van zintuigelijke ervaringen rondom eten tijdens speelpicknicks). Op basis van de genoemde standpunten zijn het hoofd van het behandelteam, de oorsprong van de ziekte (psychisch of somatisch) en de ernst van de somatiek, leidend voor de vraag of de behandeling onder de Zvw of de Jw valt. Onder de Zvw valt geneeskundige zorg onder leiding van een kinderarts, waarbij de oorsprong van de ziekte somatisch is of de ernst van de somatiek dermate ernstig is dat, de in oorsprong psychische eetstoornis, wordt behandeld onder de supervisie van een kinderarts. In geval van verzekerde is de sondeafhankelijkheid niet gerelateerd aan psychische problematiek, maar is de oorsprong somatisch; een neveneffect van langdurige enterale voeding als gevolg van extreme prematuriteit.*

*De gebruikelijke behandeling van kinderen met chronische voedselweigerings bestaat uit een combinatie van 'medische' interventies en gedragstherapeutische technieken. De NoTube behandeling voldoet hieraan. De behandeling is voorafgegaan door behandeling in een voor het kind gebruikelijke setting. Er is dus sprake van stepped care. De NoTube behandeling kan worden*

gezien als een 'last resort' voor kinderen bij wie andere, minder intensieve behandelingen niet het gewenste resultaat hebben opgeleverd. De kinderarts is eindverantwoordelijk voor de behandeling.

In geval van verzekerde gaat het om voedings- en eetstoornissen die ontstaan zijn op zuigelingenleeftijd, waarbij sprake is van een onderliggende somatische oorzaak (prematuuriteit). In dat geval valt de diagnostiek en behandeling van de stoornis onder het domein somatisch medisch-specialistische zorg en daarmee onder de Zvw.

#### Stand van de wetenschap en praktijk

Volgens verweerder voldoet het NoTube behandelprogramma niet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Ter onderbouwing hiervan verwijst verweerder naar een eerder advies van het Zorginstituut.

In voornoemd advies ging het om de vraag of het NoTube Netcoaching programma (telemedical tube weaning program) voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het online NoTube programma is een vorm van 'netcoaching' op afstand, in tegenstelling tot behandeling 'on-site' bij voedingssonde (tube) afhankelijkheid bij kinderen. Het Zorginstituut heeft in het advies beoordeeld dat het NoTube Netcoaching programma niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk', omdat de meerwaarde van dit programma ten opzichte van de gebruikelijke behandeling niet is aangetoond. In het geval van verzekerde gaat het echter niet om het online NoTube programma. Er heeft een klinische opname plaatsgevonden, waarbij verzekerde heeft deelgenomen aan de 'on-site treatment for tube weaning' van de NoTube kliniek in Graz. Gezien het standpunt uit 2010 voldoet het 'on-site' NoTube programma, waarbij sprake is van een multidisciplinaire klinische behandeling onder eindverantwoordelijkheid van een kinderarts, aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

#### Redelijkerwijs aangewezen op

Verzekerde is in Nederland geruime tijd onder behandeling geweest. Deze minder intensieve interventies hebben onvoldoende resultaat gehad. Eerdere pogingen om verzekerde van de sondevoeding af te halen, mislukten. Gezien de behandelgeschiedenis van verzekerde kan worden gesteld dat deelname aan het 'on-site' NoTube programma geldt als een 'last resort' in het kader van een stepped care behandeling, waarop verzekerde redelijkerwijs was aangewezen.

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat sprake is van somatisch medisch-specialistische zorg ondersteund door psychologische zorg. Deze zorg komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de Zvw. Het 'on-site' NoTube behandelprogramma, waarbij sprake is van een multidisciplinaire klinische behandeling onder eindverantwoordelijkheid van een kinderarts, voldoet tevens aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. In geval van verzekerde is daarnaast sprake van stepped care, waardoor zij redelijkerwijs is aangewezen op de zorg in geschil. Verzoekster kan derhalve aanspraak maken op vergoeding van het 'on-site' NoTube behandelprogramma in Graz, ten laste van de basisverzekering.

#### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het 'on-site' NoTube behandelprogramma maakt onderdeel uit van het basispakket en verzekerde is hier redelijkerwijs op aangewezen."

- 5.2. In aanvulling op het voorlopig advies van 8 juli 2024 heeft het Zorginstituut bij brief van 14 augustus 2024 voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft op 8 juli 2024 een advies uitgebracht in een geschil over een behandelprogramma bij de No-Tube Eat Campus in Graz, Oostenrijk. In dit geschil heeft het Zorginstituut beoordeeld of sprake is van somatisch medisch-specialistische zorg of psychologische zorg. De conclusie is dat diagnostiek en behandeling van de stoornis onder het domein van de somatisch medisch-specialistische zorg en daarmee onder de Zvw valt.



Vervolgens heeft het Zorginstituut beoordeeld of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut was ten tijde van het schrijven van het voorlopig advies in de veronderstelling dat het 'on-site' NoTube behandelprogramma een klinische behandeling betreft. Naar aanleiding van een ander geschil over dezelfde behandeling heeft het Zorginstituut ontdekt dat het 'on-site' NoTube behandelprogramma een poliklinische behandeling is. Patiënten verblijven tijdens de behandeling in een appartement in de buurt van de kliniek, en zijn niet opgenomen in een zorginstelling. Het Zorginstituut merkt op dat dit geen gevolgen heeft voor de conclusie van het voorlopig advies, waar 'klinisch' staat kan 'poliklinisch' gelezen worden.

Verzekerde is poliklinisch behandeld, waarbij verzekerde heeft deelgenomen aan de 'on-site treatment for tube weaning' van de NoTube kliniek in Graz. Deze behandeling vindt deels op locatie en deels online plaats, waarbij vooral de voor en de nazorg online plaatsvindt. Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat verzekerde niet het online Netcoaching programma van NoTube heeft gevolgd, waarvan het Zorginstituut in een eerder geschil heeft geoordeeld dat het niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. Zoals aangegeven in het voorlopig advies d.d. 8 juli 2024 over dit geschil, voldoet het 'on-site' NoTube programma, waarbij sprake is van een multidisciplinaire behandeling onder eindverantwoordelijkheid van een kinderarts, aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dat deze behandeling niet klinisch maar poliklinisch is gegeven, maakt dit niet anders."

- 5.3. In het definitief advies van 17 december 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"DBC-zorgproductcode

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.

Verzekerde is poliklinisch behandeld, waarbij verzekerde heeft deelgenomen aan de 'on-site treatment for tube weaning' van de NoTube kliniek in Graz. Deze behandeling vindt deels op locatie en deels online plaats. Het Zorginstituut heeft bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzekerde. De gegevens zijn als volgt:

- Geldigheidsperiode 2022
- Specialisme 0316 Kindergeneeskunde
- Diagnose 0316.7604 Eetstoornissen
- Zorgtype 11 Reguliere zorg
- Zorgvraag 0316.061 Kind
- Leeftijd 1, geslacht vrouw

De verrichte zorgactiviteiten betreffen:

- 190090 Dagverpleging (14 keer)

Op basis van bovenstaande gegevens wordt DBC-zorgproductcode 991216004 gevonden met omschrijving Diagnose psychisch/ gedrag overig | Poli >6/ Dag > 1 Kindergeneeskunde psychosociaal en declaratiecode 14E273.

Reis- en verblijfskosten

Verzoekster vraagt om vergoeding van de reis- en verblijfskosten. Het dossier bevat geen afschriften van de gemaakte reis- en verblijfskosten. Verblijfskosten worden vergoed vanuit de basisverzekering als er sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg, zoals bedoeld in art. 2.12, lid 1, van het Bzv. In geval van de NoTube-behandeling in Oostenrijk is geen sprake van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg, het betreft een poliklinische behandeling. Verblijfskosten komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Daarnaast heeft verzoekster om vergoeding van de reiskosten gevraagd. Het Zorginstituut merkt op dat reiskosten geen onderdeel uitmaken van het basispakket. Enkel vervoer zoals bedoeld in art. 2.14, lid 1, van het Bzv komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

*Verzekerde behoort niet tot de genoemde indicatiegroepen in dit artikel. De gedeclareerde reiskosten kunnen derhalve niet worden vergoed ten laste van de basisverzekering.*

#### Conclusie

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Oostenrijk. De gemaakte reis- en verblijfskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.*

#### Advies

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:*

- *Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding van de behandeling brengt het Zorginstituut geen advies uit en merkt het Zorginstituut alleen op dat DBC-zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Oostenrijk.*
- *De gemaakte reis- en verblijfskosten die verband houden met de behandeling van verzekerde in Oostenrijk komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."*

## 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.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg, de 'stand van de wetenschap en praktijk', het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en de voorrangsbepaling almede artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009 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 zorgverzekeraar toestemming gevraagd voor een No-Tube behandeling ten behoeve van verzekerde in Graz, Oostenrijk - een andere EU-lidstaat - bestaande uit twee weken poliklinische behandeling ter plaatse en online nazorg begeleiding ("two weeks intensive, on-site treatment for tube weaning with telemedical aftercare"). Er is sprake van planbare zorg en hierop ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. De zorgverzekeraar heeft toestemming geweigerd omdat (i) de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en (ii) het zorg betreft die in Nederland onder de Jeugdwet valt, zodat de voorrangsbepaling van artikel 2.1, eerste lid, Bzv van toepassing is.

De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering is beoogd. De verwijzing, door verzoekster, naar het vrije verkeer van diensten en de zogenoemde Patiëntenrichtlijn treft daarom alleen doel voor zover sprake is van zorg die valt onder de dekking van de zorgverzekering en waarvan de kosten niet ten laste van een andere wettelijke regeling komen.

#### *Stand van de wetenschap en praktijk*

- 7.3. Gelet op het door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt onder (i) zal de commissie in de eerste plaats beoordelen of de No-Tube behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld op pagina 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering onder het kopje



'De inhoud en omvang van de zorg'. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.

- 7.4. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezochte en geselecteerde evidence op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

- formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
- systematische literatuursearch;
- samenvatten van de evidence;
- beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
- van evidence naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

- 7.5. Het Zorginstituut komt in het advies van 8 juli 2024 tot de conclusie dat de 'on site' No-Tube behandeling in Oostenrijk, waarbij sprake is van een multidisciplinaire klinische behandeling onder eindverantwoordelijkheid van een kinderarts, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hiertoe wordt verwezen naar het standpunt 'Multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische voedselweigering' uit 2010. Uit dit standpunt volgt dat de gebruikelijke behandeling van kinderen met chronische voedselweigering bestaat uit een combinatie van medische interventies en gedragstherapeutische technieken onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Dit is een verzekerde prestatie op grond van de Zvw. Daarnaast is verzekerde redelijkerwijs op de zorg aangewezen nu de behandeling is voorafgegaan door minder intensieve interventies in Nederland. Hierbij is onvoldoende resultaat behaald en de behandeling in Oostenrijk kan dan ook worden gezien als een 'last resort' in het kader van stepped care. Het Zorginstituut heeft in het nader advies van 14 augustus 2024 toegelicht dat het in zijn advies van 8 augustus 2024 veronderstelde dat het 'on-site' No-Tube behandelprogramma een klinische behandeling betreft, maar nadien heeft geconstateerd dat van een poliklinische behandeling

sprake is. Verzekerde heeft deelgenomen aan de 'on-site treatment for tube weaning' van de No-Tube kliniek in Graz, welke behandeling deels op locatie en deels online plaatsvindt, waarbij vooral de voor- en nazorg online geschiedt, aldus het Zorginstituut. Het Zorginstituut stelt vast dat zijn conclusie blijft dat het 'on-site' No-Tube programma, waarbij sprake is van een multidisciplinaire behandeling onder eindverantwoordelijkheid van een kinderarts, aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. De zorgverzekeraar heeft verwezen naar een eerdere beoordeling van het Zorginstituut waarbij is geconcludeerd dat de No-Tube behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zoals ook het Zorginstituut in het advies van 8 augustus 2024 overweegt, was in dat geval echter sprake van het No-Tube *Netcoaching* programma, een vorm van 'netcoaching' op afstand. Verzekerde heeft echter niet het online No-Tube *Netcoaching* programma gevolgd, maar een behandeling ondergaan volgens het 'on-site' No-Tube programma. En daarvan heeft het Zorginstituut in de adviezen van 8 en 14 augustus 2024 geconcludeerd dat deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

### *Jeugdwet of Zorgverzekeringswet?*

- 7.6. Met het oog op de voorrangsbepaling van artikel 2.1, eerste lid, Bzv is de volgende vraag of het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, met name de Jeugdwet. Het Zorginstituut verwijst in het advies van 8 juli 2024 naar zijn standpunt 'Kindergeneeskunde, de afbakening tussen de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet uit 2015'. Hierin is overwogen dat als voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd het gevolg zijn van een onderliggende somatische oorzaak, de diagnostiek en behandeling van de stoornis onder het domein somatisch medisch-specialistische zorg en daarmee onder de Zvw valt. Als een somatische oorzaak is uitgesloten door een kinderarts kan er sprake zijn van een psychische stoornis. Een jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog zal de diagnostiek en behandeling dan uitvoeren. Deze zorg valt onder de Jeugdwet, aldus genoemd standpunt. Het Zorginstituut overweegt dat de sondeafhankelijkheid van verzekerde niet is gerelateerd aan psychische problematiek. De oorsprong is somatisch; een neveneffect van langdurig enterale voeding als gevolg van extreme prematuriteit. Het betreft dan ook zorg die onder de Zvw valt. Het Zorginstituut adviseert dat verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding van het on-site No-Tube behandelprogramma in Graz, ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet in hetgeen de zorgverzekeraar op dit punt heeft aangevoerd geen aanleiding om van het advies af te wijken. De verwijzing, door de zorgverzekeraar, naar het geschetste kader door het Kenniscentrum GGZ treft geen doel, nu daarin wordt verondersteld dat een somatische oorzaak is uitgesloten. Zoals hierboven overwogen heeft de sondeafhankelijkheid bij verzekerde juist wél een somatische oorzaak.
- 7.7. Uit het voorgaande volgt dat sprake is van verzekerde zorg op basis van de zorgverzekering waarop verzekerde redelijkerwijs is aangewezen en die niet ten laste van een andere wettelijke regeling zoals de Jeugdwet komt zodat de voorrangsbepaling buiten toepassing blijft. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar bovenstaande erkend en verklaard dat hij, naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut heeft besloten de No-tube behandeling ten laste van de zorgverzekering te vergoeden. Hierdoor rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding.

### *DBC-zorgproductcode en hoogte vergoeding*

- 7.8. De zorgverzekeraar heeft in de brief van 4 september 2024 opgemerkt dat DBC zorgproductcode 990416014 met declaratiecode 14D982 het meest passend is. In de brief van 21 november 2024 heeft hij dit standpunt gewijzigd en verklaard dat DBC zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 passend is en dat de hierbij horende vergoeding € 1.760,88 bedraagt. Het Zorginstituut heeft in zijn definitief advies van 17 december 2024 bevestigd dat de DBC-zorgproductcode 991216004 met declaratiecode 14E273 het meest passend is bij de in Oostenrijk uitgevoerde behandeling. De commissie volgt het Zorginstituut hierin. Verzoekster meent dat het door de zorgverzekeraar in dit verband toegekende bedrag te laag is. De commissie merkt op dat het gegeven dat verzekerde aanspraak heeft op de zorg, niet automatisch betekent dat recht bestaat op volledige vergoeding van de kosten daarvan. Ook niet als op een ander

zorgvlak een besparing optreedt. Uit het gestelde op pagina's 6, 7 en 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat indien de zorg wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland -waarvan in dit geval sprake is - de vergoeding gelijk is aan die welke wordt verleend als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn geleverd. Voor medisch specialistische zorg is dat 75% van de nota, tot een maximum van 75 % van het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Uit het overzicht 'maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg Anderzorg 2022' volgt dat de vergoeding bij declaratiecode 14E273 maximaal het door de zorgverzekeraar toegekende bedrag van € 1.760,88 bedraagt. Dat, zoals verzoekster stelt, andere verzekerden van de zorgverzekeraar wel een volledige vergoeding hebben gekregen, is door de zorgverzekeraar gemotiveerd bestreden en door verzoekster niet met stukken onderbouwd noch anderszins aangetoond.

### Tarifiering

- 7.9. Nu is komen vast te staan dat sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering en de voorrangsbepaling geen toepassing vindt, werd de gevraagde toestemming op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004 achteraf gezien ten onrechte geweigerd. De commissie merkt in dit verband op dat de zorgverzekeraar in de procedure geen beroep heeft gedaan op de andere afwijzingsgronden zoals vermeld in artikel 20 van de verordening. De artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009 geven voor de situatie waarin kosten voor rekening van betrokkene zijn gebleven een aantal alternatieven. Verzoekster heeft het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering niet verzocht om vergoeding (artikel 25, vierde lid, in samenhang met artikel 26, zesde lid). De andere mogelijkheid is dat zij de zorgverzekeraar vraagt te tarifieren (artikel 25, vijfde lid, in samenhang met artikel 26, zesde lid), waarbij op grond van artikel 26, zevende lid, van verordening 987/2009 zo nodig moet worden aangevuld tot de vergoeding op basis van de zorgverzekering, echter tot maximaal het bedrag van de werkelijke kosten. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar gevraagd te tarifieren, en deze heeft hieraan gevolg gegeven. Bij brief van 3 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar de commissie geïnformeerd dat volgens opgave van het uitvoeringsorgaan van de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft de zorgverzekeraar inzicht gegeven in het tarifieringsverzoek. Volgens verzoekster heeft No-Tube haar geïnformeerd dat de kosten wel door een Oostenrijkse verzekering worden vergoed. De commissie merkt hierover op dat, wat er ook zij van de stelling van verzoekster, de uitkomst van de tarifiering wordt bepaald door de Oostenrijkse wetgeving en de beoordeling door het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan. Een en ander valt buiten de bevoegdheid van de commissie. De uitkomst van de tarifiering vormt in het kader van het onderhavige geschil een gegeven. Zoals hiervoor is uiteengezet, had verzoekster zich met de nota's ook rechtstreeks tot het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan kunnen wenden. Daarvoor heeft zij echter niet gekozen.

### Reis- en verblijfskosten

- 7.10. Ter zitting heeft verzoekster tevens verzocht om vergoeding van de gemaakte reis- en verblijfskosten. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 17 december 2024 geconcludeerd dat de reis- en verblijfskosten die verband houden met de behandeling van verzekerde in Oostenrijk niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering. De commissie onderschrijft dit, zodat bedoelde kosten voor eigen rekening blijven. Overigens heeft verzoekster nadien verklaard de conclusie van het Zorginstituut op dit punt te delen.
- 7.11. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, acht de commissie gronden aanwezig de zorgverzekeraar te verplichten het door verzoekster betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden.

### Slotsom

- 7.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de kosten van de No-tube behandeling van verzekerde in Graz, Oostenrijk, door de zorgverzekeraar moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering tot een bedrag van € 1.760,88;
  - (ii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
  - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 19 februari 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

**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

## Artikel 25

### Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

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



## Artikel 26

### **Geplande geneeskundige verzorging**

#### *A) Toestemmingsprocedure*

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

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

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

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

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

#### *D) Gezinsleden*

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

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

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

## Toestemming

U heeft alleen recht op logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van Anderzorg. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij Anderzorg vragen.

## Medisch specialistische zorg

**Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.**

## Welke zorg

U heeft recht op :

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum,
- een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische beademing thuis.



## Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden, behalve als:
  - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
  - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
  - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transeksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (behalve als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4<sup>e</sup> en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.



## Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- de vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- audiologische hulp,
- erfelijkheidsonderzoek,
- een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum,
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

## Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [anderzorg.nl/zorgvinder](https://anderzorg.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.



## Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.



## Let op

Spoeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

## Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapten.

- Als het om oogzorg gaat, mag ook de optometrist of orthoptist verwijzen naar de oogarts.
- Als het om hoorzorg gaat, mag ook de triage-audicien verwijzen naar de KNO-arts.
- Als het om tuberculose gaat, mag ook de GGD-arts verwijzen naar de medisch specialist.
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen.
- Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig.

Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

## Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

### Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis of bovenooglidcorrectie.
- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Chirurgie** Gynaecomastie, hypertrofie mamma.
- **Plastische chirurgie** diverse behandelingen.
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- **Borstprothese.**



### Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op [zn.nl](https://zn.nl)

## Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft. Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de klantenservice.

## Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

**Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruikgemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvloeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, ZBC en ziekenhuis, maar ook thuisdialyse is mogelijk.**

### Welke zorg

U heeft recht op haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Bij thuisdialyse heeft u ook recht op vergoeding van kosten van:

- een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,
- aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt,
- kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling worden vergoed,
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse,
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de woningaanpassingen die redelijkerwijs nodig zijn in verband met de thuisdialyse en vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

### Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum, ZBC of ziekenhuis. Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op [anderzorg.nl/zorgvinder](https://anderzorg.nl/zorgvinder) vindt u met de zoekterm 'dialyse' een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.



---

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

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

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

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