

TUSSENUITSPRAAK

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te B en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, Foetale Endoscopische Tracheale Occlusie (FETO), plegen te bieden, stand wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202102410

Zittingsdatum : 7 september 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te B, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 16 mei 2022 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 24 mei 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 1 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 juli 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 20 juli 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 202202702) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 juli 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 september 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal en AV Tand Standaard (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Tijdens de 20-wekenecho in juni 2020 is verzoekster erachter gekomen dat bij haar ongeboren zoontje sprake was van Congenitale Hernia Diafragmatica (CHD), dat zich kenmerkt door een defect in het middenrif. Later is vastgesteld dat haar zoontje hiermee in de ernstigste categorie viel. Bij de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster een aanvraag gedaan voor Foetale Endoscopische Tracheale Occlusie (FETO) in het UZ Leuven, België.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 juli 2020 aan verzoekster meegedeeld dat de echografie en de pre-operatieve foetale MRI-scan worden vergoed. Bij brief van 21 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor de

FETO plug-operatie wordt afgewezen, omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- 3.4. Op 2 september 2020 is in het UZ Leuven een FETO plug-operatie uitgevoerd.
- 3.5. Verzoekster heeft nadien de ziektekostenverzekeraar verschillende malen om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Onder meer bij brief van 31 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 20 juli 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Plegen te bieden

Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft - kort gesteld - zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'.

CHD is een ernstige aandoening met een hoge mortaliteit. Door een zwakke plek in het middenrif treedt bij de ontwikkeling van de foetus hernatie op, waarbij in eerste instantie de maag door het middenrif naar de borstholte wordt gedrukt. In ernstige gevallen kunnen lever of darmen ook in de borstholte terechtkomen, of wordt het hart naar rechts verplaatst. Door de hernatie komen de longen in de verdrukking en kunnen ze zich onvoldoende ontwikkelen (hypoplasie).

Bij FETO wordt gedurende vier weken in de zwangerschap, tussen 26 en 34 weken, een ballonnetje in de luchtpijp van de foetus geplaatst. Hierdoor krijgt het longweefsel, dat in de verdrukking is gekomen de kans zich alsnog te ontplooiën.

Door behandeling met FETO zou de mortaliteit gemiddeld verlaagd worden, maar er is ook meer kans op ernstige bijwerkingen (vroeggeboorte). Inzicht in de effecten op lange termijn ontbreken nog.

Vooralsnog is FETO behandeling experimenteel, en wordt ook internationaal nog niet aanbevolen als standaard therapie. De behandeling wordt wel uitgevoerd in het buitenland. In Nederland wordt geen FETO uitgevoerd bij CHD. Na de geboorte wordt de CHD geopereerd. FETO is derhalve geen zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Stand van de wetenschap en praktijk

De systematiek van de Zvw en de onderliggende regelgeving brengen met zich mee dat, pas nadat is vastgesteld dat er sprake is van 'zorg zoals een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep pleegt te bieden', wordt toegekomen aan beoordeling van het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Anders gezegd: zorg die niet 'pleegt te worden geboden' behoort (reeds om die reden) niet tot de te verzekeren prestaties, ook al zou het gaan om zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Voor de volledigheid merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de stand van de wetenschap en praktijk.

FETO voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De reden dat FETO nog niet wordt aanbevolen als standaard therapie, is dat de effectiviteit (op lange termijn) en veiligheid nog niet voldoende vaststaan. In 2021 werd de eerste grote internationale multicenter RCT gepubliceerd met betrekking tot de behandeling van "severe" CHD met FETO (n=40) versus afwachting beleid (n=40). In deze TOTAL trial (commissie: Tracheal Occlusion To Accelerate Lung growth) werd geconcludeerd dat de overleving tot zes maanden na geboorte 40% was bij FETO tegenover 15% bij afwachting beleid. Er was echter een drie tot vijf keer grotere kans op vroegtijdig breken van de vliezen of vroegtijdige geboorte. Daarnaast zijn de lange-termijn effecten nog onvoldoende bekend.

Conclusie

FETO is geen zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Daarnaast voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. FETO behoort derhalve niet tot het basispakket en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Foetale endoscopische tracheale occlusie (FETO) maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in België uitgevoerde FETO plug-operatie te vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

Standpunt verzoekster

- 6.1. Verzoekster heeft toegelicht dat bij haar zoontje sprake was van CHD, een zeldzame aangeboren afwijking waarbij de baby een breuk (hernia) in het middenrif heeft. Door deze breuk is het middenrif niet netjes gesloten, maar zit er een gat in. Als gevolg van deze aandoening kunnen de longen zich niet goed ontwikkelen. Enkele weken na de diagnose werd duidelijk dat de breuk dermate groot was dat haar zoontje in de severe groep (ernstigste categorie) viel en dat er in Nederland geen behandeling mogelijk was. Via het Radboud UMC is verzoekster verwezen naar het UZ Leuven omdat aldaar nog wel een behandeling kon worden uitgevoerd. Deze behandeling (FETO plug-operatie) bestaat uit het plaatsen van een ballonnetje in de luchtpijp van de baby, waardoor een overdruk op de longen ontstaat. De longetjes krijgen hierdoor meer kans om zich beter te ontwikkelen. Met 34 weken wordt het ballonnetje door middel van een tweede operatie weer verwijderd. Omdat het ongebooren zoontje van verzoekster in de severe groep viel, kwam hij ook hier voor in aanmerking. Aangezien er geen andere opties waren, heeft verzoekster ervoor gekozen de operatie op 2 september 2020 te laten uitvoeren. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten van de FETO plug-operatie afgewezen omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan dit standpunt niet volgen, aangezien er wetenschappelijke studies beschikbaar zijn die de effectiviteit aantonen, en bovendien omdat verzoekster van andere verzekerden heeft vernomen dat die de ingreep wel vergoed hebben gekregen.
- 6.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de FETO plug-operatie al vele jaren wordt aangeboden door het RadboudUMC. Alle ziekenhuizen in Nederland verwijzen patiënten met CHD door naar het RadboudUMC of het ziekenhuis in Rotterdam. Alleen de operatieve ingreep vindt plaats in Leuven. Dit in nauwe samenwerking met de Nederlandse perinatologen van het RadboudUMC in Nijmegen of het Erasmus ziekenhuis in Rotterdam. De perinatoloog die verzoekster heeft behandeld, voert de laatste twee jaren de operatie zelf in Leuven uit. Ook elders in Europa en in Amerika wordt de FETO plug-operatie al lang uitgevoerd zodat sprake is van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Daar komt bij dat de resultaten van de TOTAL-trial inmiddels zijn gepubliceerd. Vóór deze publicatie waren er al studies uit Zuid-Amerika beschikbaar. Dat de behandeling niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, is niet juist. De TOTAL-trial heeft lang gelopen omdat de aandoening CHD erg zeldzaam is. Uit de TOTAL-trial blijkt dat er na het uitvoeren van een FETO plug-operatie een grotere kans is op overleving en toename van de kwaliteit van leven. Verzoekster biedt aan hierover nadere informatie in te brengen.

Verder heeft verzoekster aangevoerd dat het haar bekend is dat alleen al in 2021 drie andere verzekerden eenzelfde FETO plug-operatie van hun zorgverzekeraar vergoed hebben gekregen. In dit kader biedt verzoekster aan informatie hierover aan te leveren. In een eerder stadium heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht dit bewijs te mogen overleggen, maar deze is hier niet op ingegaan.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat een FETO plug-operatie geen verzekerde zorg is. Dit omdat de behandeling geen zorg is zoals medisch specialisten in Nederland plegen te bieden en deze daarnaast niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De meerwaarde van de behandeling is namelijk niet wetenschappelijk aangetoond. Naar de stand van mei 2021 is een FETO plug-operatie nog een experimentele behandeling.
De ziektekostenverzekeraar heeft, alvorens tot deze conclusie te komen, onderzocht of FETO bij een linkszijdige HD (Hernia Diafragmatica) en een ratio gemeten/verwacht (E/O) totaal longvolume van 30,33% voldoet aan laatstgenoemd criterium. Ook is op 18 september 2020 telefonisch contact opgenomen met de behandelend chirurg. Deze kon tijdens dit contact de wetenschappelijke meerwaarde van de behandeling niet onderbouwen. Op basis van de beschikbare literatuur, het gesprek met de behandelend chirurg in België en de verklaring van de gynaecoloog uit het Radboud UMC, komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat een FETO plug-operatie (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
Het is de ziektekostenverzekeraar wel bekend dat foetale therapie, waaronder FETO, de overleving mogelijk kan verhogen, vooral voor de ernstig aangedane foetussen. Om de meerwaarde van deze behandeling bij matige en ernstige HD aan te tonen is de TOTAL trial opgezet. Het moment waarop een verzekerde de medische behandeling ondergaat is bepalend voor het recht op vergoeding. Verzoekster heeft op 2 september 2020 de ingreep laten uitvoeren en op die datum waren de resultaten van de trial nog niet gepubliceerd.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar stelt volledigheidshalve vast dat de FETO plug-operatie ook thans, met inachtneming van de in 2021 verschenen studie, niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk.
Verzoekster heeft erop gewezen dat het RadboudUMC heeft verklaard dat de FETO plug-operatie zinnige zorg is geweest. Dit maakt de conclusie van de ziektekostenverzekeraar echter niet anders. Het gaat bij de beantwoording van de vraag of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk immers niet om dat wat individuele professionals (gewoonlijk) feitelijk aan zorg leveren en ook niet om de mening van individuele behandelaars (en patiënten) over de waarde van interventies.
De ziektekostenverzekeraar betwist dat hij in andere gevallen de FETO plug-operatie wel heeft vergoed en wijst erop dat, zelfs als in het verleden (door hem of enige andere zorgverzekeraar) ten onrechte een behandeling zou zijn vergoed die niet behoort tot het verzekerde pakket, dit er niet toe kan leiden dat hij gehouden is tot vergoeding van de onderhavige behandeling. Een vordering die leidt tot uitbreiding van het verzekerde pakket kan immers niet worden toegewezen.
- 6.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de FETO plug-operatie zich nog steeds in de experimentele fase bevindt. Om die reden sluit de ziektekostenverzekeraar zich aan bij het standpunt van het Zorginstituut dat een FETO plug-operatie geen zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Daarnaast voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.
Voor zover verzoekster stelt dat meerdere zorgverzekeraars, waaronder de ziektekostenverzekeraar, in het verleden een FETO plug-operatie wél hebben vergoed geldt dat de bewijslast ter zake bij verzoekster ligt. Tijdens de onderhavige procedure waren er voldoende mogelijkheden om dit bewijs over te leggen, hetgeen zij evenwel heeft nagelaten. Om die reden maakt de ziektekostenverzekeraar bezwaar tegen het verzoekster opnieuw in de gelegenheid stellen tot overlegging van stukken hieromtrent. Hetzelfde geldt voor door verzoekster nader over te leggen stukken met betrekking tot de vraag of de ingreep voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

Overwegingen commissie

- 6.6. Verzoekster is naar een andere EU/EER-lidstaat, te weten België, gegaan met het doel daar zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo.nr. 883/2004. Voorafgaand aan de ingreep heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster meegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg of vergoeding van de kosten daarvan bestaat. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 6.7. Gehoord de standpunten van partijen en na lezing van het voorlopig advies van het Zorginstituut van 20 juli 2022, stelt de commissie vast dat partijen van mening verschillen over:
1. of een FETO plug-operatie bij de indicatie CHD behoort tot de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
 2. of een FETO plug-operatie bij de indicatie CHD voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk, en
 3. of door de FETO plug-operatie aan verzoekster niet te vergoeden, de ziektekostenverzekeraar het gelijkheidsbeginsel schendt.

Ter zitting is door verzoekster beargumenteerd waarom volgens haar aan punt 1 is voldaan. De commissie heeft hierover nog enkele vragen waarop hierna wordt ingegaan. Ter nadere onderbouwing van de punten 2 en 3 wil verzoekster graag aanvullende informatie overleggen. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen bezwaar gemaakt. Dit omdat verzoekster de desbetreffende informatie al eerder in de procedure had kunnen aanleveren. Gelet op dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie eerst hierover een oordeel geven.

- 6.8. De commissie beslist dat het argument van de ziektekostenverzekeraar om toelating van de aanvullende informatie te weigeren geen hout snijdt. De enkele stelling dat de schriftelijke behandeling reeds was gesloten is onvoldoende, te meer omdat de ziektekostenverzekeraar door het toestaan dat stukken worden ingebracht niet in zijn verdediging wordt geschaad. De ziektekostenverzekeraar kan op die stukken immers nog reageren. Daarbij overweegt de commissie dat als dit zou worden geweigerd, verzoekster naar diezelfde stukken kan verwijzen in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut.
- 6.9. Gelet op het voorgaande stelt de commissie verzoekster in gelegenheid om binnen uiterlijk zes weken na de dagtekening van deze tussenuitspraak de commissie nadere informatie te sturen over:
1. Het verloop van de FETO behandeling en welke fasen zich daarbij voordoen, alsmede welke fase van de behandeling waar wordt gedaan, waaronder ook de directe nabehandeling;
 2. dat de FETO plug-operatie bij de indicatie CHD, op het moment dat deze behandeling werd uitgevoerd, voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk, en
 3. dat meerdere zorgverzekeraars, althans één, waaronder ook de ziektekostenverzekeraar, in de jaren na 2006 de FETO plug-operatie bij de indicatie CHD hebben vergoed, ten laste van de zorgverzekering.

In afwachting hiervan houdt de commissie iedere verdere beslissing aan.

- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Tussenuitspraak

- 7.1. De commissie beslist dat verzoekster in de gelegenheid wordt gesteld om binnen uiterlijk zes weken na dagtekening van deze tussenuitspraak de commissie aanvullende informatie met betrekking tot ieder van de drie, onder 6.9 genoemde punten te sturen. In afwachting hiervan houdt de commissie iedere verdere beslissing aan.

Zeist, 10 oktober 2022,

L. Ritzema

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 zeven 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.

Besluit zorgverzekering

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°. 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;
 - 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 gehemeltespelingen, 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.

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.

Zorgverzekeringswet

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.

2.7 Dekking

2.7.1 Omvang van de dekking

- a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
- b. Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan u echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en -bij het ontbreken van een zodanige maatstaf- door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- d. U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- f. U heeft geen recht op zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

- a. tot 1 juli 2022 behandeling met tumorinfiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIC en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- b. tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- c. tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- d. tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 2°;
- e. tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;

een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen.

2.7.8 Eigen bijdrage

Als u volgens deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, dan wordt die eigen bijdrage:

- a. door de zorgaanbieder aan u in rekening gebracht als De Friesland de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder voldoet of;
- b. in mindering gebracht op de vergoeding als De Friesland de vergoeding aan u betaalt of;
- c. bij u (verzekeringnemer) geïnd zoals aangegeven in artikel 2.7.7 van deze voorwaarden.

2.7.9 Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder

Als een overeenkomst tussen De Friesland en een zorgaanbieder wordt beëindigd en u op het moment van beëindiging zorg van deze zorgaanbieder ontvangt, blijft De Friesland de lopende behandeling vergoeden.

2.7.10 Buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u ook aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Tip: Wilt u in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst bij ons of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag u eventueel zelf dient bij te betalen.

Wonen of verblijven in een verdragsland

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land dan Nederland of in een verdragsland, dan heeft u naar keuze:

- a. aanspraak op medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening 883/2004 of het desbetreffende verdrag;
- b. aanspraak op zorg in natura door een zorgaanbieder die door De Friesland in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd of die een samenwerkingsverband heeft met een zorginstelling in het buitenland waarmee De Friesland een contract heeft.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of verdragsland woont en tijdelijk woont of verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Tip: Uw zorgpas is tevens een European Health Insurance Card (EHIC). Deze is geldig in de EER-landen (Europese Unie, Noorwegen, IJsland en Liechtenstein) en Zwitserland, voor medisch noodzakelijke zorg. Wij adviseren u van deze EHIC gebruik te maken als u in een van deze landen verblijft en zorg nodig heeft. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Buitenlandse behandelaars, zoals artsen en specialisten, weten dan dat hun rekening door De Friesland wordt betaald. Sommige behandelaars accepteren de pas nog niet. U moet dan zelf de rekening voorschieten. Later kunt u de rekening indienen bij De Friesland. Met de kaart heeft u geen recht om naar het buitenland te reizen met als doel een medische behandeling te krijgen. Gaat u naar Australië, dan moet u zich direct bij aankomst met de EHIC melden bij een medicare kantoor. U krijgt dan een medicare card, waarmee u kosteloos geneeskundige hulp in Australië krijgt.

Wonen of verblijven in een niet-verdragsland

Woont of verblijft u in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling. De vergoeding bedraagt maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Vergoeding als zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is

U heeft recht op volledige vergoeding van de kosten:

- a. als u toestemming van De Friesland heeft ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;
- b. als de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.

Alarmservice

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig heeft die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmcentrale door Eurocross. Deze coördineert de zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De alarm-service is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (212 02 12). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 212 02 12.

Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals gepubliceerd door de Europese Centrale Bank. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekening

nummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

2.7.11 Dekkingsperiode

U heeft recht op (vergoeding van) de verzekerde zorg, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van levering, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als het gaat om een nota van een DBC (diagnose behandeling combinatie) waarmee een begin is gemaakt voor de einddatum van de verzekering, worden de kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing was. Als de nota betrekking heeft op een DBC waarmee is begonnen voor de datum van ingang van de verzekering, worden de kosten hiervan niet vergoed.

2.7.12 Terrorismerisico

Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV (NHT). Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

2.7.13 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. de eigen bijdrage die u bent verschuldigd op grond van de Wlz;
- b. de kosten van alternatieve geneeswijzen;
- c. declaraties als gevolg van keuringen, attesten en griep- en andere vaccinaties, tenzij in deze voorwaarden anders is bepaald;
- d. sancties opgelegd door zorgaanbieders, bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
- e. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- f. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;

Uitsluitingen

- a. Als u jonger bent dan 38 jaar, heeft u bij de eerste en tweede IVF-poging geen recht op terugplaatsing van meer dan één embryo.
- b. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel vallen niet onder IVF.
- c. Na de eerste, tweede en derde IVF- poging heeft u geen recht meer op een vierde of volgende poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, waaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een IVF-centrum met de daartoe wettelijk vereiste vergunningen.

Toestemming vooraf

Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Dit geldt ook voor andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF of ICSI.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.11 Medisch specialistische zorg algemeen

Let op! In de volgende artikelen van dit hoofdstuk zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt:

- artikel 3.1: audiologische zorg;
- artikel 3.2: bariatrische chirurgie (bij obesitas);
- artikel 3.3: beademing;
- artikel 3.4: dialyse;
- artikel 3.5: erfelijkheidsonderzoek;
- artikel 3.7.2: psychiatrische ziekenhuisopname (GGZ);
- artikel 3.10: IVF/ICSI;
- artikel 3.13: oncologieonderzoek bij kinderen;
- artikel 3.15: plastische chirurgie;
- artikel 3.16: revalidatie;
- artikel 3.17: transplantaties van weefsels en organen;
- artikel 3.18: trombosezorg;
- artikel 3.19: verblijf in verband met medisch specialistische zorg;
- artikel 3.20.2: bevalling en verloskundige zorg.

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Let op! Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum. Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI) toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort.

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
- e. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, arts-assistent, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste tien dagen na de bevalling), kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), klinisch fysicus audioloog, optometrist (bij oogzorg), SEH-arts, GGD-

arts (als het gaat om een verdenking van TBC), verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor een second opinion door een medisch specialist heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht op mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

- a. U heeft een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening. U heeft daarnaast ook recht op het aanbrengen van implantaten als u een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak heeft. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
- b. U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.
- c. U moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Let op! Orthodontische zorg door een orthodontist en de bijbehorende kaakchirurgische hulp (osteotomie) vallen alleen onder bijzondere tandheelkunde als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel heeft, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.