



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, consult, onderzoek bij verdenking op Lyme Borreliose, stand wetenschap en praktijk, indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 201901770

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,  
tegen

1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en  
2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 30 augustus 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 november 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 24 december 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020049832) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 13 januari 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 februari 2021 gehoord.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting is verzoekster door de commissie in de gelegenheid gesteld nadere (wetenschappelijke) artikel aan te leveren met betrekking tot de diagnose van Lyme. Op 7 februari 2021 heeft verzoekster per brief de gevraagde informatie overgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 februari 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 22 februari 2021 meegedeeld dat hij van de geboden mogelijkheid geen gebruik zal maken. Een kopie van deze reactie is op 24 februari 2021 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 24 februari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. In reactie daarop heeft het Zorginstituut op 4 maart 2021 per brief een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 maart 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 16 en 18 maart 2021 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit en ONVZ Wereldfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3.2. Verzoekster heeft al bijna twintig jaar gezondheidsklachten. Hiervoor heeft zij in Nederland veel artsen bezocht, maar een echte oorzaak van deze klachten konden zij niet vinden. In 2018 heeft verzoekster de diagnose fibromyalgie gekregen, bovenop de bestaande klachten. Na deze diagnose heeft verzoekster zich afgevraagd of de onderliggende oorzaak van de klachten de ziekte van Lyme kon zijn. Het is algemeen bekend dat in Augsburg, Duitsland, laboratoria zijn die gespecialiseerd zijn in het testen van door teken overgedragen ziektes. Daarom heeft verzoekster in 2019 de BCA-kliniek aldaar bezocht.

3.3. De diagnostiek in de BCA-kliniek vindt plaats in drie verschillen stappen. De facturen voor deze stappen heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Deze betreffen € 262,29 voor het eerste gesprek met de microbioloog, € 1.878,99 voor de laboratoriumkosten en € 145,23 voor het tweede gesprek, waarin de diagnose wordt meegedeeld. Op 24 juni 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 12 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Wel bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding van alternatieve consulten of behandelingen tot € 65,- en laboratoriumonderzoeken, tot een maximum van € 750,--.

3.5. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard uit coulance aan verzoekster een bedrag van € 397,15 te vergoeden. Dit omdat een dergelijk bedrag normaal gesproken wordt vergoed voor een eerste bezoek aan een internist.

3.6. Op 24 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

***"Stand van de wetenschap en praktijk***

*Uit het dossier blijkt dat bij verzoekster geen screenings EIA test op Borrelia werd verricht, maar direct een immunoblot. Dit is niet conform de aanbevelingen in de CBO richtlijn, waarin eerst een screenings EIA wordt geadviseerd. Tevens werden alternatieve niet-gevalideerde testen verricht, zoals de ELIspot, Lymespot en bepaling van immunologische markers die niet worden aanbevolen in de CBO richtlijn of internationale richtlijnen.*

***Indicatie***

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden beoordeeld of er bij verzoekster aanwijzingen zijn voor de ziekte van Lyme zoals een tekenbeet in de voorgeschiedenis, specifieke symptomen en typische manifestaties bij lichamelijk onderzoek. Hiermee staat niet vast of verzoekster een indicatie had voor diagnostiek zoals wordt aanbevolen in de richtlijn.*

***Conclusie***

*De diagnostiek in geschil is niet conform de aanbevelingen in de CBO richtlijn. Het gaat deels om niet-gevalideerde testen, die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor diagnostiek naar de ziekte van Lyme."*

3.7. Op 4 maart 2021 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

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

*Naar aanleiding van de ontvangen stukken merkt het Zorginstituut op dat geen nieuwe medische informatie is aangeleverd waarmee beoordeeld kan worden of verzoekster een indicatie had voor*

*diagnostiek van de ziekte van Lyme. Verder verwijst verzoekster naar artikelen op de ILADS website en de ILADS richtlijn. Deze richtlijn geeft echter geen aanbevelingen over de diagnostiek van de ziekte van Lyme."*

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de onderzoeken en diagnostiek naar de ziekte van Lyme, uitgevoerd in de BCA-kliniek te Augsburg, volledig moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

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 78 van de 'algemene regels' van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepaling uit Verordening 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Zorgverzekering**

- 6.2. Verzoekster stelt dat zij al jaren klachten heeft die mogelijk worden veroorzaakt door de ziekte van Lyme. Omdat de BCA-kliniek in Augsburg is gespecialiseerd in door teken overgedragen ziekten heeft zij besloten zich in deze kliniek te laten onderzoeken. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, hebben in deze kliniek alleen gesprekken en onderzoeken plaatsgevonden. De kosten hiervan vordert verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar. Dat laatstgenoemde deze niet wil vergoeden, omdat het onderzoek niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, begrijpt verzoekster niet. In de BCA-kliniek werken namelijk uitsluitend zeer gespecialiseerde artsen. Daarnaast is het laboratorium van de BCA-kliniek geaccrediteerd door de Duitse Accreditatie organisatie DakkS in 2013, en is deze accreditatie verlengd in 2018. Tot slot bestrijdt verzoekster de beslissing van de ziektekostenverzekeraar een deel van de kosten te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Zij wenst namelijk enkel een vergoeding te ontvangen ten laste van de zorgverzekering.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat onderzoeken en behandelingen in de BCA-kliniek niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen besloten een deel van de kosten te vergoeden, echter uit coulance. Dit omdat een consult door een internist in Nederland ook wordt vergoed. Daarnaast heeft verzoekster aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op basis van deze verzekering komen alternatieve geneeswijzen en laboratoriumonderzoeken namelijk tot een bepaald bedrag voor vergoeding in aanmerking.
- 6.4. De commissie overweegt dat verzoekster naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, is gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak

C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.5. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is allereerst de vraag of het door de BCA-kliniek uitgevoerde onderzoek bij de verdenking van Lyme Borreliose voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, tot uitgangspunt.
- 6.6. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.7. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten (de 'goudenstandaardbehandeling'), dan wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op 'evidence' van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.8. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de zorg in kwestie overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.9. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de door verzoekster in de BCA-kliniek ondergane onderzoeken bij de verdenking van Lyme Boreliose. Het advies van 24 december 2020 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut schrijft dat de uitgevoerde testen niet alle conform de aanbevelingen in de CBO richtlijn zijn. Het gaat deels om niet-gevalideerde testen, die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet worden beoordeeld of bij verzoekster aanwijzingen zijn voor de ziekte van Lyme zoals een tekenbeet in de voorgeschiedenis, specifieke symptomen en typische manifestaties bij lichamelijk onderzoek. Hiermee staat niet vast of verzoekster een indicatie had voor diagnostiek naar de ziekte van Lyme. De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat de uitgevoerde onderzoeken geen verzekerde prestatie zijn op grond van de zorgverzekering, en dat overigens een indicatie voor diagnostiek naar de ziekte van Lyme bij verzoekster ontbreekt. De ziektekostenverzekeraar is om die reden niet gehouden de gemaakte kosten te vergoeden op grond van de zorgverzekering. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd ten aanzien van deskundigheid van de artsen in de BCA-kliniek en de accreditatie maakt het voorgaande niet anders. Hetzelfde geldt voor de door verzoekster gedane verwijzing naar artikelen op de ILADS website en de ILADS richtlijn. Uit het definitief advies van het Zorginstituut blijkt dat deze geen aanbevelingen geven over de diagnostiek van de ziekte van Lyme. De commissie passeert om die reden de stelling van verzoekster.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 maart 2021,



H.A.J. Kroon



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

### 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorgkosten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

#### Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? Aan de hand van de volgende regels bepalen wij of wij de zorg vergoeden. Meestal gaat de vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt dan rechtstreeks vergoeding van ONVZ en ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener. U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet zonder onze toestemming aan iemand anders overdragen. Of gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een nota van die ander gaat betalen.

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op diensten die op onze website onder vergoedingen staan, als aan de voorwaarden is voldaan.** We bedoelen de algemene regels die u nu leest, en de voorwaarden die bij vergoedingen op de website staan.

#### Voorbeeld

In de algemene regels staat dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt altijd, ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan bijvoorbeeld als voorwaarde staan dat de zorgverlener een bepaalde specialisatie heeft. Of dat u van ons toestemming moet hebben voor u naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de kosten van zorg zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of (bijvoorbeeld bij een geneesmiddel) de datum van aflevering die op de nota staat, moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling als 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de openingsdatum van de dbc bij ons verzekerd zijn.
24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**
- a. **waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen, en**
  - b. **die naar inhoud en omvang als effectief en veilig wordt beschouwd**
- Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond en in de praktijk is gebleken dat de zorg goed werkt. Is dat niet aangetoond of gebleken dan geldt wat het betrokken vakgebied (de hele groep van zorgverleners) goede zorg vindt. Verder moet de zorg voor u doeltreffend zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
25. **De overheid bepaalt soms het tarief.** Voor sommige behandelingen stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) een vaste of maximumprijs vast. Wij vergoeden dan deze vaste prijs, of niet meer dan de maximumprijs.

#### Is er geen vaste of maximumprijs van de overheid? Dan vergoeden wij een marktconforme prijs.

'Marktconform' betekent dat de nota van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Voor een Zvw-pgb voor verpleging en verzorging gelden de maximumbedragen die in het reglement Zvw-pgb<sup>1</sup> staan.

**Wij betalen altijd in euro's.** Is het bedrag op de nota van uw zorgverlener in een andere muntsoort? Dan rekenen wij het bedrag om naar euro's. Wij rekenen met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontving.

#### Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

26. **Soms betaalt u een eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de Vrije Keuze Basisverzekering (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen en een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage<sup>2</sup>. Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u de zorg krijgt. De overheid bepaalt de eigen bijdragen.
27. **U betaalt ook het verplichte eigen risico<sup>3</sup>.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2019 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. **Het eigen risico geldt alleen voor de Vrije Keuze Basisverzekering.**

<sup>1</sup> Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) - 030 639 62 22

<sup>2</sup> Meer informatie leest u op: [www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-bijdrage](http://www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-bijdrage)

<sup>3</sup> Meer informatie leest u op: [www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-risico](http://www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-risico)



---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

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. (...)*”

---

# 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.

## 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 gehemertespleten, 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.