

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202401162

Partijen

A. te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 10 juni 2024 de kwestie voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 25 juli 2024 telefonisch contact opgenomen met verzoeker, waarbij hij heeft verklaard dat hij de bemiddeling wenst over te slaan en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Op 26 juli 2024 heeft een intakegesprek plaatsgevonden, dat op dezelfde dag per brief aan verzoeker is bevestigd. Op 30 juli 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 28 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 10 september 2024 respectievelijk 11 september 2024 verklaard niet te willen worden gehoord. Verzoeker heeft de commissie tevens aanvullende informatie gestuurd, die op 11 september 2024 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) is gezonden.
- 1.4. Bij brief van 25 september 2024 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2024032641) aan de commissie een advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 september 2024 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen 10 dagen te reageren. Partijen hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Optimaal en Tandarts Optimaal (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoeker had al enige tijd last van een lekkende hartklep. Hij heeft zich in verband hiermee tot een arts in Bogota, Colombia, gewend. Deze arts heeft op 29 februari 2024 bij verzoeker een "transcatheter edge-to-edge repair on tricuspid valve" uitgevoerd. De kosten hiervan, ten bedrage van € 43.706,70, heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Bij brief van 15 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de door hem in Colombia ondergane ingreep niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 11 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 25 september 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de ingreep in Colombia alsnog aan hem te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de SKGZ van 10 juni 2024 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zich bij zijn afwijzing heeft gebaseerd op een richtlijn (2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease). Deze richtlijn bevat weliswaar een tabel met levels of evidence, maar waar in de richtlijn wordt gerefereerd aan de "tricuspidalis valve intervention" wordt het verband met de zogenoemde "level C evidence" niet gelegd. Wel wordt in de richtlijn vermeld dat de herziening in 2021 is gebaseerd op de ervaring in de praktijk met de "transcatheter tricuspid valve interventions (TTVI)". Uit de richtlijn blijkt juist dat patiënten die niet in aanmerking komen voor een operatie, een reparatie van de tricuspidalisklep met een clip, aangebracht via een bloedvat in de lies, kunnen overwegen. Die expertise is kennelijk bij het eerder door verzoeker in Nederland bezochte ziekenhuis niet aanwezig, want de cardioloog aldaar verklaarde dat na de mitralisoperatie die verzoeker had ondergaan, een tweede operatie als een te groot risico werd gezien. Verder werd genoemd dat het AMC ervaring had met een reparatie van de tricuspidalisklep met een clip, en dat verzoeker als "inoperabele" patiënt een dergelijke reparatie kon overwegen. De ingreep in het AMC wordt overigens door zorgverzekeraars vergoed.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat de uitgevoerde ingreep niet is aangewezen omdat verzoeker ook (deels) een primaire tricuspidalisklep insufficiency heeft. De ziektekostenverzekeraar is er hierbij echter aan voorbijgegaan dat de ingreep bij verzoeker met groot succes is uitgevoerd. Verder moet dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar op een misverstand berusten, omdat van een primaire tricuspidalisklep insufficiency tijdens de ingreep niet is gebleken. Deze ingreep is zonder complicaties uitgevoerd. Er zijn twee clips gezet, waarmee de lekkage volledig is verholpen. Bovendien heeft de behandelend arts in Nederland verklaard dat de lekkage van de tricuspidalisklep is ontstaan als gevolg van de lange wachttijd van vier maanden die het ziekenhuis in Nederland nodig heeft gehad om de mitralisoperatie in te plannen. In die periode is de rechterkamer van het hart onder druk komen te staan, waardoor de tricuspidalisklep is gaan lekken.
- 3.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou bovendien niet voorafgaand aan de ingreep om toestemming zijn verzocht. Verzoeker heeft echter vooraf telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar met de vraag wat hij moest doen om een machtiging aan te vragen. Vervolgens heeft hij hiervoor van de ziektekostenverzekeraar een formulier ontvangen, dat hij voorafgaand aan de ingreep heeft ingediend. Op deze aanvraag heeft verzoeker geen reactie ontvangen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat vergoeding van de kosten van de in Colombia bij verzoeker uitgevoerde ingreep terecht is afgewezen. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 11 april 2024 aangevoerd dat zorg wordt vergoed vanuit de zorgverzekering als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en als iemand naar aard en omvang redelijkerwijs op de zorg is aangewezen. De zorg dient bewezen effectief te zijn om in aanmerking te komen voor vergoeding. De zorg die in Colombia aan verzoeker is verleend, voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarnaast was hij hierop naar aard en omvang niet redelijkerwijs aangewezen. Verder is voor zorg in het buitenland een voorafgaande machtiging vereist. Die procedure is door verzoeker niet gevolgd. Hij feit dat hij achteraf met hoge kosten wordt geconfronteerd, maakt niet dat de behandeling dan alsnog kan worden vergoed.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 28 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat uit de richtlijnen bij hartklepafwijkingen van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) volgt dat het clippen van de tricuspidalisklep wordt beschouwd als "consensus of opinion of the experts and/or small studies", ofwel 'Level of Evidence C'. Daarmee is de effectiviteit van deze behandeling nog niet voldoende onderbouwd. Zorg moet bewezen effectief zijn voor een bepaalde groep van patiënten en niet voor één enkele patiënt. Dat de zorg bij verzoeker effectief is gebleken, maakt het daarom geen verzekerde zorg. In de afwijzingsbrief van 11 april 2024 is ten onrechte vermeld dat als de machtiging op tijd was aangevraagd, verzoeker tijdig had kunnen worden geïnformeerd. Verzoeker heeft de machtiging wel vooraf aangevraagd. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar ontvangen op 8 februari 2024 en hierop is bij brief van 12 februari 2024 gereageerd met een verzoek om aanvullende informatie. Op 8 augustus 2024 heeft verzoeker nog telefonisch contact opgenomen. Tijdens dit gesprek heeft de klantadviseur geholpen met het indienen van de machtigingsaanvraag. De ziektekostenverzekeraar vindt het jammer dat verzoeker het gevoel heeft gehad dat hij geen reactie heeft gekregen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het advies van 25 september 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Stand van de wetenschap en praktijk

Om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit de basisverzekering moet een behandeling voldoen aan het in de Zvw gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Het in de Zvw gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' betreft één geïntegreerde wettelijke maatstaf, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, verenigd zijn. Bij de beoordeling of zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt, zoals aangegeven in het rapport Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk, uitgegaan van de principes van evidence-based medicine (EBM). Hierbij wordt op gestructureerde wijze een literatuuronderzoek gedaan naar wetenschappelijke studies naar de te beoordelen behandeling.

Een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling is niet voldoende om te kunnen vertrouwen op de effectiviteit van een behandeling. Het effect moet namelijk ook zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies, en voor wat betreft toepassing in de praktijk blijkt dit veelal uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het dossier is op te maken dat verweerder dit heeft beoordeeld.

Veelbelovende zorg

Het clippen van de tricuspidalisklep wordt in Nederland in een klein aantal ziekenhuizen toegepast in onderzoeksverband, waaronder in het AMC in Amsterdam. Tijdens het onderzoek worden patiënten geloot. Twee derde deel van de patiënten dat wordt ingeloot kan kiezen voor de 'Triclip' behandeling en het overige één derde deel van de patiënten krijgt de behandeling niet. Na een aantal jaren wordt vergeleken of er een verschil is tussen beide groepen. De verwachting is dat de uitkomsten van het onderzoek in 2028 gereed zijn. Buiten dit onderzoek wordt de behandeling in Nederland niet aangeboden.

De bekostiging van bovengenoemd onderzoek vindt in Nederland op dit moment plaats vanuit de fabrikant en vanuit de subsidieregeling Veelbelovende zorg (Vezo). De subsidieregeling Vezo is bedoeld voor zorg die nog niet voldoet aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Via de subsidieregeling worden onderzoeks- en zorgkosten gefinancierd voor patiënten die deelnemen aan het onderzoek. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek kan het Zorginstituut bepalen of de zorg voldoet aan de criteria voor opname in het basispakket. Dit betekent dat het clippen van de tricuspidalisklep in verband met TI op dit moment nog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.

Richtlijnen

Verweerder verwijst ter onderbouwing van zijn afwijzing ook naar de richtlijnen bij hartklepafwijkingen van de NVVC. Hierover merkt het Zorginstituut het volgende op. De NVVC maakt gebruik van de internationale richtlijnen van de European Society of Cardiology (ESC). In deze Europese richtlijnen wordt beschreven dat TI bijna altijd een gevolg is van overbelasting van de rechter ventrikel of het rechter atrium bij chronisch atriumfibrilleren. Dit is ook bij verzoeker het geval. In deze richtlijnen wordt ook gesproken over een 'klasse IIb' aanbeveling voor transluminale behandeling bij inoperatieve patiënten. Het clippen van de tricuspidalisklep is een transluminale behandeling. Dat wil zeggen dat de behandeling met een katheter via een bloedvat wordt uitgevoerd. Een 'klasse IIb' aanbeveling betekent dat er tegenstrijdig bewijs en/of meningsverschillen zijn over het nut en/of de werkzaamheid van de interventie. Dat betekent dat patiënten verwezen mogen worden voor een experimentele behandeling.

In Nederland mogen dergelijke experimentele behandelingen alleen worden uitgevoerd in onderzoeksverband, na goedkeuring van de daarvoor aangewezen instanties. Het clippen bij TI wordt zoals hierboven reeds benoemd in Nederland alleen aangeboden in onderzoeksverband.

Conclusie

Het clippen van de tricuspidalisklep wordt op dit moment bekostigd vanuit de subsidieregeling Vezo. Het clippen van de tricuspidalisklep bij TI voldoet derhalve (nog) niet aan de stand van de wetenschap en praktijk 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: Het clippen van de tricuspidalisklep in verband met TI maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

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 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en de 'stand van de wetenschap en praktijk' 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. Tussen Nederland en Colombia is geen verdrag gesloten inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 18.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De aanspraak op zorg in het buitenland is nader uitgewerkt in artikel 18.2. Verder bepaalt artikel 2 van de zorgverzekering dat het recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als een dergelijke maatstaf ontbreekt, is van belang wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Het artikel bepaalt daarnaast dat alleen recht bestaat op vergoeding van de kosten van zorg als de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 7.3. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, moet de commissie in de eerste plaats beoordelen of de in Colombia bij verzoeker uitgevoerde ingreep - het clippen van de tricuspidalisklep - voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. 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 gezocht en geselecteerd bewijs 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:

- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen (<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/02/02/vezo-tips-voor-het-opstellen-vanpicots>);

- (2) systematisch literatuuronderzoek;
- (3) samenvatten van het bewijs;
- (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
- (5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

De Hoge Raad heeft in een arrest van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) bepaald 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 heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot het clippen van de tricuspidalusklep. Het advies van 25 september 2024 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat het (nog) niet gaat om zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Wat verzoeker heeft aangevoerd over de oorzaak van de lekkage, het tijdig indienen van een aanvraag, en het gegeven dat de behandeling ook in het AMC wordt geboden, vormt voor de commissie geen aanleiding om van die conclusie af te wijken. De eerste twee punten zijn in dit kader niet relevant. Ten aanzien van het derde punt heeft het Zorginstituut toegelicht dat de behandeling in het AMC plaatsvindt in onderzoeksverband, namelijk in het kader van Veelbelovende zorg, en dat de kosten worden betaald vanuit een subsidieregeling en dus niet op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut daarom over. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en dat verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de in Colombia gemaakte kosten. Of verzoeker al dan niet redelijkerwijs op de behandeling was aangewezen behoeft verder geen bespreking.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 november 2024,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. 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;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

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

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

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.

2 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Restitutieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier;
- de door het CAK aangeleverde gegevens van een ambtshalve aangemelde verzekerde.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

U ontvangt een (digitale) zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgaanbieder tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heeft u recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

De kosten van zorg kunt u of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor uw eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U heeft alleen recht op vergoeding van zorg als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met u afsluiten als het door u verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder u in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven.

Deze regel is niet van toepassing als:

- U een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift heeft overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- U een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank heeft overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- U van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

18.2 Buitenland

Aanleveren van een nota en medisch verslag.

Voor de juiste hoogte van een vergoeding ontvangen wij een medisch verslag of een ontslagbrief van de behandelend arts waaruit blijkt welke zorg geleverd is. De ontslagbrief en de nota dienen te worden aangeleverd in een van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de ontslagbrief en nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling middels een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de brief en nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien van een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

Spoedeisende zorg

Bij spoedeisende zorg in het buitenland dient u direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens onze medisch adviseur. Wij vergoeden tot het marktconforme tarief.

SOS International kunt u bereiken op +31 (0)30 257 35 75 (staat ook op uw zorgpas) of via www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden

Niet-spoedeisende zorg vooraf aanvragen

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

Bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland hebt u geen recht op vergoeding van een éénpersoonskamer.

U woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland

Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Wij vergoeden maximaal tot het Nederlandse marktconforme tarief.

Meer informatie over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg kunt u vinden op onze website: www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/restitutiepolis.

U woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland. U heeft dan de keuze:

- wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

U woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland. U heeft dan de keuze:

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

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

Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

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

Meer informatie over het gebruik van uw EHIC kaart kunt u vinden op www.hetCAK.nl/regelingen/buitenland.

Betaling

Uw declaratie betalen wij uit in euro's. Wij gebruiken daarbij de omrekenkoers die geldt op het moment dat wij uw declaratie in behandeling nemen. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com. Wij betalen uit aan de verzekeringnemer op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

18.3 Dialyse

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

Wij vergoeden in een dialysecentrum:

- dialyse zonder opname;
- medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is en die bestaat uit:
 - onderzoek, behandeling en verpleging die met de dialyse gepaard gaat;
 - geneesmiddelen die nodig zijn voor de behandeling;
 - psychosociale begeleiding voor u en voor degenen die bij het uitvoeren van de dialyse helpen.

Als de dialyse bij u thuis plaatsvindt, heeft u recht op vergoeding van:

- een opleiding door het dialysecentrum voor degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyseapparatuur met toebehoren;
- chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn om de dialyse uit te voeren;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysetoel);
- de redelijke te verrichten aanpassingen in en aan uw woning en voor het herstellen van uw woning in de oorspronkelijke staat, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijke kosten (zoals elektriciteit en water) die rechtstreeks met de thuisdialyse te maken hebben, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voor de eventuele aanpassingen aan uw woning en herstellen van uw woning in de oorspronkelijke staat heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

18.4 Diëtetiek

Diëtetiek betreft voorlichting over eetgewoonten en voeding met een geneeskundig doel. De diëtist geeft advies over uw eetpatroon om uw lichamelijke gezondheid te bevorderen.

Vergoeding

Wij vergoeden maximaal 3 behandeluren diëtetiek per kalenderjaar. Het gaat om zorg zoals diëtisten die plegen te bieden. De zorg moet een geneeskundig doel hebben.

Wanneer u naar een niet gecontracteerde diëtist gaat heeft u een verklaring van een huisarts, tandarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist nodig waaruit blijkt voor welke indicatie u bij de diëtist onder behandeling bent.

Diëtetiek in het kader van gzsp

Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

Logopedie in het kader van gzsp

Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

18.17 Mechanische beademing

Wij vergoeden beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als u beademing thuis krijgt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum:

- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met de mechanische beademing.

Bij mechanische beademing in de thuissituatie heeft u recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.18 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvangt u van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

U heeft voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts of KNO-arts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.19 en 18.20. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Tandartsen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde mogen ook verwijzen naar de neuroloog, anesthesioloog (pijnpoli) of KNO-arts. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien mag verwijzen naar een klinisch fysisch audioloog en KNO-arts, de klinisch fysisch audioloog mag eveneens verwijzen naar de KNO-arts alsook naar de specialisten kinderarts, neuroloog, revalidatiearts en psychiater. In het geval van infectieziekten mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticen, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Wij vergoeden uw verblijf in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.19 en 18.20 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Logeerkosten bij CAR-T

U heeft recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie in de 3e en 4e week na de behandeling, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 89,- per nacht. In de 1e en 2e week van de behandeling verblijft u in het expertziekenhuis.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

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

Verder vergoeden wij medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist.

Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

IVF (in-vitrofertilisatie) of ICSI (Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie)

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendonatie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Als vrouw heeft u recht op vergoeding van deze zorg tot uw 43^e jaar, indien daarvoor een indicatie bestaat.

U heeft dan recht op 3 IVF- of ICSI-pogingen per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Wij vergoeden ook de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.

De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.

Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na IVF, geldt als nieuwe eerste poging.

Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF poging wordt aangemerkt. Een IVF-poging die is gestart voor uw 43^{ste} verjaardag mag worden afgemaakt.

Wij vergoeden geen:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap;
- eerste en tweede IVF-poging tot uw 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als u 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteit bevorderende behandelingen

U heeft recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (Medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteit bevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie of het ongedaan maken van een sterilisatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Wij vergoeden geen behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandeling van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping uw gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltepleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen uw aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als u deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Transgenderzorg

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBIGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten). Voor de eerste 10 epilatiebehandelingen in het gelaat hebt u geen toestemming nodig. Deze worden in ieder geval vergoed indien sprake is van verminking. Als u daarna nog meer epilatiebehandelingen nodig hebt, dan moet u daarvoor eerst toestemming vragen. Wij toetsen dan of u nog steeds aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet.

Second Opinion

Wij vergoeden een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is binnen hetzelfde vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg .

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op wetten.overheid.nl/zoeken.