



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Geneeskundige zorg, stand wetenschap en praktijk, ambulante flebectomie volgens Muller, hulpmiddelenzorg, orthopedische schoenen, steunzolen, tandheelkundige zorg
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.12 Rzv, voorwaarden aanvullende verzekering 2019 en 2020
Zaaknummer : 202000756
Zittingsdatum : 17 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 10 juli 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht een bindend advies uit te brengen. Op 21 juli 2020, 9 oktober 2020 en 23 oktober 2020 heeft verzoekster per brief haar verzoek aan de commissie gewijzigd.
 - 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 oktober 2020, 5 november 2020 en 1 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Kopieën van deze brieven zijn op 20 oktober 2020 en 2 december 2020 aan verzoekster gezonden.
 - 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben beiden verklaard van deze mogelijkheid geen gebruik te willen maken.
 - 2.4. Op 11 januari 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie het voorlopig advies (zaaknummer: 2020052557) uitgebracht. Een kopie is op 12 januari 2021 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 januari 2021 per e-mail meegedeeld dat hij zich kan vinden in het advies van het Zorginstituut en geen aanleiding ziet tot het geven van een inhoudelijke reactie. Verzoekster heeft op 2 februari 2021 per brief gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
 - 2.5. De nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gezonden. Op 18 februari 2021 heeft het Zorginstituut het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 maart 2021 per e-mail verklaard dat hij geen inhoudelijke reactie wenst te geven. Verzoekster heeft op 1 maart 2021 per brief gereageerd. Een afschrift hiervan is op 5 maart 2021 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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top Westland (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Met ingang van 1 juni 2020 is de aanvullende ziektekostenverzekering omgezet naar de AV-Top.

- 3.2. Op 14 oktober 2019 heeft de behandelend revalidatiearts over verzoekster verklaard:
(...) Op 23 september 2019 werd bovengenoemde patiënte in het Medisch Centrum voor Dansers en Musici onderzocht. Het betreft een danser.

*Reden van consult/verwijzing: Aanhoudende pijnklachten rechter voet.
Hulpvraag: Kunnen de schroeven verwijderd worden uit de rechter voet?*

Aanvullend onderzoek 30-09-2019

Echo Voet Rechts: Geen eerder onderzoek ter vergelijking. Gerichte echografie van de rechtervoet werd verricht. Tijdens mediolaterale compressie geen aanwijzingen voor Morton-neuroom. Echografische beoordeling van de voetrug beiderzijds toont normaal aspect van de intrinsieke weke delen. Normale extensorpezen.

Conclusie: geen structurele afwijkingen. Aanvullend X voet beiderzijds.

X-Voet Beiderzijds: Onderzoek van de beide voorvoeten in vergelijking met de serie voorgaande onderzoeken. Status na osteotomie 1e straal beiderzijds. Geringe artrotische veranderingen van de 1e straal beiderzijds. Status na doorgemaakte stressfractuur MTP2 rechts met fraaie consolidatie. Het bot van metatarsale II imponeert iets dikker na eerdere breuk. Goede positionering van osteosynthese materiaal (geheel binnen metatarsale I, steekt niet uit naar weke delen). Geen nieuwe fractuur zichtbaar.

Diagnose (voorlopig): pijnklachten in de rechtervoet dd. passend bij diepstand MTP, bij polyneuropathie, verstoring pijnsysteem. Er zijn geen aanwijzingen voor een relatie van de pijnklachten met het aanwezige osteosynthese materiaal.

Beleid: Ik bekeek samen met patiënte de foto's van de voeten. Ik besprak dat ik geen verklaring kan vinden op basis van de beeldvorming voor de aanhoudende klachten van de voet tussen dig I en II. Mogelijk is er wel een relatie met mogelijke polyneuropathie en diepstand van de MTP's. Voor onderzoek naar polyneuropathie en mogelijke oorzaak is zij verwezen naar de neuroloog. (...)"

- 3.3. Op 29 oktober 2019 heeft de behandelend neuroloog over verzoekster verklaard:
"(...) Bovengenoemde patiënte werd op 29-10-2019 gezien op de polikliniek Neurologie. Patiënt is verwezen door revalidatie arts. Reden van komst: Klachten van de rechter voet Binnenkomst Poliklinisch

Anamnese

Heeft klachten van duizeligheid, heeft ook pijn op het hoofd links. Heeft een klap gekregen op het hoofd op 19e. Heeft wisselend een instabiel gevoel met lopen en fietsen. Moet zich herpakken. Is 2 keer geopereerd aan de rechtervoet en 1 keer aan de linkervoet, hallux valgus. Heeft een prikkend gevoel in de vingertoppen, meer bij koude, maar ook wel bij warme handen. Heeft wisselend ook tintelingen in de voeten. En kramp in het rechter been in het rechter onderbeen. Ontwaakt hiervan en moet dan ook uit bed.

*Voorgeschiedenis: hallus valgus. Wolf parkinson White, knieklachten, varices .
27-10-2017 varices,*

2016 heroperatie Hallux valgus ivm pseudoartrose

2015 stressfractuur MT 2 rechts wv gipsschoen

03-02-2014, cysten mammae, X88

2014 Hohmann-osteotomie bij Hallux valgus bdz

2014 klachten nek en lage rug sinds 1985 na ANWB proef

(...)

Neurologisch onderzoek

Lengte: 185 cm, Gewicht: 89 kg, BMI: 26 kg/m, BSA: 2.14 m

Isocoor, GZV intact, in fundo geen afwijkingen. Symmetrisch gelaat.

Conclusie: Mogelijk PNP. Beleid: EMG, bloedonderzoek, controle nadien. (...)"

- 3.4. Op 30 december 2019 heeft de behandelend neuroloog over verzoekster verklaard:
"(...) Aanvullend onderzoek.
EMG: Conclusie: Onderzoek ondersteunend voor een sensomotore axonale polyneuropathie aan de benen.
Bespreking: Er is sprake van een CIAP (chronische idiopathische axonale PNP), bevestigd middels EMG. Het bloedonderzoek toont geen afwijkingen, die de polyneuropathie kan verklaren.
Conclusie: CIAP (chronische idiopathische axonale PNP) (...)"
- 3.5. Op 13 januari 2020 heeft de behandelend sportarts over verzoekster verklaard:
"(...) Pijnklachten voet DD sensitivatie syndroom PNP en diepgaande MTP's. Graag 12 inlays transversaalsteun net voor de MTP's teneinde deze op te strekken en te ontlasten. (...)"
- 3.6. In een ongedateerde brief is namens de behandelend revalidatiearts over verzoekster verklaard:
"(...) I.v.m. polyneuropathie schrijf ik voor bovengenoemde patiënt 12 verschillende soorten steunzolen voor. De zolen moeten verschillende afmetingen hebben voor verschillende soorten schoenen, zoals bijvoorbeeld laarzen, sportschoenen etc. Het doel is om normaal te kunnen functioneren en mindere belasting van de voeten. (...)"
- 3.7. Op 30 juni 2020 heeft de behandelend revalidatiearts - in reactie op een brief van de ziektekostenverzekeraar - over verzoekster verklaard:
"(...) U vraagt mij de reden van het voorschrijven van 12 paar steunzolen te onderbouwen echter ook geeft u in uw brief aan dat patiënte bij collega [naam], sportarts van het centrum voor dansers en musici in behandeling is. Hierbij wil ik u informeren dat ik niet de voorschrijver ben van de steunzolen. Ik kan uw vraag dan ook niet beantwoorden. Patiënte is voor de laatste maal in 2016, voor eenmalig consult op de polikliniek revalidatiegeneeskunde van dit ziekenhuis gezien. (...)"
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat vier paar steunzolen worden vergoed en dat de kosten van de overige steunzolen voor eigen rekening blijven.
- 3.9. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 25 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.10. Op 1 april 2020 heeft de behandelend sportarts ten behoeve van verzoekster een aanvraag opgesteld voor 12 paar orthopedische schoenen in verband met polyneuropathie aan beide voeten. Op 8 april 2020 heeft verzoekster deze aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 april 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de zorgverzekering dekking biedt voor één paar (semi)orthopedische schoenen per 15 maanden en een eventueel reservepaar eens per 36 maanden. Om hierop aanspraak te kunnen maken, zijn een verwijzing van een specialist en een offerte van een leverancier vereist. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verzocht deze offerte op te sturen.
- 3.12. Vanwege het uitblijven van een reactie heeft de ziektekostenverzekeraar op 22 april 2020 aan verzoekster een brief ter herinnering gestuurd. Omdat verzoekster ook hierop niet reageerde heeft de ziektekostenverzekeraar op 6 mei 2020 aan haar meegedeeld dat de aanvraag voor (semi)orthopedische schoenen is afgewezen.
- 3.13. Op 24 september 2020 heeft de behandelend tandarts zorgkosten in rekening gebracht voor een periodieke controle op 4 augustus 2020. Deze kosten zijn bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld dat deze kosten niet worden vergoed.

3.14. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om heroverweging van deze beslissing. Op 22 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.15. Op 29 september 2020 heeft de behandelend dermato-venereoloog over verzoekster verklaard: "(...) Op 24-09-2020 zag ik uw bovengenoemde patiënt(e) op mijn spreekuur in verband met uitsluiten varices onderbenen.

Voorgeschiedenis: ook bekend met polyneuropathie voeten en handen (neurologie).

Anamnese

Toelichting anamnese: Heeft spataderen sinds meerdere jaren. Klachten: L >R veel krampen aan de kuit, de voeten en buitenkant van de onderbenen. Reva arts wil graag uitsluiten varices. Geen moe en zwaar gevoel. Wel wat pijnklachten mediale L bovenbeen. Nooit DVT, longembolie, wondroos, open been, fracturen, wel gescheurde enkelbanden en hallux valgus operaties bdz. Geen TEK, G0P0

Dermatologisch onderzoek: Rechter been: Geen duidelijk varices. Corona negatief, oedeem spoor, ATP+. Linker been: Middelgrote varices op 5 cm van en evenwijdig aan L liesplooi verlopend naar anterolateraal. Corona negatief, oedeem spoor, ATP+.

Aanvullend onderzoek:

Veneuze duplex:

Conclusie:

Rechts:

- VSM VSP en het diepe systeem zijn sufficiënt.*
- Varix in het VSM traject thv de knie.*

Links:

- VSM niet aanwezig na foamen.*
- VSM-aa is insufficiënt van de junctie tot 35 cm prox patella. Varix aan de laterale zijde van het bovenbeen heeft verbinding met de VSM-aa. $t > 0,5s$ 0 7.8 mm VSM-aa heeft een zeer tortueus verloop met wisselende diameter.*
- VSP en het diepe veneuze systeem zijn sufficiënt.*

(...)

Diagnose: Primaire symptomatische VSM-AA varicosis L aansluitend op insufficiënte SF crosse als recidief na met foamsclerose behandelde VSM stamvaricosis in het verleden.

Beleid: Ambulante flebectomie volgens Muller (wordt mi vergoed i.v.m. insufficiënte SF-crosse met aansluitende VSM-AA insufficiënte varix). (...)"

3.16. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een ambulante flebectomie volgens Muller. Op 29 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat deze behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.

3.17. Het Zorginstituut heeft - voor zover hier van belang - op 11 januari 2021 verklaard:

"Verzekerde zorg

In het standpunt 'Invasieve behandeling van varices (spataderen): wanneer te verzekeren basiszorg?' uit 2014 geeft het Zorginstituut in bijlage 2 aan dat (foam)sclerocompressietherapie en ambulante flebectomie (Müller) voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk indien toegepast als behandeling van zijtak- en restvarices. Daarnaast geeft het Zorginstituut aan dat deze behandelingen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk indien toegepast bij stamvarices. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet een verzekerde wel voldoen aan specifieke, in het standpunt genoemde, voorwaarden.

In aansluiting op het standpunt hebben de betrokken beroepsgroepen, patiëntenverenigingen en Zorgverzekeraars Nederland aanvullende afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn vastgelegd in het document 'Afspraken over aanspraken en declaraties chronische oppervlakkige veneuze pathologie (spataderen)'. Flebectomie als behandeling bij staminsufficiëntie wordt in de volgende uitzonderingssituatie als behandeloptie genoemd (in het kader van te verzekeren zorg), namelijk indien de gebruikelijke behandelmethoden niet toereikend zijn. Dit is het geval indien het te behandelen traject dusdanig tortueus is dat strippen of endoveneuze behandeling niet mogelijk is (zie punt 7 van genoemd document).

Indicatievoorwaarden

In het standpunt uit 2014 (paragraaf 5.6) is aangegeven dat de beroepsgroepen de richtlijn (destijds) nog zouden aanvullen ten aanzien van recidief varices en dat daarop het Zorginstituut zou bezien in hoeverre er sprake zou zijn van medisch noodzakelijke zorg die onder de zorgverzekering valt. In aansluiting op het standpunt publiceerden de beroepsgroepen de genoemde aanvulling op de richtlijn en werden afspraken gemaakt, ook ten aanzien van recidief varices/neovarices. Uit het afsprakendocument blijkt dat er over de vergoeding van de behandeling van recidief varices/neo-varices consensus is tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenvereniging. De behandeling komt voor vergoeding in aanmerking indien voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- *De patiënt heeft symptomen passend bij de gediagnosticeerde veneuze afwijkingen;*
- *De te behandelen vene is verbonden met het diepe systeem (en kan zich presenteren als een persisterende crosse insufficiëntie, insufficiënte stamvene of insufficiënte vena perforans sec, als oorzaak voor het ontstaan van oppervlakkige varices);*
- *De diameter is minimaal 3 mm en de refluxtijd is ten minste 500 ms (0,5 seconde).*

Indicatie verzoekster

Bij verzoekster is sprake van insufficiëntie van de VSM-AA. Over of dit een stamvene of zijtak betreft is in de huidige richtlijn 'Veneuze pathologie/Varices'(2014) het volgende aangegeven: "Naast de v. saphena magna en parva zijn er venen die in het intrasaphenale compartiment lopen, te weten de VSM accessoria anterior (VSMAA) en posterior (...). De [richtlijn]werkgroep is van mening dat deze venen fysiologisch en functioneel tot de groep van de stammen behoren. De behandeling van reflux in deze venen wordt echter besproken in het hoofdstuk over zijtakvarices, omdat het extrafasciale deel vaak behandeld wordt als een zijtak." In het betreffende hoofdstuk wordt ambulante flebectomie als behandeling van VSM-AA geadviseerd, daar dit een betere effectiviteit heeft c.q. minder recidieven dan sclerocompressietherapie. Endoveneuze behandeling (zoals EVLT) wordt in de richtlijn niet als behandeloptie van zijtakvarices genoemd.

Bij verzoekster is sprake van een neovarix. Deze kan zich vormen, omdat de originele stamvene al enige jaren daarvoor werd verwijderd. Behandeling van neovarices valt onder de basisverzekering, mits voldaan wordt aan de voorwaarden voor stamvarices wat betreft klachten, reflux en diameter uit het afsprakendocument. Gelet op de informatie van de dermatovenereoloog voldoet verzoekster aan de indicatievoorwaarden. (...)"

- 3.18. Het Zorginstituut heeft - voor zover hier van belang - op 18 februari 2021 per brief verklaard: (...) U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Wel wil het Zorginstituut naar aanleiding van hetgeen verzoekster en de sportarts hebben geschreven het volgende opmerken. Bij de aanvullende informatie zit een brief van 2 februari 2021 van verzoekster en een brief van 3 februari 2021 van de sportarts. Verzoekster schrijft dat in de gecombineerde aanvraag uit het oorspronkelijk dossier duidelijk staat aangegeven aan welke eisen het schoeisel moet voldoen. Verzoekster schrijft dat zij vaak schoenen niet meer kan gebruiken, ze zijn niet meer passend, zodra er een steunzool in is gelegd. Omdat het belangrijk is om in ieder geval een paar schoenen te hebben dat aansluit bij de voorgeschreven zool, zijn de orthopedische schoenen aangevraagd. De sportarts schrijft dat verzoekster in aanmerking komt voor orthopedisch schoeisel vanwege chronische PNP en dat verzoekster om 5 paar schoeisel heeft verzocht maar weet dat er beperkt wordt vergoed. Voorts heeft verzoekster aangegeven 12 paar steunzolen nodig te hebben, daar verzoekster deze in verschillende soorten schoeisel wil

dragen (zowel in laarsjes als open schoeisel). De sportarts noemt in deze brief 'orthopedische schoenen' (OS-A), terwijl volgens de brief van 1 april 'semi-orthopedisch schoeisel' (OS-B) werd aangevraagd. Daarnaast ontbreekt ook bij deze brief meer specifieke informatie over de voetafwijkingen/functiestoornissen en over welke aanpassingen daarvoor in de schoenen zouden moeten worden aangebracht. De enige specificatie over eventuele aanpassingen is genoemd in de aanvraag van 13 januari 2020 voor inlays, namelijk dat de inlays transversaal steun moeten geven.

Wanneer een verzekerde uitkomt met confectieschoenen met steunzolen/inlays (met transversaal steun), is er in feite geen indicatie voor semi-orthopedische en orthopedische schoenen. Bij voetproblemen is het van belang dat confectieschoenen goede steun/stevigheid bieden en een juiste pasvorm hebben, en dat deze voldoende ruim zijn in geval er inlays/steunzolen nodig zijn.

Pas wanneer een verzekerde dusdanige functiestoornissen aan de voet heeft dat adequate confectieschoenen, ook met orthopedische voorzieningen, niet (meer) volstaan, dan zijn semi-orthopedische schoenen (OS-B) aan de orde. Indien een verzekerde door de functiestoornissen ook hiermee niet uitkomt, kunnen orthopedische schoenen (OS-A) aangewezen zijn.

Om in aanmerking te komen voor vergoeding van (semi-)orthopedische schoenen vanuit de basisverzekering moet (door de aanvrager arts en/of leverancier) afdoende onderbouwd zijn waarom confectieschoenen (ook met voorzieningen) niet volstaan. Aangezien de sportarts voor verzoekster steunzolen/inlays heeft aangevraagd, met als enige specificatie de transversale steun, kan geconcludeerd worden dat confectieschoenen met deze voorziening toereikend zijn.

Dat orthopedische schoenen zijn aangevraagd omdat de (confectie)schoenen van verzoekster niet goed passend zijn zodra daar een steunzool in is gelegd, vormt geen reden voor verstrekking van (semi-)orthopedische schoenen vanuit de basisverzekering. Indien er een indicatie is voor inlays/steunzolen, dan is het de verantwoordelijkheid van een verzekerde om hiertoe goede (voldoende ruimte en steun gevende) confectieschoenen aan te schaffen, met uitneembaar voetbed zodat de steunzool hierin geplaatst kan worden. Deze schoenen komen voor eigen rekening. (...)"

- 3.19. De behandelend sportarts heeft op 1 maart 2021 over verzoekster verklaard:
"(...) Bij bovengenoemde patiënte is er sprake van een CIAP (chronische idiopathische axonale PNP), bevestigd middels EMG, met pijnklachten en tintelingen in de voorvoet en tenen R>L. De voorgeschiedenisvermeldt hallux valgus correctie beiderzijds in 2015. Rechts re-operatie bij pseudo-artrose, gecompliceerd door "transferlaesion" van caput metatarsale 2 rechts door verkorting van de 1e straal, waardoor stressfractuur van de 2e straal MT 2, welke geconsolideerd is met forse callusvorming. Hierdoor heeft ze een sterk antalgisch looppatroon ontwikkeld. Aangezien er ook sprake is van hyperpronatie werd in 2016 steunzolen met een uitsparing onder caput metatarsale 2 rechts voorgeschreven.
Thans is er sprake van doorzakking in de MTP-gewrichten, waarvoor inlays met extra retrocapitale steun geïndiceerd is. Gezien de bovengenoemde voorgeschiedenis is er indicatie voor semi-orthopedische schoeisel, die voldoende ruimte en steun, met gefaciliteerde afwikkeling van de voorvoet geeft, waarin de specifieke inlays voldoende in passen (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar een ambulante flebectomie volgens Muller moet vergoeden;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar orthopedische schoenen moet vergoeden;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar 12 paar steunzolen moet vergoeden die zij op 17 december 2019 heeft aangeschaft;
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar aan haar een vergoeding moet toekennen voor de tandheelkundige zorg die zij op 4 augustus 2020 heeft ontvangen.
- 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg en hulpmiddelenzorg zijn opgenomen in de bijlage. Ook zijn hierin de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) vermeld. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een aanvraag heeft afgewezen voor een ambulante flebectomie volgens Muller, terwijl deze behandeling is voorgeschreven door een medisch specialist. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat een sportarts aan haar orthopedische schoenen heeft voorgeschreven. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat één paar kon worden aangeschaft en recht bestond op één reservepaar, mits aan de verzekeringsvoorwaarden werd voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens echter besloten de aanvraag voor de orthopedische schoenen af te wijzen. Hierop heeft verzoekster besloten deze niet aan te schaffen. Daarnaast heeft verzoekster aangevoerd dat aan haar 12 paar steunzolen zijn voorgeschreven door haar behandelend revalidatiearts en sportarts. De steunzolen zijn aangeschaft bij twee verschillende leveranciers, respectievelijk vier bij de ene en acht bij de andere. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt 100% dekking voor steunzolen. In de verzekeringsvoorwaarden is niet opgenomen dat de dekking is beperkt tot een bepaald aantal steunzolen per jaar. Dit laatste is ook telefonisch aan verzoekster bevestigd door de ziektekostenverzekeraar. Overigens kan worden verklaard waarom 12 paar verschillende steunzolen zijn voorgeschreven. Deze worden namelijk gebruikt voor diverse doeleinden, zoals in het dagelijks leven, maar ook voor sportbeoefening en ballet. De steunzolen zijn niet onderlig verwisselbaar, omdat deze verschillende afmetingen hebben. Tot slot heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geweigerd de kosten van de periodieke controle bij de tandarts op 4 augustus 2020 te vergoeden. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor deze zorg.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat een ambulante flebectomie volgens Muller geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering, omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat de zorgverzekering dekking biedt voor één paar (semi)orthopedische schoenen plus een eventueel reservepaar dat na 3 maanden kan worden aangevraagd. Om hierop aanspraak te kunnen maken, dient hiervoor een aanvraag te worden ingediend voorzien van een verwijzing van een arts en een offerte van een leverancier. Omdat verzoekster geen aanvraag heeft ingediend voorzien van deze informatie en zij deze ook na een rappel niet heeft aangeleverd, is de aanvraag niet verder in behandeling genomen. Een inhoudelijke beoordeling heeft om die reden niet plaatsgevonden. Dit onderdeel kan dan ook geen punt van geschil zijn.

Ten aanzien van het recht op vergoeding van steunzolen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende aangevoerd. De aanvullende ziektekostenverzekering is een schadeverzekering als bedoeld in artikel 7:925 BW, in samenhang gelezen met artikel 7:944 BW. De rechtsgevolgen van de overeenkomst worden in de eerste plaats bepaald door hetgeen met verzoekster is overeengekomen. Wat is overeengekomen kan echter niet enkel worden beantwoord op grond van een (zuivere) taalkundige uitleg van de bewoordingen van de overeenkomst (waaronder de polisvoorwaarden en de algemene voorwaarden aanvullende verzekering). Het komt aan op de zin die partijen over en weer redelijkerwijs aan elkaars verklaringen en gedragingen mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten. Verzoekster mocht niet verwachten dat zij onbeperkt steunzolen mocht aanschaffen. Dat is geen redelijke interpretatie van de overeenkomst. De dekking van elke verzekering is uit de aard van de overeenkomst begrensd. Het feit dat deze begrenzing, alleen ten aanzien van steunzolen, per abuis is weggefallen uit de voorwaarden, maakt dat niet anders.

Ingevolge artikel 6:248 eerste lid, BW heeft een overeenkomst niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien. Conform lid 2 is een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. Ook rust op iedere partij die schade lijdt of aanspraak maakt op verzekeringsdekking, de algemene plicht om zijn/haar schade te beperken. Dit beginsel vloeit in algemene zin voort uit artikel 6:101 BW en specifiek ten aanzien van verzekeringen uit artikel 7:957 en 7:960 BW. Ook in dit licht is het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat verzoekster (minimaal) 12 paar steunzolen heeft aangeschaft en vergoed wenst te krijgen, terwijl zij ook toe kan met een beperkter aantal.

Overigens blijkt uit de verzekeringsvoorwaarden dat sprake moet zijn van een 'medische noodzaak' om in aanmerking te komen voor de vergoeding van een bepaalde vorm van zorg. In de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is hierover vermeld: *"de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen, dit te beoordeling door de verzekeraar"*. Uit de verklaringen van de voorschrijvende artsen volgt niet waarom de steunzolen niet onderling uitwisselbaar zijn. Evenmin is aannemelijk dat de klachten die verzoekster ervaart als gevolg van haar aandoening zodanig ernstig zijn dat zij hiervoor 12 verschillende steunzolen nodig heeft. Ook de betrokken leveranciers zien de medische noodzaak niet in, zo blijkt uit de verklaringen die zij hebben gegeven.

Met betrekking tot een eventuele telefonische toezegging over de vergoeding van steunzolen heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar artikel 6, lid 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin is opgenomen dat mededelingen en toezeggingen die zijn gedaan door de ziektekostenverzekeraar hem niet kunnen binden, tenzij deze schriftelijk zijn bevestigd.

Ten aanzien van de vergoeding van de tandheelkundige zorg heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster met ingang van 1 juni 2020 niet langer is verzekerd op grond van de aanvullende verzekering AV-Top Westland, maar op grond van de aanvullende verzekering AV-Top. Deze verzekering biedt dekking voor twee controles bij de tandarts per jaar. Op 4 augustus 2020 heeft een derde controle plaatsgevonden. Deze kosten vallen niet onder de dekking van de aanvullende verzekering AV-Top.

Zorgverzekering

- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat een eventuele vergoeding van de gevraagde steunzolen en de tandartskosten op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering moet plaatsvinden, zodat de zorgverzekering verder onbesproken kan blijven. Dit geldt niet voor de andere zorg waarover het onderhavige geschil gaat.

Flebectomie volgens Muller

- 6.5. De commissie constateert dat een ambulante flebectomie volgens Muller een operatieve behandeling is van spataderen. Dit is een behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De zorgverzekering biedt dekking voor medisch specialistische zorg als de betreffende zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Gelet op het standpunt van de ziektekostenverzekeraar is de vraag of aan dit criterium wordt voldaan.
- 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. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of een ambulante flebectomie volgens Muller 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.
- 6.8. 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 kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) 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, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.9. Het Zorginstituut heeft de zorg beoordeeld die in geschil is. Het advies van 11 januari 2021 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat een ambulante flebectomie volgens Muller voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk indien toegepast als behandeling van zijtak- en restvarices. Om aanspraak te kunnen maken op de genoemde behandeling moet worden voldaan aan de voorwaarden die zijn vermeld in het standpunt '*Invasieve behandeling van varices (spataderen): wanneer te verzekeren basiszorg*' van het Zorginstituut. Aanvullend zijn criteria opgenomen in het document '*Afspraken over aanspraken en declaraties chronische oppervlakkige veneuze pathologie (spataderen)*' dat is opgesteld door de betrokken beroepsgroepen, patiëntenverenigingen en Zorgverzekeraars Nederland.
- Uit de informatie van de demato-venereoloog leidt het Zorginstituut af dat bij verzoekster sprake is van neovarix. Deze kan zich vormen, omdat de originele stamvene al enige jaren daarvoor werd verwijderd. Behandeling van neovarices valt onder de dekking van de zorgverzekering, mits voldaan wordt aan de voorwaarden voor stamvarices wat betreft klachten, reflux en diameter uit het afsprakendocument. Gelet op de informatie van de dermato-venereoloog voldoet verzoekster aan de indicatievoorwaarden.
- De commissie ziet geen reden af te wijken van het advies van het Zorginstituut. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op een ambulante flebectomie volgens Muller en de ziektekostenverzekeraar hiervoor alsnog een machtiging moet verstrekken.

Orthopedische schoenen

- 6.10. In artikel 35 van de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op hulpmiddelenzorg, waaronder orthopedische schoenen. De aanspraak op orthopedische schoenen is nader uitgewerkt in het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Op pagina 31 e.v. van het reglement is vermeld dat een aanvraag moet worden ingediend voor orthopedische schoenen. Als dit voor de eerste keer gebeurt, moet deze aanvraag zijn voorzien van een verwijzing van een medisch specialist. Als sprake is van het opnieuw aanschaffen van orthopedische schoenen moet de aanvraag zijn voorzien van een offerte en een toelichting van de leverancier.
- 6.11. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de aanvraag voor orthopedische schoenen aanvullende informatie aan verzoekster heeft gevraagd. Verzoekster heeft de gevraagde informatie niet aangeleverd ten tijde van de aanvraag en nadien ook niet volgend op het uitdrukkelijke verzoek van de ziektekostenverzekeraar. Dit vormt een gegronde reden voor de ziektekostenverzekeraar de aanvraag af te wijzen. Verzoekster heeft na het definitieve advies van het Zorginstituut een aanvullende verklaring van de sportarts ingezonden. Dit leidt niet tot een ander oordeel.
- Wellicht ten overvloede merkt de commissie op dat het verzoekster vrij staat opnieuw een aanvraag in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar en de gevraagde informatie alsnog aan te leveren, zodat alsnog een inhoudelijke beoordeling kan plaatsvinden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

Steunzolen

- 6.12. De commissie constateert dat in artikel 4 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de algemene voorwaarden) is opgenomen wanneer recht op vergoeding bestaat. In het derde lid van dit artikel staat dat het 'Vergoedingenoverzicht 2019 Aanvullende verzekering(en)' vermeldt onder welke voorwaarden recht bestaat op vergoeding of uitkering op grond van deze verzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoedingenoverzicht 'Dekking collectieve verzekering 2019 voor minima gemeente Westland' opgesteld. In dit overzicht staat dat de aanvullende ziektekostenverzekering een 100% dekking biedt voor steunzolen. Verder merkt de commissie op dat in artikel 5 van de algemene voorwaarden is opgenomen in welke gevallen géén vergoeding wordt verleend.
- 6.13. De commissie overweegt dat noch in de algemene voorwaarden van de ziektekostenverzekering noch uit het hiervoor genoemde vergoedingenoverzicht blijkt dat nadere voorwaarden zijn gesteld om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van steunzolen. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is hierin niet opgenomen dat de steunzolen moeten zijn voorgeschreven door een arts, dat hiervoor een medische noodzaak moet bestaan of dat sprake moet zijn van doelmatige zorgverlening. Dat een en ander volgens de ziektekostenverzekeraar 'vanzelfsprekend' is en dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat 12 paar steunzolen moeten worden vergoed, kan de commissie niet volgen. Hetzelfde geldt voor de verwijzing naar de wettelijke verplichting tot schadebeperking en het karakter van de aanvullende ziektekostenverzekering, die in samenwerking met de gemeente tot stand is gekomen en waarvan de kosten ten laste van het collectief komen. Het is aan de ziektekostenverzekeraar in de verzekeringsvoorwaarden duidelijk te beschrijven wanneer en onder welke voorwaarden de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor een bepaalde vorm van zorg. Dat dit in de onderhavige situatie niet is gebeurd, komt voor risico van de ziektekostenverzekeraar.

- 6.14. Het voorgaande neemt niet weg dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster mag vragen om nader te onderbouwen waarom zij redelijkerwijs is aangewezen op 12 paar steunzolen. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster gevraagd een verklaring hieromtrent te overleggen van de revalidatiearts.
- De commissie overweegt dat uit de verklaring van de behandelend revalidatiearts van 30 juni 2020 blijkt dat hij de steunzolen niet heeft voorgeschreven. In dit verband verwijst hij naar de behandelend sportarts. De commissie treft in het dossier van de behandelend sportarts aan een voorschrift voor 12 paar steunzolen van 13 januari 2020 en twee aanvullende verklaringen van respectievelijk 3 februari 2021 en 1 maart 2021. De commissie overweegt dat uit deze stukken niet blijkt dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op 12 paar steunzolen. Uit de stukken blijkt slechts dat verzoekster 12 paar steunzolen wenst, omdat zij verschillend schoeisel draagt. Daarmee heeft verzoekster niet de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde onderbouwing geleverd. Hij kon dan ook in redelijkheid tot zijn beslissing komen in totaal 4 paar steunzolen te vergoeden.
- 6.15. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name dat aan haar een telefonische toezegging zou zijn gedaan over de vergoeding van 12 paar steunzolen, kan de commissie niet volgen. De ziektekostenverzekeraar heeft een transcriptie overgelegd van het telefoongesprek tussen hem en verzoekster op 11 september 2019. Hieruit blijkt dat is gesproken over de vergoeding van steunzolen, maar niet dat aan verzoekster een ondubbelzinnige en ongeclausuleerde toezegging is gedaan over de vergoeding van 12 paar steunzolen. Integendeel, in het gesprek heeft verzoekster zelf aangegeven dat zij jaarlijks 1, 2, of 4 paar steunzolen nodig heeft en is niet gesproken over de vergoeding van meer paren.

Tandheelkundige zorg

- 6.16. De ziektekostenverzekeraar heeft erop gewezen dat verzoekster niet langer verzekerd is op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar met ingang van 1 juni 2020 volgens de voorwaarden van de AV-Top. Door verzoekster is dit niet betwist.
- Op pagina 17 e.v. van de verzekeringsvoorwaarden van de AV-Top is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden recht bestaat op vergoeding van tandheelkundige zorg. Hieruit volgt onder andere dat consulten (codes C11 en C13) tezamen maximaal tweemaal per jaar voor vergoeding in aanmerking komen.
- Daarnaast is op pagina 3 van de verzekeringsvoorwaarden vermeld dat bij een eventuele onderbreking of wijziging van de aanvullende verzekering de vergoedingen die in het verleden door DSW zijn toegekend, meetellen voor de bepaling van vergoedingen uit de nieuwe aanvullende verzekering.
- 6.17. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld - en door verzoekster niet bestreden - dat ten behoeve van verzoekster op 13 januari 2020 en 11 mei 2020 zorgkosten zijn gedeclareerd voor consulten bij de tandarts en dat deze zorgkosten zijn vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. De AV-Top biedt dekking voor maximaal twee consulten bij de tandarts per kalenderjaar, maar hierop worden de consulten die eerder op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn vergoed in mindering gebracht. Dit betekent dat de AV-Top geen dekking biedt voor het derde consult bij de tandarts dat op 4 augustus 2020 heeft plaatsgevonden.
- 6.18. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden een ambulante flebectomie volgens Muller te vergoeden op grond van de zorgverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor orthopedische schoenen terecht heeft afgewezen;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden meer dan 4 paar van de steunzolen die verzoekster in 2019 heeft aangeschaft te vergoeden;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar de tandheelkundige zorg die verzoekster op 4 augustus 2020 heeft ontvangen niet hoeft te vergoeden;
- (v) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 30 maart 2021



J.W. Heringa



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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°. 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 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.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in [artikel 2.8](#);
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in [artikel 2.9](#);
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in [artikel 2.10](#);
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in [artikel 2.11](#);
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in [artikel 2.12](#);
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in [artikel 2.13](#);
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [Red: vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in [artikel 2.16](#);
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in [artikel 2.17](#);
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in [artikel 2.18](#);
- l. injectiespuiten als omschreven in [artikel 2.19](#);
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in [artikel 2.22](#);
- q. [Red: vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in [artikel 2.24](#);
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in [artikel 2.26](#);
- u. [Red: vervallen;]
- v. [Red: vervallen;]
- w. [Red: vervallen;]
- x. [Red: vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [Red: vervallen;]
- aa. [Red: vervallen;]
- bb. [Red: vervallen;]
- cc. [Red: vervallen;]
- dd. [Red: vervallen;]
- ee. [Red: vervallen;]
- ff. [Red: vervallen;]
- gg. [Red: vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in [artikel 2.29](#).

Artikel 2.12

1. Hulpmiddelen als bedoeld in [artikel 2.6, onderdeel e](#), omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, toe te passen bij een ernstige aandoening, waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen.
 - b. hulpmiddelen, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed als omschreven in [artikel 2.17](#), ter compensatie van beperkingen bij het:
 - 1°. lopen;
 - 2°. gebruiken van hand en arm;
 - 3°. veranderen en handhaven lichaamshouding;
 - 4°. zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
 - 5°. gebruik van communicatieapparatuur.
2. In het geval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor een beperkte of onzekere duur.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat niet
 - a. hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken;
 - b. eenvoudige hulpmiddelen te gebruiken bij beperkingen bij het eten en drinken;
 - c. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij de aanpassing uitsluitend een sta-opstelsysteem betreft;
 - d. eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen.
4. Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Dekking collectieve aanvullende verzekering 2019 voor minima gemeente Westland

Overzicht uitbreiding van de dekking op grond van de AV-Top

1. Tandheelkunde

- a. **A - verdoving (anesthesie)**
100% vergoeding alle A-codes behalve A20
100% vergoeding alle B-codes op aanvraag
- b. **C - consultatie en diagnostiek**
100% vergoeding alle C-codes behalve C28, C29, C90 en C84
- c. **E - wortelkanaalbehandelingen (endodontologie)**
100% vergoeding alle E-codes behalve E87, E90, E95, E97 en E98
- d. **F - orthodontie**
100% vergoeding van orthodontische behandelingen tot een maximum van € 2.050,-.
- e. **G - kaakgewrichtsbehandelingen (gnathologie)**
100% vergoeding van: G69 inclusief techniekkosten, max. € 210,-: 1 x per kalenderjaar.
- f. **H - chirurgische ingrepen**
100% vergoeding alle H-codes behalve H90
- g. **M - preventieve mondzorg**
100% vergoeding alle M-codes behalve M10 en M20.
Meerdere gebitsreinigingen per kalenderjaar mogelijk
- h. **P - kunstgebitten (prothetische hulp)**
100% vergoeding van alle P-codes behalve P31, P32, P34 en P35 (vergoeding volgens polisvoorwaarden)
Geen vergoeding: P29, P33
- i. **V - vullingen**
100% vergoeding van alle V-codes behalve V30 en V35
- j. **X - maken en beoordelen foto's (röntgendiagnostiek)**
100% vergoeding: X10, X21 met een maximum van 3 stuks per kalenderjaar (ongeacht welke foto)
- k. **Tandheelkunde vanaf 18 jaar: Extra dekking na ongeval**
100% max. € 1.500,- per gebeurtenis, moet vooraf worden aangevraagd bij adviserend tandarts DSW.

2. Hulpmiddelen

- a. **Gezichtshulpmiddelen**
Brilmontuur: 100%; max. € 46,- (1 x per 3 jaar)
Brillenglazen/contactlenzen: 100% maximaal € 114,00 per glas/lens per 3 kalenderjaren (totaal maximaal € 228,00)
- b. **De kosten van batterijen voor hoorapparaten**
Max. € 50,- per jaar.
- c. **Hoortoestellen**
100% tot € 360,- per 5 kalenderjaren.
- d. **Steunzolen**
100%
- e. **Orthopedisch schoeisel**
100% vergoeding eigen bijdrage tot max € 70,- per jaar

3. Farmaceutische hulp

In aanvulling op de vergoeding voor geneesmiddelen op recept vanuit de zorgverzekeringswet, worden eveneens vergoed:

- a. 100% vergoeding eigen bijdrage voor geneesmiddelen binnen GVS (inclusief ADHD-geneesmiddelen) tot een maximum van € 250,- per jaar
- b. 100% vergoeding voor onderstaande geneesmiddelen op recept die in bepaalde situaties zelf betaald moeten worden:
 - maagzuurremmers voor kort gebruik;
 - kalmerende middelen (benzodiazepines);
 - antidepressiva.
- c. 100% vergoeding voor onderstaande zelfzorggeneesmiddelen op recept voor kortdurend gebruik:
 - laxeremiddelen;
 - middelen bij allergie en diarree;
 - middelen die de ogen beschermen tegen uitdroging;- slijmoplossers.

De vergoeding voor de onderdelen b en c tezamen bedraagt maximaal € 250,- per jaar.

4. Therapie en cursussen

a. Huidtherapie

- Acnétherapie: 100%, max. € 150,- per jaar;
- Camouflagetherapie: 100%, max. € 150,- per jaar. (incl. camouflagemiddelen);
- Elektrische/laserepilatie: 100%, max. € 470,- bij overmatige haargroei bij een vrouw in het gelaat (eenmalig).

b. Podotherapie

100%, max. 10 behandelingen per jaar, max. € 27,50 per behandeldag

c. (Overgangs)consult voor vrouwen

100%, max. € 150,- per jaar

d. Psychosociale oncologie (w.o. Herstel en Balans)

100%, max. € 500,- (eenmalig)

e. Cursussen en lidmaatschap

- cursus valpreventie, eenmalig tot max. € 250,- per jaar;
- lidmaatschap patiëntenvereniging, moet zijn aangesloten bij de NPCF, 100% vergoeding max. € 70,- per jaar.

5. Overige vergoedingen

a. Kraamzorg

100% van de eigen bijdrage thuis

b. Ziekenvervoer

100% vergoeding van de eigen bijdrage (zittend ziekenvervoer)

c. Pedicure

- Vergoeding 100% tot € 250,- per jaar;
- Verwijzing door huisarts of specialist;
- Uitsluitend voor deelnemers met diabetes of een vergelijkbare (neurologische) aandoening;
- Verricht door een podotherapeut of een lid van de Landelijke Organisatie voor de Voetverzorger/ Pedicure (ProVoet).

d. De extra kosten van een medisch noodzakelijk dieet (geen consulten)

Per dieet wordt een normbedrag (op basis van de normen van het Voedingscentrum) vergoed als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland, of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen;
- De deelnemer moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist;
- Uitsluitend na toestemming DSW.

e. Alarmering op sociale indicatie

100% vergoeding apparatuur en huur (na toestemming)

f. Kledingslijtage

100% max. € 160,- per kalenderjaar

g. Herstel-, kuur- en vakantieoorden

Astmatische kinderen jonger dan 21 jaar: 100%, max. € 200,- per jaar

h. Reiskosten

Vergoeding voor bezoek aan gezinsleden die ook bij DSW verzekerd zijn. 100%, max. € 0,18 p. km.; opnameduur: langer dan 14 dagen; vanaf 30e km (via kortste route)

i. Hospice

Vergoeding voor de kosten van het verblijf in hospice Naaldwijk, max. € 50,- per dag.

j. Strandgoed Ter Heijde (respijtzorg)

Mensen met een somatische en een psychogeriatrische beperking kunnen logeren op Strandgoed Ter Heijde zodat hun mantelzorger tijdelijk ontzien wordt.

De vergoeding is € 25 per dag voor maximaal 21 dagen. De vergoeding dient vooraf bij DSW te worden aangevraagd en door DSW te worden gemachtigd.

Artikel 2 Grondslag en doel van de Verzekering

- lid 1** De met de Verzekerde gesloten Verzekering is gebaseerd op de in het Aanmeldingsformulier verstrekte opgaven en inlichtingen. Een onjuiste of onvolledige opgave dan wel verzwijging van relevante feiten heeft tot gevolg dat het recht op vergoeding vervalt. Wij hebben dan ook het recht de Verzekering met onmiddellijke ingang op te zeggen.
- lid 2** Met deze Verzekering heeft de Verzekerde recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van in het document 'Vergoedingenoverzicht 2019, Aanvullende verzekering(en)' omschreven kosten, die niet of deels worden vergoed op grond van de Zorgverzekering, de Wlz, de Wmo of de Jeugdwet
- lid 3** Deze Algemene Voorwaarden zijn van toepassing op al onze Aanvullende verzekeringen.

Artikel 3 Toelating en inschrijving

- lid 1** Deze Verzekering kan uitsluitend worden gesloten in combinatie met een Zorgverzekering bij Zorgverzekeraar. Uitsluitend degenen die reeds een Zorgverzekering hebben bij Zorgverzekeraar komen in aanmerking voor deze Verzekering.
- lid 2** Wij beslissen over een aanmelding en kunnen een aanmelding weigeren dan wel onder beperkende voorwaarden accepteren. Een aanmelding kan onder meer worden geweigerd als een eerdere Verzekering van de desbetreffende aspirant-verzekerde is beëindigd wegens wanbetaling, onjuiste en/of onvolledige opgave en/of verzwijging, (poging tot) Fraude of ernstige misdrijvingen van de Verzekerde.
- lid 3** Het polisblad is een bevestiging van het bestaan van de Verzekering. Dit polisblad sturen wij jaarlijks aan de Verzekeringnemer.

Artikel 4 Aanvang van de Verzekering; recht op vergoeding

- lid 1** Als de aanmelding voor de Verzekering gelijktijdig plaatsvindt met de aanmelding voor een Zorgverzekering bij de Zorgverzekeraar, is de ingangsdatum van de Verzekering gelijk aan de ingangsdatum van de Zorgverzekering
- lid 2** Als de Verzekering later wordt aangegaan dan de Zorgverzekering is de ingangsdatum van de Verzekering gelijk aan de eerste dag van de maand volgend op de datum van aanmelding. In dat geval is de Verzekerde administratiekosten verschuldigd.
- lid 3** Het Vergoedingenoverzicht 2019 Aanvullende verzekering(en) geeft aan onder welke voorwaarden recht bestaat op vergoeding of uitkering op grond van de Verzekering. Dit document maakt integraal onderdeel uit van de Verzekering en is te raadplegen via www.dsw.nl. De vergoeding uit de Verzekering wordt jaarlijks door de directie van de Verzekeraar vastgesteld en bekendgemaakt.
- lid 4** Vergoeding op grond van deze Verzekering wordt niet eerder verleend dan na afloop van een termijn van twee maanden na de ingangsdatum van de Verzekering, tenzij de Verzekering tegelijkertijd met de Zorgverzekering wordt afgesloten.

- lid 5** Als een verzoek tot vergoeding of uitkering ten behoeve van de Verzekerde rechtstreeks bij ons is ingediend door een gecontracteerde zorgverlener, zal bij betaling aan die zorgverlener bevrijdend zijn betaald, en daarmee vervalt het recht van de Verzekerde op vergoeding.
- lid 6** Als een verzoek tot vergoeding of uitkering ten behoeve van de Verzekerde rechtstreeks door de Verzekerde of de Verzekeringnemer bij ons is ingediend, vindt betaling van een vergoeding uitsluitend plaats aan de Verzekeringnemer.
- lid 7** Tenzij anders vermeld, is de Verzekering alleen geldig in Nederland. Indien in de Algemene Voorwaarden wordt gesproken over dekking binnen Europa wordt onder Europa tevens bedoeld de Azoren, de Canarische Eilanden, Madeira, Algerije, Egypte, Israël, Libanon, Libië, Marokko, Syrië, Tunesië en Turkije. Indien in de Algemene Voorwaarden wordt gesproken over dekking buiten Europa, worden alle overige landen in de wereld bedoeld.

Artikel 5 Uitsluitingen

- lid 1** Het recht op vergoeding op grond van deze Verzekering kan pas worden uitgeoefend nadat eerst aanspraak gemaakt is op een vergoeding op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet, regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of andere voorziening. Vergoeding - geheel dan wel gedeeltelijk - op grond van deze Verzekering zal alleen plaatsvinden voor zover geen vergoeding en/of uitkering plaats vindt op enige in de vorige volzin bedoelde andere grond.
- lid 2** Geen vergoeding wordt verleend voor:
- de volgens de polisvoorwaarden van de Zorgverzekering, de Wlz, de Wmo of de Jeugdwet verschuldigde eigen bijdrage(n) en het eigen risico, tenzij in deze Algemene Voorwaarden dan wel in het Vergoedingenoverzicht 2019 Aanvullende verzekering(en) anders is bepaald;
 - Zorg die u aan uzelf heeft verleend komt niet voor vergoeding in aanmerking. Zorg verleend door uw partner of familielid in de eerste of tweede graad wordt ook niet vergoed. U kunt aan ons toestemming vragen voor zorgverlening door een familielid indien de zorg niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd. Wij kunnen bij uitzondering, afhankelijk van de specifieke omstandigheden, dan toestemming verlenen;
 - kosten die zijn gemaakt in de tijd dat deze Verzekering niet van kracht was, waarbij de behandeldatum en/of de datum van de levering van zorg bepalend is;
 - kosten die zijn ontstaan doordat de Verzekerde een verplichting die volgens deze Algemene Voorwaarden op hem rust niet is nagekomen waardoor onze belangen zijn geschaad;
 - kosten die zijn ontstaan of mogelijk zijn geworden door opzet, grove schuld of met de wil van de Verzekerde of belanghebbenden;
 - kosten die het gevolg zijn van enig misdrijf waaraan de Verzekerde heeft deelgenomen;
 - kosten die direct of indirect verband houden met zelfdoding van de Verzekerde, of een poging daar toe;
 - kosten ontstaan in en door militaire dienst;
 - kosten ontstaan of mogelijk geworden door gebruik van alcohol, bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen door de Verzekerde;

- lid 2**
- kosten verband houdende met inbeslagneming of verbeurdverklaring;
 - declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken (no show);
 - vertaalkosten verband houdende met anderstalige nota's;
 - kosten die zijn veroorzaakt of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij. Dit overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponereerd;
 - kosten die zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, tenzij opgetreden bij een medische behandeling van een Verzekerde; Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staats blad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

Artikel 6 Rechten en verplichtingen

- lid 1** Met inachtneming van een eventueel van toepassing zijnde Wachtijd, als vermeld in artikel 4, lid 4, heeft de Verzekerde recht op vergoeding van verzekerde kosten of hulp, voor zover gemaakt of verleend gedurende de periode waarin deze Verzekering van kracht is.
- lid 2** Bij deze Verzekering kan volgens het Vergoedingenoverzicht 2019 Aanvullende verzekering(en) sprake zijn van aanspraak op een bijdrage in aanvulling op een vergoeding die op grond van de Zorgverzekering is verleend. Deze bijdrage geldt uitsluitend als op grond van de polisvoorwaarden van de Zorgverzekering aanspraak bestaat op de desbetreffende vergoeding.
- lid 3** Wij nemen uitsluitend in behandeling: originele nota's die voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de Verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. De nota moet zodanig gespecificeerd zijn dat wij zonder verdere navraag kunnen zien welke vergoeding wij moeten verlenen. Als u de nota zelf heeft ontvangen van de zorgverlener bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgverlener. Als u de nota van een zorgverlener zelf heeft betaald kunnen wij u vragen om een schriftelijk betaalbewijs. Indien wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie af en krijgt u hierover schriftelijk bericht.