

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, (allogene) tracheatransplantatie bij een vernauwing van de luchtpijp, stand wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Rzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202201156
Zittingsdatum : 30 november 2022

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 8 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 augustus 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 16 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 september 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022037680) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 oktober 2022 aan partijen gestuurd. Op 24 oktober 2022 heeft verzoekster de commissie telefonisch ervan op de hoogte gebracht dat in het desbetreffende advies van het Zorginstituut drie wetenschappelijke artikelen worden genoemd die niet als bijlage bij het advies zijn gevoegd. De commissie heeft hierop het Zorginstituut verzocht de vindplaats van deze wetenschappelijke artikelen aan haar kenbaar te maken. Bij brief van 27 oktober 2022 heeft het Zorginstituut de commissie de vindplaats van alle vier, in het advies van 18 oktober 2022 genoemde artikelen, meegedeeld. Een kopie van deze brief is aan partijen gestuurd. Bij e-mailbericht van 31 oktober 2022 heeft verzoekster de commissie haar reactie doen toekomen. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 november 2022 gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede een kopie van de reactie van verzoekster van 31 oktober 2022 zijn op 8 december 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 12 december 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Wereldfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden in het vervolg onbesproken.

- 3.2. Bij verzoekster is sprake van een vernauwing van de luchtpijp. Sinds 2011 heeft zij hiervoor verschillende behandelingen ondergaan. Op 24 februari 2022 is bij de ziektekostenverzekeraar per e-mail een aanvraag gedaan voor een tracheatransplantatie, uit te voeren in het UZ te Leuven, België. Bij e-mailbericht van 3 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.
- 3.3. Diezelfde dag heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar per e-mail een artikel gestuurd dat zij van de behandelend medisch specialist in België had ontvangen. Tevens heeft zij toen gevraagd welke informatie nodig was om een positieve beslissing op de aanvraag te krijgen. Bij e-mailbericht van 4 maart 2022 antwoordde de ziektekostenverzekeraar haar dat hij bij het ingenomen standpunt bleef. Diezelfde dag belde verzoekster hierover met de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mailbericht van 6 maart 2022 stuurde verzoekster de ziektekostenverzekeraar een overzicht van de door haar, tot dan toe, ondergane behandelingen. In reactie hierop verklaarde de ziektekostenverzekeraar bij het door hem ingenomen standpunt te blijven. Bij e-mailbericht van 4 april 2022 vroeg de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een machtiging af te geven, omdat hij rechtstreeks contact wilde opnemen met de KNO-arts in Nederland. Diezelfde dag retourneerde verzoekster het ingevulde machtigingsformulier per e-mail. Op 19 april 2022 heeft telefonisch contact plaatsgevonden tussen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en de KNO-arts. Bij e-mailbericht van 13 mei 2022 informeerde verzoekster naar de uitkomst van het overleg. De ziektekostenverzekeraar berichtte haar op 18 mei 2022 per e-mail dat hij bij zijn afwijzende beslissing bleef, en dat verzoekster zich kon wenden tot de SKGZ.
- 3.4. Bij brief van 29 juni 2022 heeft de behandelend KNO-arts in Nederland, in een brief aan de huisarts, over verzoekster verklaard:

"Gezien bovenstaande heb ik patiënte eerder naar het UZ te Leuven verwezen (Prof. dr. P. Delaere) om te overwegen of patiënte in aanmerking zou komen voor een tracheatransplantatie. Zijn advies was positief.

Helaas heeft de verzekeraar van haar laten weten dat deze de daarbij horende kosten niet op zich wil nemen ondanks het feit dat we eigenlijk ook geen goed alternatief voor haar beschikbaar hebben. De mogelijkheden die resten zijn een tracheotomie (permanent) met als risico dat de stenosering dan leidt tot spraakverlies, of een totale larynxextirpatie. Beide ingrepen leiden tot een flink kwaliteit-van-leven verlies en zijn ook onomkeerbaar. Een transplantatie is dan ook niet meer mogelijk.

Concluderend zijn we in een impasse gekomen. Inmiddels heb ik overleg gehad met Prof. dr. Delaere. Hij staat niet helemaal afwijzend tov het idee om de ingreep onder zijn regie in het Radboudumc uit te voeren. Overleg in zijn team volgt nog en ik word daarover nog bericht. Doorlopen screening van patiënte voor een dergelijke ingreep hebben we overigens al uitgevoerd in het Radboudumc en gelukkig zijn er geen contra-indicaties aangetroffen.

Een tweede optie is dat patiënte de kosten zelf draagt voor de ingreep in het UZ Leuven.

Een derde optie is dat patiënte de kwestie voorlegt aan de commissie Geschillen in de Zorg. Ik heb begrepen dat deze procedure inmiddels door het echtpaar is gestart."

- 3.5. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in het UZ Leuven uit te voeren tracheatransplantatie te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat bij haar inmiddels een groot aantal behandelingen heeft plaatsgevonden, echter zonder blijvend succes. Zo is de luchtpijp diverse malen gelaserd, is

deze 23 keer opgerekt, en 2 keer ingekort. Een tracheatransplantatie is voor haar nog het enige alternatief. Verzoekster verwijst voor een verdere onderbouwing naar de brief van 29 juni 2022 van haar KNO-arts in Nederland. Deze medisch specialist verwees haar naar het UZ Leuven.

- 4.3. Tijdens de hoorzitting is door verzoekster bevestigd dat er alternatieven voor de aangevraagde luchtpijptransplantatie bestaan. Gelet op de ingrijpende gevolgen zijn dit eigenlijk pas alternatieven als alle andere, minder ingrijpende mogelijkheden zijn geprobeerd. Een van deze minder ingrijpende mogelijkheden is de onderhavige luchtpijptransplantatie. Daar komt bij dat de alternatieve ingrepen misschien qua operatie goedkoper zijn, maar dat het nazorgtraject veel duurder is. In dat verband doet verzoekster nadrukkelijk een beroep op substitutie of een coulancevergoeding.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de door verzoekster aangevraagde behandeling niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Hierbij is door hem verwezen naar het Besluit zorgverzekering. Het is volgens de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk hiervan af te wijken, aangezien dat een ongewenste precedentwerking tot gevolg heeft. In het Besluit zorgverzekering staat vermeld dat zorg slechts mag worden vergoed, als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk bewijs moet zijn waaruit de effectiviteit van de behandeling blijkt. De KNO-arts heeft de situatie van verzoekster uitvoerig besproken met de medisch adviseur en deze is ook volledig duidelijk. Er is onvoldoende internationaal wetenschappelijk bewijs waaruit blijkt dat een tracheatransplantatie voldoende effect heeft. Deze behandeling voldoet daarom niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en kan om die reden niet vanuit de basisverzekering worden vergoed.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat de zorgverzekering geen mogelijkheid kent voor een substitutievergoeding. Voor een coulancevergoeding ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"De voorgestelde operatiemethode wordt beschreven in het artikel van Delaere (2019). De beoogde behandeling is een allogene tracheatransplantatie waarbij de luchtpijp van een donor eerste wordt geïmplantéerd in de onderarm van verzoekster en na verloop van tijd als vervanging van de luchtpijp van verzoekster wordt gebruikt.

Het artikel geeft aan dat met deze methode ervaring is opgedaan bij zes patiënten waarvan vijf met een stenose (Delaere 2010 en 2012). Zoals verweerder aangeeft was bij geen van deze vijf patiënten sprake van een eenzelfde oorzaak van de luchtpijp vernauwing (stenose) zoals bij verzoekster. In geen van de artikelen is de behandeling vergeleken met de standaard behandeling.

Het Zorginstituut kan zich vinden in het oordeel van verweerder dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er zijn geen andere richtlijnen die deze behandeloptie bespreken of andere relevante artikelen gevonden door het Zorginstituut.

Een trachea transplantatie bij trachea stenose van onbekende oorzaak moet nog als experimenteel worden beschouwd. Een recent artikel van Ren et al. (2022) ondersteunt dit. Hierin wordt aangegeven dat transplantatiereconstructie (inclusief allografttransplantatie en xenotransplantatie), prothetische implantatie en weefsel-engineering procedures alternatieven kunnen zijn als end-to-end anastomose niet mogelijk is. Over al deze operaties bestaat echter discussie en er zijn verdere onderzoeken nodig om tot een consensus te komen.

Conclusie

Op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur kan geconcludeerd worden dat een (allogene) tracheatransplantatie bij de indicatie vernauwing van de luchtpijp niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een (allogene) tracheatransplantatie vanwege vernauwing van de luchtpijp maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de Algemene regels van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg en de stand van de wetenschap en praktijk alsmede die uit Vo. nr. 883/2004 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.

Zorgverzekering

- 8.2. Verzoekster wenst naar België, een andere EU-lidstaat, te gaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo.nr. 883/2004. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat de behandeling niet overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat de voorwaarde dat zorg als de onderhavige overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk moet zijn, zoals bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv, niet beperkt blijft tot behandeling in Nederland, maar in een buitenslandsituatie voor de toepassing van de verordening onverkort geldt. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde afwijgrond wordt als volgt overwogen.
- 8.3. Bij de beoordeling of een (allogene) tracheatransplantatie bij een vernauwing van de luchtpijp voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, neemt de commissie het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.

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.

- 8.4. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. 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; de commissie kan hiervan gemotiveerd afwijken. 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.
- 8.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot een (allogene) tracheatransplantatie bij een vernauwing van de luchtpijp. Het advies van 18 oktober 2022 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut concludeert hierin dat genoemde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet in hetgeen door verzoekster is gesteld geen aanleiding van het advies af te wijken en neemt de hierin opgenomen conclusie dan ook over. Het voorgaande betekent dat de door verzoekster aangevraagde behandeling geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Zij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze ingreep, ten laste van de zorgverzekering. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 om die reden terecht onthouden.
- 8.6. Het door verzoekster gedane beroep op substitutie of een coulancevergoeding kan niet leiden tot een andere uitkomst. Substitutie is op grond van de zorgverzekering niet mogelijk en de commissie kan de ziektekostenverzekeraar niet verplichten tot een coulancevergoeding. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar, en deze heeft - daarnaar gevraagd - verklaard hiertoe geen aanleiding te zien. Met dit oordeel wenst de commissie overigens niets af te doen aan de ernst van de situatie waarin verzoekster verkeert. Integendeel, de commissie heeft begrip voor de situatie van verzoekster doch zij is gebonden aan de strikte wet- en regelgeving op dit punt.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 december 2022,

J.W. Heringa

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

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.

● 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

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

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

● Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

Wij betalen altijd in euro's. Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontvangt.

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

Dit is het geval als de zorg voor u doelmatig is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.