

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
Zaak : EU/EER, Duitsland, endoscopische maagverkleining (Weight Doctors SLEEVE®), stand
wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr.
883/2004
Zaaknummer : 202200696
Zittingsdatum : 25 januari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 14 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 27 september 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 september 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 31 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022039391) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 november 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 25 januari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 30 januari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 31 oktober 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 31 januari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Ditzo Vrije Keuze (combinatie) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker kampte met morbide obesitas en als gevolg hiervan met een forse leversteatose. Ondanks verschillende pogingen daartoe lukte het verzoeker niet om af te vallen. Gelet op de mogelijke gevolgen van zijn zwaarlijvigheid heeft verzoeker ervoor gekozen om een maagverkleining te laten uitvoeren. Op 13 maart 2022 heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een endoscopische maagverkleining (Weight Doctors SLEEVE®), uit te voeren in Dortmund, Duitsland. Bij brief van 1 april 2022 heeft de zorgverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist.

- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 april 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. In mei 2022 heeft verzoeker in Dortmund een endoscopische maagverkleining (Weight Doctors SLEEVE®) laten uitvoeren.
- 3.5. Bij brief van 31 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de kosten van de in mei 2022 in Dortmund uitgevoerde endoscopische maagverkleining (Weight Doctors SLEEVE®) te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker voert hiertoe aan dat hij in de nacht van 7 op 8 maart 2022 wakker is geworden met de symptomen van een hartinfarct. Uiteindelijk is uit de nadien uitgevoerde onderzoeken gebleken dat daarvan geen sprake was. Wel bleek hij te kampen met forse leversteatose, dit als gevolg van ernstig overgewicht. Na het horen van deze diagnose bestond bij verzoeker de noodzaak om zo snel mogelijk af te vallen. Omdat eerdere pogingen om af te vallen waren mislukt, heeft hij ervoor gekozen een maagverkleining te laten uitvoeren.
- 4.3. Via via is verzoeker terechtgekomen bij Weight Doctors in Dortmund. Deze kliniek voert niet een traditionele sleeve-operatie uit, maar een endoscopische maagverkleining (Weight Doctors SLEEVE®). In vergelijking met de traditionele sleeve-operatie biedt de endoscopische maagverkleining (Weight Doctors SLEEVE®) veel voordelen. Zo wordt er geen incisie in de buik gemaakt, maar gaat een en ander via de slokdarm. Deze vorm van opereren heeft als voordeel dat de herstelperiode veel korter is en minder belastend voor de patiënt. De zorgverzekeraar wil de uitgevoerde ingreep echter niet vergoeden omdat er onvoldoende wetenschappelijke studies zijn die de meerwaarde aantonen. Verzoeker kan dit standpunt niet begrijpen. In de eerste plaats omdat een kliniek in Veldhoven onlangs toestemming heeft gekregen eenzelfde soort behandeling uit te voeren.
Het is dan op zijn minst opmerkelijk te noemen dat een kliniek wél toestemming krijgt om de behandeling uit te voeren, maar dat deze niet wordt vergoed. Ten tweede geldt dat verzoeker zich genooddaakt zag zich zo snel mogelijk te laten opereren. Het betrof niet een cosmetische ingreep, maar een medische, die zag op het verhelpen van een forse leversteatose. Door het uitvoeren van de maagverkleining zijn problemen als leverfibrose en levercirrose voorkomen. Dat de ingreep effect heeft gehad blijkt ook uit het feit dat verzoeker ruim 25 kilo is afgevallen.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. **Standpunt zorgverzekeraar**

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat een endoscopische maagverkleining (nog) geen verzekerde prestatie vormt op grond van de Zvw, omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een en ander blijkt uit het feit dat er onvoldoende literatuur is waarin de endoscopische benadering direct wordt vergeleken met de gouden standaard, de laparoscopische benadering. Hierdoor is de endoscopische benadering niet op gelijke hoogte te plaatsen met de standaardbehandeling. Bovendien is er nog veel onduidelijkheid over de lange termijnresultaten van de endoscopische benadering. Alleen een goed opgezette RCT kan

een definitief oordeel geven over of de endoscopische benadering voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Verder moet worden opgemerkt dat, ook al zou de endoscopische maagverkleining voldoen aan dit criterium, er mogelijk ook dan geen vergoeding kan plaatsvinden. Dit omdat het voor de zorgverzekeraar thans nog onduidelijk is hoe het vereiste voor- en nazorgtraject er bij verzoeker heeft uitgezien.

- 5.2. In het kader van de onderhavige procedure heeft de zorgverzekeraar opnieuw een literatuursearch uitgevoerd. Hieruit is naar voren gekomen dat er twee RCT's zijn waarin de endoscopische maagverkleining wordt vergeleken met alleen levensstijlverandering. Voor het overige zijn er vooral observationele, retrospectieve studies met lage aantallen. Er is één retrospectieve studie die de endoscopische maagverkleining vergelijkt met de laparoscopische sleeve gastrectomie. In deze studie liet de endoscopische maagverkleining een lager gewichtsverlies zien over 2 jaar dan de laparoscopische sleeve. Derhalve is er geen wetenschappelijk bewijs dat de endoscopische maagverkleining gelijkwaardig is aan een van de in de richtlijn opgenomen operatietechnieken.
- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar 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 31 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Bariatrische chirurgie kan onder de basisverzekering vallen, indien er aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan. De standaard chirurgische behandelingen worden open - of laparoscopisch uitgevoerd (sleeve, bypass, maagbandje). Bij een endoscopische maagverkleining (endoscopic sleeve gastropasty (ESP of ESG)) wordt de maag met inwendige hechtingen verkleind tot een smalle buismaag.

Zoals verweerder terecht aangeeft, is ESG op dit moment nog geen standaard behandeling, en wordt ook niet genoemd in de Nederlandse richtlijn Chirurgische behandeling van obesitas. Weliswaar zijn er een aantal (internationale) wetenschappelijke onderzoeken gedaan naar effectiviteit en veiligheid van ESG. Er zijn aanwijzingen dat de ingreep effectief en veilig is. Het beste bewijs hiervoor zijn gerandomiseerde trials. Hiervan zijn er twee recentelijk verricht bij patiënten met lichte tot matige obesitas graad 1 en 2 (Huberty et al. uit 2020, Dayyeh et al. uit 2022). Echter, bij beide studies is de controlegroep 'lifestyle alone' en niet de gewenste standaard behandeling zoals laparoscopic sleeve gastropasty (LSG)). Daarnaast was er géén sprake van ernstige (morbide) obesitas zoals in het huidige geschil. In de recente studie van Carr et al. werd ESG wel vergeleken met LSG. Het betreft hier echter een niet-gerandomiseerde observationele studie in één behandelcentrum waar bij 16 patiënten een ESG werd uitgevoerd. Het gewicht nam in beide groepen af en ESG leek veilig in combinatie met multidisciplinaire ondersteuning. Conclusie was dat er meer goed gepowerde studies (voldoende deelnemers) nodig zijn om deze resultaten te bevestigen. Vooralsnog voldoet ESG als interventie bij morbide obesitas niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat endoscopic sleeve gastropasty (ESG) als interventie bij morbide obesitas niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van het ESG ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Endoscopic sleeve gastropasty (ESG) voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en behoort derhalve niet tot 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 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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.
- 8.2. Verzoeker wenste naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, te gaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo.nr. 883/2004. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar 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 Nederland, maar in een buitenslandssituatie voor de toepassing van de verordening onverkort geldt. Ten aanzien van de door de zorgverzekeraar gehanteerde afwijsggrond wordt als volgt overwogen.

Zorgverzekering

- 8.3. Bij de beoordeling of een endoscopische maagverkleining (Weight Doctors SLEEVE®) 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 endoscopische maagverkleining (Weight Doctors SLEEVE®). Het advies van 31 oktober 2022 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut concludeert hierin dat er weliswaar enkele studies beschikbaar zijn, maar dat meer studies (met voldoende deelnemers) nodig zijn om de behaalde resultaten te bevestigen. Dit betekent dat een endoscopische maagverkleining vooralsnog niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet in hetgeen door verzoeker is gesteld, met name de door hem genoemde voordelen ten opzichte van de 'gewone' sleeve-operatie en het feit dat de ingreep voor hem medisch noodzakelijk was, geen aanleiding van het advies af te wijken. De commissie neemt de in het advies van het Zorginstituut opgenomen conclusie dan ook over. De stelling van verzoeker dat een kliniek in Veldhoven goedkeuring heeft gekregen om een soortgelijke ingreep als de onderhavige uit te voeren, maakt het voorgaande niet anders. Dit omdat het feit dat een kliniek een ingreep mag uitvoeren niet zonder meer betekent dat de ingreep ook ten laste van de zorgverzekering moet worden vergoed. Het voorgaande betekent dat de bij verzoeker uitgevoerde behandeling geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Hij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze ingreep, ten laste van de zorgverzekering. Tevens heeft de zorgverzekeraar verzoeker de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 om die reden terecht onthouden.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 februari 2023,

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.

(...)

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:

(...)

- 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 verslachte 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 gehemelte spleten, 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;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)

.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Wtza

Wet toetreding zorgaanbieders.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen of met een Wlz-toelating.

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel mensen zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Zorgaanbieder

Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener die in het bezit is van een WTZa toelating.

Zorgtraject (GGZ)

Dit zijn alle GGZ-prestaties voor de verzekerde geleverd door dezelfde zorgaanbieder. Het traject loopt maximaal 1 jaar en eindigt wanneer de zorgaanbieder en/of de verzekerde de behandeling afsluiten. Bij terugval/recidive binnen een jaar na het laatste consult moet hetzelfde zorgtraject opnieuw geopend worden.

Zorgverlener

Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent

Zorgverzekeraar

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Zvw-pgb

Persoonsgebonden budget volgens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

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

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons. Je ontvangt een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet je aan de zorgaanbieder tonen bij het invoeren van zorg. Daarna heb je recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

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

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking je recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat je recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verant-

woorden en adequate zorg en diensten. Je hebt alleen recht op vergoeding van zorg als je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met je afsluiten als het door jou verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder je in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

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

Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met je op digitale wijze. Wil je toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kun je hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. Je krijgt op deze manier alsnog jouw correspondentiestuk op papier. Je verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat je opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvang je gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

Artikel 3 Vergoeding van zorg

Vergoeding

Om te bepalen of je recht hebt op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste zorgactiviteit) bepalend voor het recht op vergoeding van zorg. Op het startmoment moet je bij ons verzekerd zijn om zorg vergoed te krijgen.

Vrije keuze van zorgaanbieder

Met deze basisverzekering heb je recht op de vergoeding van kosten voor zorg. Daarbij ben je volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. Je kunt hierbij gebruik maken van:

- zorg verleend door een zorgaanbieder die een overeenkomst met ons heeft (gecontracteerde zorg);
- zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg).

Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Als je kiest voor zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder, vergoeden wij je kosten volgens de tarieven die wij hebben afgesproken met deze zorgaanbieder. Wij betalen de zorgaanbieder rechtstreeks en je ontvangt geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage betaal je meestal apart aan de zorgaanbieder. Is dat niet het geval, dan incasseren wij dit bij je. Naast afspraken over de tarieven en de wijze van declareren, leggen wij in het contract met de zorgaanbieder ook afspraken vast over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg en de voorwaarden waaronder de zorg mag worden verleend.

Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://ditzo.z-zoeker.nl>.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief en vrije tarieven

Als je naar een zorgaanbieder binnen Nederland gaat waarmee wij geen of beperkt een contract hebben afgesloten dan vergoeden wij je behandeling tot ten hoogste 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Het gemiddelde gecontracteerde tarief is gemiddelde bedrag dat wij betalen voor je behandeling als je naar één van onze gecontracteerde zorgaanbieders gaat. Uitzonderingen hierop zijn:

- Huisarts
Hiervoor geldt dat wij huisartsenzorg vergoeden tot 100% van het maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa. Door de huisarts aangevraagd onderzoek (zoals een röntgenfoto of bloedonderzoek) dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd vergoeden wij tot ten hoogste 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

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

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

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

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

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Wij vergoeden onder andere geen:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Second Opinion

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

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is.

De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen.

Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op <https://wetten.overheid.nl/zoeken>.

Artikel 18.18 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg je precies recht hebt hangt ervan af of je jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft (doorgaans vanaf 2 jaar) is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Je kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.