

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: EU/EER, Oostenrijk, medisch-specialistische zorg, NoTube-behandeling, hoogte vergoeding
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer	: 202101801
Zittingsdatum	: 9 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 13 september 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 12 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 december 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 10 december 2021 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 17 januari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021049035) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 18 januari 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 ziektekostenverzekeraar zijn op 9 februari 2022 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 en de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 17 maart 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 17 januari 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 21 maart 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend twee sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzekerde was afhankelijk van sondevoeding. Om hiervan af te komen, hebben verzoeker en zijn echtgenote gezocht naar mogelijke behandelingen. Zij zijn terecht gekomen bij een kliniek in Graz,

Oostenrijk, die de zogenoemde NoTube-behandeling aanbiedt. De kosten van de behandeling heeft verzoeker gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 januari 2021 aan verzoeker meegedeeld dat een vergoeding wordt verleend van maximaal € 1.736,48, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.4. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 maart 2021 en 24 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 17 januari 2022 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies het volgende verklaard:

"(...) DBC-zorgproduct

Het geschil gaat over de hoogte van de vergoeding. Het NoTube programma is een vorm van 'netcoaching' op afstand in tegenstelling tot de behandeling 'onsite' bij voedingssonde (tube) afhankelijkheid bij kinderen. Vanuit Graz is hierbij een multidisciplinair (medisch) team betrokken (arts, psycholoog, gespecialiseerde therapeut). Voor de berekening van de vergoeding is gebruik gemaakt van DBC-zorgproduct 991216004 met de omschrijving: "Meer dan 6 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand of meer dan 1 dagbehandeling bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kind)". Deze DBC lijkt inderdaad de best passende.

Beoordeling NoTube programma

De zorg zelf is niet in geschil. Verweerder acht het NoTube programma voor kinderen die al het mogelijke in Nederlandse setting hebben geprobeerd zonder succes als behandeling volgens de stand van de wetenschap en praktijk, omdat voor deze groep geen gerandomiseerd gecontroleerd (RTC) onderzoek naar de effectiviteit kan worden verwacht. Het Zorginstituut heeft over de effectiviteit van het NoTube 'netcoaching' programma geen standpunt ingenomen.

Om de onderbouwing van verweerder te kunnen beoordelen is een literatuuronderzoek verricht in Medline (via Pubmed). Er is een retrospectief vergelijkend onderzoek gevonden (Marinschek 2014) waarin geen significante verschillen werden gevonden tussen patiënten (leeftijd 0, 21-23, 65 jaar) wat betreft het succes van volledig afwennen van sondevoeding tussen netcoaching (153 van 169 ((90.5%)) en het klinische programma (170 van 209 (81.3%)). Dit onderbouw[t] het standpunt van verweerder.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproduct 991216004 de best passende is.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid en kan geen advies uitbrengen over dit geschil. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier het DBC-zorgproduct 991216004 de best passende is. (...)"

4. Geschil
 - 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de NoTube-behandeling in Graz, Oostenrijk, volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.736,48 te vergoeden.
 - 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg alsmede artikel 20 van 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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft toegelicht dat verzekerde prematuur is geboren bij 29 weken zwangerschap. Op een korte periode na is hij sindsdien afhankelijk geweest van een neussonde. De sonde en daarbij behorende sondevoeding hebben veel negatieve effecten op hem gehad, waaronder extreme reflux, slijmvorming, aversie in het neus-mondgebied en een tragere ontwikkeling. Ondanks intensieve begeleiding door diverse behandelaars (onder andere een logopediste, fysiotherapeut, kinderarts en osteopaat) is het niet gelukt hem zelf te laten eten en drinken. Via behandelaars en lotgenoten kwamen verzoeker en zijn echtgenote meer te weten over de NoTube-behandeling die in Oostenrijk wordt gegeven. In overleg met de kinderarts, en na een evaluatie bij NoTube, is ervoor gekozen het programma op afstand te volgen. Dit in verband met de maatregelen tegen COVID-19, en omdat verzekerde zich prettiger en veiliger voelt in de eigen omgeving, wat de kans op succes verhoogt. De behandeling is ook succesvol geweest, want verzekerde heeft geen sonde meer.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten tot een bedrag van € 1.736,48, wat 75% is van het gecontracteerde tarief van € 2.315,30. Verzoeker is van mening dat dit bedrag te laag is. De ziektekostenverzekeraar classificeert de behandeling ten onrechte niet als expertisehandeling. Het is juist dat in Nederland trajecten bestaan om van sondevoeding af te komen, maar dit betreffen andere methodes. Bovendien kosten beide beschikbare methodes veel meer dan het nu vergoede bedrag. Daarnaast is het verzoeker gebleken dat andere verzekerden de behandeling volledig vergoed hebben gekregen van de ziektekostenverzekeraar, omdat deze in hun geval wel werd gezien als een expertisehandeling.
- 6.4. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat de behandeling die in Oostenrijk wordt aangeboden patiënten wereldwijd trekt. De instelling is om die reden als een expertisecentrum te beschouwen. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding voor de verleende zorg voorts ten onrechte gekoppeld aan een vergelijkbare behandeling in Nederland. Deze is er namelijk niet. Het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde tarief is dan ook niet passend voor de maandenlange begeleiding door een multidisciplinair team die verzekerde heeft ontvangen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat geen sprake is van een expertisehandeling. In het verleden zijn hierbij bij andere verzekerden fouten gemaakt. De keuze van verzoeker en zijn echtgenote voor de NoTube-behandeling vindt de ziektekostenverzekeraar begrijpelijk. De kinderarts heeft verklaard verzekerde niet te hebben verwezen naar de Seys-klinieken in Nederland, omdat daar een wachttijd was, en verzekerde nu juist interesse in voedsel vertoonde. Dit verhoogt de slagingskans van een therapie bij voedselweigering. Dat wil zeggen dat mogelijk ook therapieën in andere centra succesvol hadden kunnen zijn. Er bestaan veel zorgaanbieders

voor een behandeling van voedselweigerings. Ook in Oostenrijk ziet men de NoTube-behandeling niet als expertise. De kosten worden daar niet vergoed vanuit de sociale ziektekostenverzekering. Gezien de omstandigheden spreekt de ziektekostenverzekeraar hierbij wel van een 'last resort'-behandeling.

- 6.6. Het Zorginstituut heeft in 2010 onderzocht of de NoTube-behandeling zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk was. Destijds is geoordeeld dat dit het geval was, en de behandeling is vanaf 1 januari 2011 opgenomen in het basispakket. Met ingang van 2013 is (een vorm van) voedselweigerings als eetstoornis opgenomen in de DSM5. Vanaf 2015 is de GGZ voor jeugdigen overgegaan van de zorgverzekering naar de gemeente. Behandeling van voedselweigerings door de Seys-klinieken wordt sindsdien niet meer vanuit de zorgverzekering betaald. Dat is wellicht ook het geval voor behandeling van voedselweigerings door andere zorgverleners. Het Zorginstituut heeft hierover nog geen nieuw standpunt ingenomen. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar aangesloten bij het eerdere standpunt. In 2010 heeft het Zorginstituut een DBC-zorgproduct aangewezen om de NoTube-behandeling te vergoeden. Dat DBC-zorgproduct bestaat echter niet meer. De meest toepasselijke DBC heeft de ziektekostenverzekeraar bepaald op 14E273. Verzekerde heeft aanspraak op 75% van het hiervoor gecontracteerde tarief. Dit komt neer op een vergoeding van € 1.738,48.
- 6.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in de zorgverzekering niets is bepaald over een expertisebehandeling. Aangesloten kan worden bij de definitie die hierover is opgenomen in de aanvullende ziektekostenverzekering, op bladzijde 58 van de voorwaarden. Het moet gaan om (i) een medische behandeling, die (ii) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en die (iii) niet in Nederland beschikbaar is. Indien aan deze criteria wordt voldaan, komt, aldus de ziektekostenverzekeraar, de behandeling voor 100% vergoeding in aanmerking, maar in het onderhavige geval voldoet de behandeling van verzekerde aan de eerste twee criteria en niet aan het derde. Er zijn in Nederland immers alternatieve behandelingen voorhanden.

Overwegingen commissie

- 6.8. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 ziet op een verzekerde die naar een andere EU-lidstaat reist met het doel aldaar tijdens zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen. Verzekerde heeft in de onderhavige situatie zorg ontvangen in de thuissituatie via een videoverbinding. Hij is derhalve niet naar Oostenrijk gereisd, en heeft hier ook niet verbleven. De verordening is daarom op hem niet van toepassing. Beoordeling zal moeten plaatsvinden aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.9. Het staat vast dat verzoeker namens verzekerde een gedeeltelijke vergoeding heeft ontvangen voor de NoTube-behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee erkend dat deze behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzekerde hiervoor een indicatie had. De vraag die moet worden beantwoord, is of de hoogte van de verleende vergoeding juist is.
- 6.10. De ziektekostenverzekeraar is ter bepaling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van het DBC-zorgproduct 991216004 (declaratiecode 14E273) met als omschrijving: "Diagnosen psychisch/gedrag overig | Poli >6/Dag >1 | Kindergeneeskunde psychosociaal (...) Meer dan 6 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand of meer dan 1 dagbehandeling bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kind)". Het betreft een code uit het zogenoemde gereguleerde segment, waarbij maximumtarieven gelden. Het maximumtarief was in 2020 voor niet-gecontracteerde zorg bij een naturapolis € 1.555,21. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard eerder een bedrag van € 1.736,48 te hebben genoemd, en het verschil niet van verzoeker terug te vorderen. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 17 januari 2022 is het gehanteerde DBC-zorgproduct het meest passende voor de No Tube-behandeling.

- 6.11. Verzoeker heeft aangevoerd dat aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan € 1.736,48, omdat het hier gaat om een expertisebehandeling. Hij verwijst hiervoor naar informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar. Het is de commissie gebleken dat hier is vermeld dat in geval van een expertisebehandeling 100% van de kosten wordt vergoed, onder aftrek van het eigen risico. Niet verwezen is naar een voorwaarde in de zorgverzekering waarin de expertisebehandeling is geregeld. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat de zorgverzekering geen voorwaarde kent waarin dit is opgenomen en door hem is vervolgens een beroep gedaan op en verwezen naar de definitie van een expertisebehandeling, die is vermeld op pagina 58 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. In artikel 9.3 op deze pagina is de expertisebehandeling als volgt gedefinieerd: *"Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk maar momenteel in Nederland niet beschikbaar is en/of niet kan worden uitgevoerd en waar u redelijkerwijs op inhoud en omvang bent aangewezen. (...)".* Uit deze bepaling volgt dat sprake is van een expertisebehandeling als het gaat om (i) een medische behandeling in het buitenland, die (ii) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en waarop een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen en die (iii) in Nederland niet beschikbaar is en/of niet kan worden uitgevoerd.
- 6.12. Tussen partijen is niet in geschil dat de NoTube-behandeling een medische behandeling is die wordt gegeven vanuit Oostenrijk, dat deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen. Dit komt overeen met het feit dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor reeds een gedeeltelijke vergoeding heeft verleend. Wat partijen verdeeld houdt, is de vraag of wordt voldaan aan de hiervoor in 6.11 onder (iii) genoemde voorwaarde. Het staat vast dat de NoTube-behandeling in Nederland niet 'on site' wordt uitgevoerd. Wel zijn alternatieven voorhanden. De ziektekostenverzekeraar stelt om die reden dat niet is voldaan aan de definitie van een expertisebehandeling. De commissie volgt hem hierin niet. In de door de ziektekostenverzekeraar genoemde bepaling staat immers dat de medische behandeling niet in Nederland beschikbaar moet zijn. Hierbij is niet vermeld dat het ook om alternatieven voor die behandeling kan gaan. De commissie is daarom van oordeel dat de NoTube-behandeling die verzekerde heeft ondergaan, voldoet aan de voorwaarden voor een expertisebehandeling zoals deze zijn opgenomen in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarbij, naar de stellingen van de ziektekostenverzekeraar, ook voor de zorgverzekering aansluiting moet worden gezocht.
- 6.13. Zoals hiervoor is overwogen, is in de zorgverzekering niet geregeld wat de hoogte is van de vergoeding voor een expertisebehandeling. Op de website is hierover slechts vermeld dat het zou gaan om een vergoeding op basis van 100%, hetgeen tijdens de hoorzitting aan de orde is geweest.
- 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek toe en beslist:

- i) dat de ziektekostenverzekeraar 100% van de kosten van de NoTube-behandeling in Graz, Oostenrijk aan verzoeker moet vergoeden; en
- ii) dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet vergoeden.

Zeist, 22 maart 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

Behandeling		Basisverzekering Basis Exclusief	Basisverzekeringen Basis Zeker Basis Budget ZieZo Basis ZieZo Basis Selectief
			Aanvullende verzekeringen Basis Plus Module Aanvullend 1, 2, 3 en 4 sterren Aanvullend Onderwijs 1, 2, 3 en 4 sterren Aanvullend Zorg 1, 2, 3 en 4 sterren Aanvullend WENB 1, 2, 3 en 4 sterren ZieZo Aanvullend 1 en 2 AV Amsterdam 1, 2 en 3 Optimaal Aanvullend 1, 2 en 3
Verrichting	Omschrijving	Vergoeding restitutiepolis (Wmg-tarief of marktconform bedrag)**	Vergoeding Naturapolis (75% van het gemiddelde tarief* waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht bij door ons gecontracteerde zorgverleners)
14E269	Behandeling of onderzoek en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand en/of dagbehandeling bij een infectieziekte (bij kind)	€ 1.033,12	€ 715,40
14E270	Behandeling of onderzoek en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand en/of dagbehandeling met bijzondere activiteiten bij een infectieziekte (bij kind)	€ 1.077,27	€ 783,78
14E271	Kopiëren van DNA bij HIV/ AIDS (bij kind)	€ 744,34	€ 528,95
14E272	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij HIV/ AIDS (bij kind)	€ 369,55	€ 244,16
14E273	Meer dan 6 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand of meer dan 1 dagbehandeling bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kind)	€ 2.404,73	€ 1.555,21
14E274	Meer dan 6 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand of meer dan 1 dagbehandeling bij bedreigde ontwikkeling van het kind	€ 2.468,74	€ 1.272,01
14E275	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kind)	€ 34.021,41	€ 25.473,79
14E278	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij bedreigde ontwikkeling van het kind	€ 30.406,44	€ 20.677,04

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
- 2 Wanneer uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, moet u voor de 60e dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatief terminale zorg.
- 3 Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
- 4 De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- b wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
- c wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.31 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a een ziekenhuis;
- b een zelfstandig behandelcentrum of
- c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via www.agbcode.nl.

De zorg bestaat uit:

- a medisch-specialistische zorg;
- b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts, arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), de optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg of een andere medisch specialist.
- 2 Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- 3 Naar een longarts mag u ook zijn doorverwezen door een GGD-arts als het gaat om een verdenking van TBC.
- 4 De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 5 Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- 6 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van 'B: Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel B.9 Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
- Artikel B.14 Audiologisch centrum
- Artikel B.18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
- Artikel B.21 Astmacentrum in Davos
- Artikel B.22 Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
- Artikel B.23 Mechanische beademing
- Artikel B.24 Thuisdialyse
- Artikel B.25 Transplantaties van organen en weefsels
- Artikel B.26 Plastische chirurgie
- Artikel B.27 Revalidatie
- Artikel B.32 Bevalling en verloskundige zorg
- Artikel B.33 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
- Artikel B.35 Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel B.42 Trombosedienst



Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d behandelingen met sterilisatie als doel;
- e behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel B.17 en B.18 over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandigbehandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Zwanger (worden)/baby/kind

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.32 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische indicatie (32.1) en geen medische indicatie (32.2).

32.1 Met medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- a verloskundige zorg door een medisch specialist. Daaronder valt ook zorg door een verloskundige in een ziekenhuis die onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist werkt;
- b het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

32.2 Zonder medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- a het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 36,- per verblijfsdag (€ 18,- voor de moeder en € 18,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 255,- per dag (€ 127,50 voor de moeder en € 127,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 36,- ook het bedrag dat boven de € 255,- per dag uitkomt;
- b verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

Voorbeeld: Wij vergoeden maximaal € 219,- per dag voor het gebruik van de verloskamer. De berekening hiervoor is als volgt: € 255,- (of een hoger bedrag) -/- € 36,- (eigen bijdrage) = maximaal € 219,- per dag voor moeder én kind. NB Geboortecentra brengen vaak maar één dag in rekening.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden.



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. (...)*”

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 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 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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij 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;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.