

BINDEND ADVIES

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300021

Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de op 31 mei 2023 door haar te Hurghada, Egypte, ondergane hallux valgus-operatie ten bedrage van € 9.350,- volledig te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk een vergoeding toegekend van € 4.925,49. Verzoekster kan daarnaast de kosten van extramurale geneesmiddelen en fysiotherapie declareren met gespecificeerde nota's ter zake. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het marktconforme tarief, en dus de vergoeding, € 5.005,78 bedraagt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar na de hoorzitting besloten uit coulance ook vijf behandelingen fysiotherapie aan verzoekster te vergoeden.
- 1.2. De commissie overweegt dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van het marktconforme tarief. Gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar bij het vaststellen van de vergoeding is uitgegaan van het juiste DBC-zorgproduct. Voor de vaststelling van het marktconforme tarief wordt eerst in Open DIS Data nagegaan welke tarieven de overige zorgaanbieders voor eenzelfde behandeling (zorgvorm) in rekening brengen. Die tarieven vormen, indien zij onderling geen onredelijke verschillen vertonen, een bandbreedte van tarieven die in de Nederlandse markt voor een specifieke behandeling (zorgvorm) als marktconform kunnen worden beschouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft hier navraag naar gedaan en hieruit is een bedrag gekomen van € 2.950,10. Vervolgens vindt de individuele beoordeling plaats. Deze leidt tot de conclusie dat het bij verzoekster in rekening gebrachte bedrag zodanig afwijkt dat dit in de Nederlandse marktomstandigheden niet als marktconform kan worden beschouwd. Dit betekent dat de door de ziektekostenverzekeraar bepaalde vergoeding van € 5.005,78 voor juist moet worden gehouden.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 20 juli 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 31 juli 2023 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 16 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 juni 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 13 september 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023023919) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 september 2023 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar de commissie binnen een week informeert of de fysiotherapie, die in het hotel aan verzoekster is verleend, kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 oktober 2023 voorgesteld om uit coulance vijf behandelingen fysiotherapie aan verzoekster te vergoeden. Deze vergoeding bedraagt vijf maal € 34,40 (totaal € 172,-). Een kopie van deze brief is op 27 oktober 2023 aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft bij brief van 8 december 2023 meegedeeld akkoord te zijn met voornoemde coulancevergoeding.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 18 december 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 september 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 20 december 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft bij brief van 22 augustus 2022 aan de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd voor een in de Ortho Spine & Sport Clinic te Hurghada, Egypte, uit te voeren hallux valgus-operatie. Bij brieven van 2 september, 23 september en 5 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie verzocht. Verzoekster heeft deze aangeleverd, waarna de ziektekostenverzekeraar bij brief van 17 oktober 2022 toestemming heeft verleend, onder vermelding van een indicatieve vergoeding van € 4.925,49. Verzoekster heeft hierop bij brief van 21 oktober 2022 gereageerd. De ziektekostenverzekeraar stuurde haar op 24 oktober 2022 een ontvangstbevestiging en nam op 9 november 2022 telefonisch contact met haar op. Bij brief van 9 november 2022 bevestigde hij hetgeen telefonisch met verzoekster was besproken. Op 29 november 2022 volgde opnieuw een telefoongesprek.

Bij brief van 8 december 2022 vroeg verzoekster nogmaals aandacht voor de kwestie. De ziektekostenverzekeraar reageerde hierop bij brief van 14 december 2022, onder handhaving van zijn beslissing ten aanzien van de hoogte van de vergoeding.

- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 28 december 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 2 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Verzoekster heeft zich hierna gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen leidde niet tot een hogere vergoeding.
- 3.4. Bij brief van 13 september 2023 heeft het Zorginstituut vragen van de commissie beantwoord.
- 3.5. Bij brief van 20 december 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de op 31 mei 2023 door haar te Hurghada ondergane hallux valgus-operatie ten bedrage van € 9.350,- volledig te vergoeden.
- 4.2. In haar brief aan de commissie van 28 juli 2023 stelt verzoekster dat door de ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van een onjuist DBC-zorgproduct. Zo is haar bekend dat een andere verzekerde in 2019 een vergoeding van € 11.446,- heeft ontvangen voor dezelfde ingreep, in dezelfde kliniek. Aanvankelijk heeft verzoekster aangevoerd dat hiervoor drie verschillende DBC's zijn gehanteerd, maar dit bleek later onjuist. Bij de vergoeding is uitgegaan van één DBC-zorgproduct, te weten 131999222 (15C755) met in 2019 een tarief van € 9.883,91. Volgens de site van de NZa vindt hierbij fixatie plaats. Bij de berekening zijn in het geval van de andere verzekerde ook ligdagen meegenomen. Volgens verzoekster blijkt hieruit dat de ziektekostenverzekeraar geen eenduidig beleid voert. Zij acht dit niet rechtvaardig. Daarnaast heeft verzoekster van een orthopedisch chirurg in Nederland vernomen dat DBC-zorgproduct 131999201 (15C745) "Inbrengen van een enkelprothese en/of voetprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de enkel en/of voet" in haar situatie passender is. Deze behandeling kent een hogere vergoeding. Volgens verzoekster is het ook in Nederland gebruikelijk dat twee ligdagen in rekening worden gebracht. Een zelfde behandeling kost in Duitsland € 8.900,-. Zij licht toe dat er in Nederland drie behandelopties bestonden, die echter geen van alle adequaat waren. In Egypte is het bot van haar rechter grote teen doorgesneden, waarna de stand is gecorrigeerd en een en ander is gefixeerd met speciale schroeven. Tevens is het bot schoongemaakt en is de artrose behandeld. Verzoekster wijst erop dat in het buitenland wordt uitgegaan van een ander systeem van declareren. De prijs van € 9.350,- ziet op een totaalpakket, dus inclusief de kosten van fysiotherapie en geneesmiddelen. Verzoekster heeft hiervoor dan ook geen aparte nota's ontvangen. De fysiotherapie was noodzakelijk om oedeemvorming na de operatie te voorkomen. Zij merkt op dat in het geval van de andere verzekerde het bedrag van het totaalpakket wél werd vergoed. Verzoekster verklaart dat zij niet meer kon lopen. Haar pijnklachten zijn door de ingreep verdwenen en zij is weer aan het werk.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij van de ziektekostenverzekeraar nooit een duidelijk antwoord heeft gehad op haar vragen over hoe tot de betreffende DBC is gekomen. Inmiddels heeft het Zorginstituut verklaard dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC het meest passend is. De uitleg had echter vanuit de ziektekostenverzekeraar moeten komen. Daarnaast heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar telefonisch toegezegd dat verzoekster de nota van de medicatie en de

fysiotherapie alsnog mocht indienen. Er is echter niet uitgelegd hoe zij dit moet doen, en zij krijgt de betreffende medewerker niet meer te spreken.

Verzoekster verwijst nogmaals naar de vergoeding die aan een andere verzekerde is toegekend. Daarnaast expliciet gevraagd door de commissie licht zij toe dat de betreffende persoon aan beide voeten is behandeld, en dat zij aan één voet is behandeld.

Verzoekster heeft voorts aangevoerd dat de behandeling in Nederland leidt tot rigiditeit.

Daarom heeft zij gekozen voor de behandeling in Egypte.

Daarnaar expliciet door de commissie gevraagd, licht verzoekster toe dat zij in Egypte fysiotherapie heeft gehad in verband met oedeemvorming in haar voet, die na de ingreep is ontstaan. De behandeling is uitgevoerd door een fysiotherapeut en was erop gericht het oedeem zo snel mogelijk terug te dringen. Zij is ook in het hotel nog behandeld door de fysiotherapeut. De kosten hiervan zijn niet apart in rekening gebracht, maar zijn onderdeel van de totaalprijs van de ingreep. Verzoekster merkt op dat de ligdagen gebruikelijk zijn, omdat de ingreep met een ruggenprik plaatsvindt. Het is daarna noodzakelijk nog 24 uur te blijven liggen. Zij vraagt waarom zij wel toestemming heeft gekregen van de ziektekostenverzekeraar, maar niet het advies zich te wenden tot een andere specialist in Nederland die deze ingreep ook toepast.

- 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.
- 4.5. Verzoekster heeft bij brief van 17 november 2023 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 25 oktober 2023. Verzoekster heeft in deze brief een aantal van haar eerdere argumenten herhaald. Bij brief van 8 december 2023 heeft verzoekster meegedeeld akkoord te zijn met de door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde coulancevergoeding voor de fysiotherapie.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 14 december 2022 toegelicht dat DBC-zorgproduct 131999235 (15C758/17C75) "Operatie enkel of voet bij operatie van botspierstelsel" het best passend is. De bijbehorende vergoeding bedraagt € 4.925,49. In Nederland is het niet gebruikelijk dat bij een hallux valgus-operatie twee ligdagen in rekening worden gebracht. Het door verzoekster genoemde DBC-zorgproduct 131999201 (15C745) is niet van toepassing, aangezien geen sprake is van het plaatsen van een prothese. Voor DBC-zorgproduct 131999222 (15C755) ontbreekt een onderbouwning. Met betrekking tot de andere casus verklaart de ziektekostenverzekeraar dat drie codes zijn genoemd. Het betreft evenwel maar één DBC-zorgproductcode. De andere codes zijn referentiecodes van de ANWB. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij voor de bepaling van het marktconforme tarief de methodiek hanteert die in de rechtspraak (ECLI:NL:GHARL:2021:9573) is ontwikkeld en ook door de commissie wordt toegepast. Als het gedeclareerde tarief hoger is dan het door hem bepaalde indicatieve tarief, wordt een individuele beoordeling uitgevoerd waarbij wordt nagegaan of het gedeclareerde tarief excessief is. Verzoekster kan de kosten van fysiotherapie en extramurale geneesmiddelen apart declareren met gespecificeerde nota's. De nota's fysiotherapie moeten in ieder geval de naam van de fysiotherapeut en het aantal behandelingen vermelden.
- 5.2. In zijn brief van 16 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij bij de NZa het hoogste tarief voor DBC-zorgproduct 131999235 zal opvragen dat is betrokken bij de berekening van het gemiddelde tarief. Bij brief van 16 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij een terugkoppeling van de NZa heeft ontvangen. Het hoogst gedeclareerde tarief voor DBC-zorgproduct 131999235 'Operatie enkel of voet bij een ziekte van botspierstelsel' bedroeg destijds op dat moment € 2.950,10. Dit is lager dan het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde marktconforme tarief in 2023.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop betwist dat het ging om een bijzondere behandeling die niet in Nederland mogelijk zou zijn. Het gaat om een osteotomie. Het kan dan om verschillende operatietechnieken gaan, maar het is feitelijk niet anders dan wat er in Nederland gebeurt. Gelet op de stukken is gekozen voor code 131999235. Het Zorginstituut komt tot dezelfde DBC.
- Daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat fysiotherapie in Nederland, als deze wordt verleend in het ziekenhuis, binnen de DBC valt. Als er na ontslag uit het ziekenhuis fysiotherapie nodig is, wordt er op grond van de voorwaarden van de polis vergoed. De medicatie die in het ziekenhuis is verstrekt, valt ook onder de DBC. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting toegezegd te zullen nagaan of de kosten van de behandelingen fysiotherapie, die verzoekster in het hotel heeft gekregen, kunnen worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- De ziektekostenverzekeraar heeft, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, verklaard dat de vergoeding van de ingreep € 5.005,78 bedraagt.
- De ziektekostenverzekeraar heeft ter aanvulling nog opgemerkt dat verzekerden een vrije artskeuze hebben. Het is aan verzekerden zelf om al dan niet contact op te nemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. De ziektekostenverzekeraar verwijst verzekerden niet actief naar andere zorgverleners.
- 5.4. 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.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 oktober 2023 meegedeeld dat hij een nabetaling van € 80,29 zal doen aan verzoekster, zodat de vergoeding van de ingreep in lijn is met het marktconforme tarief van 2023.
- De ziektekostenverzekeraar heeft in de medische informatie gelezen dat in de totaalprijs van € 9.350,- vijf postoperatieve fysiotherapiebehandelingen besloten liggen. Tijdens de hoorzitting is verklaard dat deze behandelingen ná het ontslag uit het ziekenhuis hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar zal daarom uit coulance vijf behandelingen fysiotherapie aan verzoekster vergoeden. Deze vergoeding bedraagt vijf maal € 34,40 (totaal € 172,-).

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. Bij brief van 13 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding.

In de Nederlandse specialistenrichtlijn Chirurgische behandeling van de hallux valgus worden diverse operatieve mogelijkheden van de hallux valgus beschreven, afhankelijk van de ernst van de hallux valgus. Een milde hallux valgus heeft een intermetatarsale hoek (IMA) van < 13 graden en een hallux valgus of metatarsophalangeale hoek (HVA) van < 19 graden. Een matige hallux valgus heeft een IMA van 14 tot 20 graden en een HVA van 20 tot 40 graden. Een ernstige hallux valgus heeft een IMA van > 20 graden en een HVA van > 40 graden. Aangezien verzoekster een IMA heeft van 15 graden, en een HVA van 20 graden, is er sprake van een matige hallux valgus.

Bij een matige hallux valgus wordt volgens de richtlijn meestal een scarf operatie verricht. Hierbij worden na osteotomie van het naar buiten staande middenvoetsbeentje twee intern fixerende schroeven gebruikt om de losse botdelen aan elkaar maken. Uit de brief van de specialist kan worden opgemaakt dat verzoekster waarschijnlijk een dergelijk soort operatie heeft gehad.

Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Het Zorginstituut heeft bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzoekster. Uitgaande van de gestelde diagnose (matige) hallux valgus, de verrichte osteotomie van het middenvoetsbeentje met interne fixatie en twee verpleegdagen, zijn de gegevens als volgt:

Specialisme: 0305 Orthopedie

Diagnose: 0305.2050 Hallux valgus

Zorgactiviteit: 038703 Osteotomie os metatarsale (1x)

Zorgactiviteit: 190218 Verpleegdag (2x)

Op basis van bovenstaande gegevens wordt DBC-zorgproduct 131999235 met declaratiecode 15C758 gevonden. De omschrijving hiervan is: Operatie enkel/voet middel | Botspiersstelsel ziekte/ laat gevolg trauma.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproduct 131999235 met declaratiecode 15C758 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Egypte.

Advies

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit.

Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproduct 131999235 met declaratiecode 15C758 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Egypte."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7.1 van de voorwaarden van 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 medisch specialistische zorg en het 'marktconforme tarief' alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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 is naar Egypte gegaan om daar een medisch specialistische behandeling, te weten een hallux valgus-operatie, te ondergaan. Tussen Nederland en Egypte bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat het recht op vergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Tussen partijen staat vast dat het hier zorg betreft zoals medisch specialisten 'die plegen te bieden'. Dat de behandeling voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' vormt geen onderwerp van geschil. Daarmee is sprake van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Verzoekster was voorts redelijkerwijs aangewezen op de operatie, en de ziektekostenverzekeraar heeft zich niet erop beroepen dat de zorg niet doelmatig is. Door de huisarts werd op 27 juli 2022 een verwijzing afgegeven.

Ingevolge artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt een toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland die gepaard gaat met een opname. Verzoekster heeft op 22 augustus 2022 toestemming gevraagd en deze vervolgens verkregen. Hetgeen partijen verdeeld houdt is daarmee uitsluitend nog de hoogte van de vergoeding.

- 8.3. Door verzoekster is in dit verband gesteld dat de kosten van de ingreep in Duitsland € 8.900,- bedragen en dat in het buitenland wordt uitgegaan van een andere systematiek. Beide argumenten zijn in zoverre niet relevant dat de hoogte van de vergoeding wordt bepaald door de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden, meer specifiek artikel 9.1, waarin is bepaald dat indien er geen tarieven op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, de kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De commissie begrijpt dit aldus dat vergoeding plaatsvindt voor zover de kosten in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten (artikel 2.2, tweede lid, sub b, Bzv). Dit wordt ook wel het marktconforme tarief genoemd.
- 8.4. Voor de bepaling van het marktconforme tarief is het noodzakelijk dat eerst het DBC-zorgproduct wordt vastgesteld, aangezien kosten van medisch specialistische zorg in Nederland op basis hiervan mogen worden gedeclareerd. Verzoekster heeft betoogd dat DBC-zorgproduct 131999201 (15C745) *"Inbrengen van een enkelprothese en/of voetprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de enkel en/of voet"* in haar situatie passend is. De ziektekostenverzekeraar heeft erop gewezen dat bij verzoekster geen voet- of enkelprothese is geplaatst zodat dit DBC-zorgproduct niet van toepassing is. De commissie volgt hem hierin. Daarnaast heeft verzoekster verwezen naar DBC-zorgproduct 131999222 (15C755). Dit zorgproduct zou door de ziektekostenverzekeraar ook in een ander geval zijn gehanteerd. De commissie stelt vast dat de omschrijving luidt: *"Uitgebreide operatie enkel/voet bij een ziekte van het botspierstelsel"*. Van een uitgebreide operatie is in dit geval geen sprake. Of al dan niet fixatie plaatsvindt maakt die conclusie niet anders. Dat de ziektekostenverzekeraar - al dan niet per abuis - in een ander geval is uitgegaan van deze zorgproductcode bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding, maakt niet dat hij gehouden is dit ook te doen in de situatie van verzoekster. Zo blijkt uit de overgelegde stukken dat de andere verzekerde aan beide voeten werd geopereerd, terwijl bij verzoekster uitsluitend de rechter grote teen is behandeld. Alleen al om die reden kan niet worden gesproken van in ernst vergelijkbare gevallen.
- 8.5. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar zich bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding mocht baseren op DBC-zorgproduct 131999235 (15C758/17C75), *"Operatie enkel of voet bij operatie van botspierstelsel"*. In een eerdere zaak (GcZ, 27 september 2022, 202200127) heeft de commissie, uitgaande van het arrest van het hof Arnhem-Leeuwarden (ECLI:NL:GHRM:2021:9573), inmiddels bekrachtigd door de Hoge Raad in zijn arrest van 21 april 2023 (ECLI:NL:HR:2023:664), overwogen dat, volgens de door het hof (in r.o. 5.11) beschreven tweestappentoets als eerste stap dient te worden vastgesteld welke tarieven de overige zorgaanbieders voor eenzelfde behandeling (zorgvorm) in rekening brengen. Die tarieven vormen, indien zij onderling geen onredelijke verschillen vertonen, een bandbreedte van tarieven die in de Nederlandse markt voor een specifieke behandeling (zorgvorm) als marktconform kunnen worden beschouwd. Als tweede stap moet - indien een nota afwijkt van de in de eerste stap bepaalde bandbreedte - worden beoordeeld of de hoogte van de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van de bandbreedte door middel van een individuele beoordeling. Het individuele karakter van deze toets brengt mee dat de zorgverzekeraar niet een beleid kan hanteren waarbij hij boven een bepaald bedrag iedere vergoeding uitsluit, omdat dat neerkomt op het zelf bepalen van het maximum. Het hof overweegt dat zorgverzekeraars wel aan de hand van een algemeen beleid (met indicatieve tarieven) een eerste selectie mogen maken van volgens hen niet marktconforme tarieven, mits zij daarna op individuele basis aangeven waarom het gedeclareerde tarief ten opzichte van de marktconforme bandbreedte excessief is. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 21 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht hoe hij de vergoeding aan de hand van de hiervoor beschreven tweestappentoets heeft bepaald.

- 8.6. Met betrekking tot het vaststellen van de bovenkant van eerdergenoemde bandbreedte heeft de commissie, waar het gaat om medisch specialistische zorg, eerder bepaald dat het hoogste bij de berekening van het gemiddelde volgens Open DIS Data betrokken tarief nog als marktconform kan worden beschouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft hier navraag naar gedaan en hieruit is een bedrag gekomen van € 2.950,10. Toepassing van de tweede stap, te weten de individuele beoordeling, leidt tot de conclusie dat het bij verzoekster in rekening gebrachte bedrag zodanig afwijkt dat dit niet als marktconform kan worden beschouwd.
- Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd ter verklaring van het verschil kan niet overtuigen. Een (medische) reden voor de ligdagen ontbreekt en verzoekster heeft haar stelling dat het ook in Nederland gebruikelijk is twee ligdagen - apart - in rekening te brengen niet onderbouwd. De kosten van fysiotherapie en geneesmiddelen tijdens de opname worden geacht onderdeel te vormen van de DBC. Door verzoekster zijn geen separate, gespecificeerde nota's ter zake overgelegd, zodat niet kan worden vastgesteld of, en zo ja tot welk bedrag de ziektekostenverzekeraar is gehouden vergoeding op basis van de zorgverzekering te verlenen (artikel 7:941, tweede lid, BW). Het voorgaande leidt ertoe dat de door de ziektekostenverzekeraar bepaalde vergoeding van € 5.005,78 voor juist moet worden gehouden.
- 8.7. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk bepaald dat de vergoeding voor de van toepassing zijnde DBC € 4.925,49 bedraagt. Ter zitting heeft hij, daarnaar expliciet gevraagd door de commissie, verklaard dat deze vergoeding € 5.005,78 bedraagt. Daarom is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar het door verzoekster betaalde entreegeld van € 37,- aan haar moet vergoeden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.8. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor de onderhavige medisch specialistische zorg of geneesmiddelen, anders dan anticonceptiva. Onder het kopje 'Buitenland' is dekking opgenomen voor bepaalde preventieve vaccinaties en geneesmiddelen, spoedeisende zorg tijdens verblijf en repatriëring. De aanvullende ziektekostenverzekering geeft weliswaar aanspraak op behandelingen fysiotherapie, maar hiervan zijn - zoals eerder geconstateerd - door verzoekster geen separate, gespecificeerde nota's overgelegd zodat de vergoedingsplicht van de ziektekostenverzekeraar op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering niet kan worden bepaald.
- De ziektekostenverzekeraar heeft ná de hoorzitting besloten - uit coulance - de kosten van vijf behandelingen fysiotherapie aan verzoekster te vergoeden. De commissie zal in deze beslissing niet treden.

Slotsom

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) verzoekster aanspraak heeft op een vergoeding van totaal € 5.005,78 voor de ingreep die zij in Egypte heeft ondergaan;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (iii) Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 5 januari 2024,

H.A.J. Kroon

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie is een restitutieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

1.2. Medische noodzaak

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

U heeft vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25, 26 en 38) en Farmaceutische zorg (artikel 35 Geneesmiddelen) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

- 8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- leder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
 - De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
 - De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

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

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

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg App, op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvlloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover u deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld;
- l. Tot 1 januari 2025 larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrie patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- m. Tot 1 januari 2025 entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheids- onderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd:

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatie-poging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde IGO's vindt u op onze website.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

Oogheelkunde:	Refractiechirurgie (ooglaserverhandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
KNO:	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
Chirurgie:	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
Dermatologie	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
Gynaecologie:	Vulvaire en vaginale afwijkingen
Plastische chirurgie:	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Revalidatie

Revalidatie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg). Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

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.