



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, injecties met hyaluronzuur en corticosteroiden, bijkomende kosten, stand van de wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo.nr. 883/2004

Zaaknummer : 201900434

Zittingsdatum : 30 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon, en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V., en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg ,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft met het klachtenformulier van 21 juni 2019 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 6 augustus 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 4 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019040657) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 4 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft op 4 oktober 2019 een inhoudelijke reactie gestuurd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 6 augustus 2019. Een afschrift hiervan is op 9 oktober 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker was op het moment van de hoorzitting niet bereikbaar op het door hem opgegeven telefoonnummer. De ziektekostenverzekeraar is op 30 oktober 2019 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de brief van verzoeker van 4 oktober 2019 zijn op 4 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 4 november 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullende verzekering OHRA Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker kreeg in september 2018 last van zijn knie. Daarom heeft hij de fysiotherapeut bezocht, maar de oefeningen gaven geen vermindering van de pijnklachten. Ook de hierop volgende behandeling door een Nederlandse orthopeed - bestaande uit een corticosteroïdeninjectie - bood geen verlichting van de klachten. Verzoeker is vervolgens naar een Duitse orthopeed gegaan. Deze heeft hem behandeld door middel van het inspuiten van de knie met hyaluronzuur

en corticosteroïden. Verzoeker heeft de nota hiervan ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft de vergoeding hiervan op 2 januari 2019 afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens een toelichting gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 februari 2019 aan verzoeker meegedeeld dat geen akkoordverklaring wordt verleend voor de aangevraagde vergoeding van hyaluronzuurinjecties in de knie, uitgevoerd in Aken, Duitsland.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven. Wèl worden de kosten van het consult en de onderzoeken van 29 oktober 2018 aan verzoeker vergoed. Deze verrichtingen gingen aan de behandeling vooraf.

3.5. Bij brief van 4 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: *“Intra-articulaire injecties met hyaluronzuur bij artrose van de knie is niet specifiek door het Zorginstituut beoordeeld. Uit het geldende standpunt van de NOV blijkt echter dat deze behandeling momenteel gezien de huidige stand van de wetenschap niet wordt aanbevolen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat deze behandeling nog niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In de recente multidisciplinaire richtlijn ‘Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie’ (2018) komen hyaluronzuur injecties alleen nog voor als behandeloptie in bestudeerde controlegroepen van onderzoek, waarbij de andere behandelopties (in interventiegroepen) die met hyaluronzuur injecties werden vergeleken betere uitkomsten lieten zien. Op onderzoek over mogelijke effectiviteit van hyaluronzuur injecties als primaire behandeling wordt niet meer ingegaan, vanwege het eerder ingenomen standpunt (2013). In de Duitse AWMF richtlijn is niet aangegeven wat de gebruikte methodiek is om tot de aanbevelingen te komen, maar deze aanbeveling lijkt te zijn gebaseerd op consensus. In beginsel is hierbij dezelfde evidence aan de orde als in het standpunt van de NOV. Dit verandert dan ook niets aan bovenstaande.*

Conclusie

De gevraagde behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.”

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de volledige kosten van de behandeling in Duitsland moet 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de stand van de wetenschap en praktijk zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 20 van Vo.nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker kreeg in september 2018 pijnklachten aan zijn knie. Nadat fysiotherapie en een corticosteroïdeninjectie geen vermindering van de pijnklachten gaven, heeft verzoeker een Duitse arts geconsulteerd. Deze arts heeft verzoeker onderzocht en behandeld met onder meer injecties met hyaluronzuur. Door deze behandeling verdwenen de pijnklachten. De zwellingen bleven echter aanwezig. Uit een door de Duitse arts verrichte arthroscopie bleek dat aan de zijkant van de knie een deel van het kraakbeen was verdwenen. Daarom is de behandeling met de injecties gestaakt. Verzoeker benadrukt dat de onderhavige behandeling van groot belang was, zowel vanwege de stepped care benadering als vanwege de psycho-educatieve component. Verzoeker merkt op dat verzekerden die bij een andere zorgverzekeraar zijn verzekerd de kosten van de behandeling wél vergoed krijgen. De behandelend arts heeft verklaard dat de onderhavige behandeling conform de richtlijn voor de behandeling van gonarthrose is. De consensus hierover is volgens hem 89%.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar weigert de kosten van de behandeling te vergoeden. Ook de kosten van bijvoorbeeld de foto's en onderzoeken worden niet vergoed. De ziektekostenverzekeraar stelt in dit verband dat de behandeling van de knie met hyaluronzuur injecties niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is een uitspraak van het College voor Zorgverzekeringen (nu: het Zorginstituut) uit 2010 dat de behandeling van enkelartrose met hyaluronzuur niet voldoet aan de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar heeft geen wetenschappelijke publicaties van voldoende niveau gevonden van na voornoemd standpunt, die leiden tot een ander oordeel. Ook volgt het gebruik van de hyaluronzuur injecties, bij de medische indicatie van verzoeker, niet uit de Nederlandse dan wel belangrijke internationale beroepsrichtlijnen. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de link bekeken die was meegestuurd door de Duitse arts. Er wordt verwezen naar een studie uit 2014 waarin wel effect is aangetoond, maar verder blijkt dat de werkzaamheid van hyaluronzuur nog steeds erg omstreden is. Ook de Amerikaanse beroepsvereniging van orthopeden beveelt deze behandeling niet aan. Deze informatie maakt dus de conclusie - dat de zorg niet voldoet aan de norm van de stand van de wetenschap en praktijk - niet anders. De ziektekostenverzekeraar heeft in de heroverweging verklaard dat hij verzoeker een vergoeding kan geven voor het consult en de onderzoeken voorafgaand aan de behandeling. Dit betreft de eerste zes punten van de nota van 29 oktober 2018. Deze kosten ten bedrage van € 103,28 worden alsnog aan verzoeker vergoed. De ziektekostenverzekeraar is verantwoordelijk voor de beoordeling of bepaalde zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dat een andere zorgverzekeraar bepaalde zorg wél vergoedt, is voor de ziektekostenverzekeraar geen reden om deze zorg te vergoeden.
- 6.4. De commissie stelt vast dat verzoeker naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, is gegaan om daar de onderhavige behandeling te ondergaan. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo.nr. 883/2004. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar niet voorafgaand aan de behandeling om toestemming gevraagd. De verordening blijft om die reden buiten toepassing. Een eventuele vergoeding zal gebaseerd moeten zijn op de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.5. De commissie overweegt dat op grond van de zorgverzekering alleen aanspraak bestaat op zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit komt erop neer dat alleen zorg die als effectief wordt beschouwd deel uitmaakt van het verzekerde pakket. Het Zorginstituut heeft in zijn rol als pakketbeheerder een beoordelingskader opgesteld. Met dit beoordelingskader wordt nagegaan of het behandelbeleid (diagnostiek, behandeling), gelet op de gunstige en de ongunstige gevolgen ervan (bijwerkingen, veiligheid), leidt tot relevante (meer)waarde voor de patiënt in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Het Zorginstituut volgt hierbij

de principes van evidence-based medicine (EBM). Hierbij wordt gekeken of de zorg bij een bepaald indicatiegebied effectief is.

De kern van EBM is dat de beschikbare evidence - die uiteen kan lopen van gerandomiseerd vergelijkend onderzoek tot praktijkervaring - systematisch wordt gezocht en geselecteerd en op gestructureerde wijze wordt gewogen en gebruikt. EBM heeft als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit in de afweging het zwaarste weegt. Het werken volgens de EBM-principes kent een aantal vaste stappen: het zoeken en selecteren van informatie, het beoordelen van de gevonden informatie en het trekken van een conclusie.

- 6.6. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 4 september 2019 geconcludeerd dat het injecteren van hyaluronzuur in de knie bij artrose van de knie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt dit advies over. Dit betekent dat niet is voldaan aan het gestelde in artikel A.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden en dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de injecties. De overige gedeclareerde kosten zijn gemaakt in het kader van de behandeling met hyaluronzuur. Omdat de kosten samenhangen met een behandeling waarop op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat, komen deze evenmin voor vergoeding in aanmerking.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 november 2019,

H.A.J. Kroon

Artikel 2.1, tweede lid, Bzv

De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 2.4, eerste lid, Bzv

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, (...)

Artikel 20 van Vo 883/2004:

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. (...)

ringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.

- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze internetsite vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. Naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden bovenstaande eisen voor het krijgen van aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan deze eisen of andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

B.1. Verzekerde zorg

B.1.1. Indeling verzekerde zorg

In dit hoofdstuk B staat welke zorg door de zorgverzekering is verzekerd:

- De verzekerde zorg is beschreven per artikel. Bijvoorbeeld huisartsenzorg in artikel B.3. of de verschillende onderdelen van medisch specialistische zorg in B.4.1. t/m B.4.15.
- Ook kan de verzekerde zorg bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Wij noemen dat "andere zorg", zie artikel B.1.2.

B.1.2. "Andere zorg"

Voor "andere zorg" genoemd in artikel B.1.1. gelden voorwaarden:

- de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
- de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
- wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

B.1.3. Opname in ziekenhuis met meer klassen

Het is mogelijk dat u opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dat kan in het buitenland het geval zijn. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

B.1.4. Begin en einde van recht op zorg

U hebt alleen recht op zorg waarop u volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt als u die zorg hebt gehad in de periode dat deze zorgverzekering loopt. Als een DBC-zorgproductcode gedeclareerd wordt die begon voor de einddatum van uw zorgverzekering, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin uw zorgverzekering liep.

B.2. Buitenlandzorg

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat

Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt, kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het buitenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedo-

nië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). Het aanvragen van de pas is gratis. Dit kunt u zelf doen via www.ehic.nl. Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en hebt u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl voor hen de pas aanvragen

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden en omvat onder andere:

- gezondheidsadvies;
- behandeling;
- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- een MRI op aanvraag van de huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg. Dit omvat advisering op onder andere het gebied van:
 - gezonde voeding;
 - inname van vitamines;
 - (korte) adviezen over bijvoorbeeld stoppen met roken en alcohol- drugsgebruik;
 - geneesmiddelengebruik;
 - infectieziekten en vaccinaties;

of medisch specialist.

Plaats

- De koemelkallergietest vindt plaats in een instelling van de Jeugd Gezondheidszorg (JGZ) waarmee wij schriftelijke afspraken hebben gemaakt over het uitvoeren van deze test.
- De individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten vindt plaats op een locatie waarover wij afspraken hebben gemaakt met de betreffende zorgverlener.

B.3.3. Huisarts voor GGZ zorg

Zorg: waar hebt u recht op?

Huisartsenzorg omvat ook zorg op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en bestaat uit:

- zorg bij lichte psychische klachten (bijvoorbeeld depressie), als u (nog) geen psychische stoornis hebt die behandeld moeten worden in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of de Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.);
- preventieve zorg bij klachten op het gebied van een depressieve stoornis, een paniekstoornis of problematisch alcoholgebruik;
- zorg bij vermoeden van een lichte psychiatrische stoornis. De stoornis is niet complex, heeft een laag risico en de ziekteverschijnselen zijn van korte duur;
- zorg en begeleiding bij een stabiele chronische situatie in een GGZ problematiek met een laag risico en die niet crisisgevoelig is;

Let op!

De zorg omvat niet een psychische of psychiatrische stoornis waarvoor behandeling nodig is in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.). De huisarts kan in die gevallen dan doorverwijzen.

Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel B.3.1. In aanvulling op deze voorwaarden zijn de volgende voorwaarden van kracht:

- De zorg kan ook worden verleend via internet door middel van een programma dat wij hebben erkend.
- Om vast te stellen of een huisarts u kan behandelen zijn de uitkomst van een oriënterend onderzoeksformulier en een diagnostisch gesprek nodig.

Zorgverlener

Bij voorkeur wordt een huisarts ondersteund door de Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ, (POH GGZ) als hij zorg bij lich-

te psychische klachten verleent.

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. en B.19.3.

In dit artikel komt ook mondzorg door een kaakchirurg voor. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
- Medisch specialistische zorg zonder opname (niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
- Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- Medische revalidatie en geriatrische revalidatie (zie artikel B.4.6.);
- Orgaantransplantatie (zie artikel B.4.7.);
- Dialyse zonder opname (zie artikel B.4.8.);
- Mechanische beademing (zie artikel B.4.9.);
- Onderzoek naar kanker bij kinderen (zie artikel B.4.10.);
- Trombosedienst (zie artikel B.4.11.);
- Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (zie artikel B.4.14.);
- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Echoscopie (zie artikel B.5.2.);
- Prenatale screening (zie artikel B.5.3.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:
 - liposuctie van de buik;
 - het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstampuatie is

uitgevoerd of als er geen sprake is van agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transeksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);

- o het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- o behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- o sterilisatiebehandelingen;
- o behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- o een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
- o correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
- o parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- o behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

Let op!

De volgende uitgesloten zorg kan wel verzekerd zijn in een aanvullende verzekering. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dit zo is. Het gaat hierbij om:

- Sterilisatie;
- Ongedaan maken van sterilisatie;
- Correctie van de oorstand;
- Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren);
- Cosmetische behandelingen;
- Behandeling tegen snurken;
- Vervanging van borstprothese;
- Behandeling met een redressiehelm.

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

Een opname komt maximaal 3 x 365 aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:

- wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
- wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
- wordt uw opname onderbroken voor weekenden en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten bent u voor aanvang van de behandeling door een tandarts verwezen.
- Als het gaat om zorg die verband houdt met zwangerschap en/of een bevalling mag u voor aanvang van de behandeling ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltespheet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, be-

staande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek;
- inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) en direct daaraan verbonden kosten.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Een AED wordt door daartoe bevoegde en bewaarde personen ingezet. Dit hoeft geen zorgverlener te zijn zoals wij die in onze voorwaarden beschrijven.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelt spleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.
- Voor gebruik van een AED is geen verwijzing nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

Gebruik van een AED kan op elke locatie plaatsvinden.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslapt bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij