



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen IptiQ Life S.A. te Luxembourg (Luxemburg)
Zaak : EU/EER, België, laparoscopisch herstel buikwandhernia met behulp van
Da Vinci® robot, stand wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr.
883/2004
Zaaknummer : 202000235
Zittingsdatum : 22 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IptiQ Life S.A. te Luxembourg (Luxemburg), hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij e-mailbericht van 23 maart 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 16 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 17 april 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Bij brief van 8 juni 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020018663) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 9 juni 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juli 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 29 juli 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 21 augustus 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft op 27 augustus 2020 per brief gereageerd. Een kopie hiervan is op 7 september 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Besured Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandzorg Smile (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoekster is op 4 juli 2019 in Nederland geopereerd in verband met een buikwandhernia. Deze ingreep is niet goed verlopen. Het probleem van de buikhernia werd niet opgelost. Verzoekster heeft zich toen gewend tot een andere Nederlandse arts, die haar vertelde een volgende operatie te kunnen uitvoeren. Dit zou gebeuren door middel van een open buikoperatie, waarbij een incisie werd gemaakt van ongeveer 20 centimeter. Dit zou een lange hersteltijd betekenen alsmede een groot litteken, naast het litteken dat aanwezig was als gevolg van de eerdere operatie. De Nederlandse arts stelde voor dat verzoekster zich zou wenden tot zijn collega in Gent, België. Deze laatste arts stelde in eerste instantie een ingreep met de zogenoemde TAR-techniek voor, maar uiteindelijk vond hij een laparoscopisch herstel met behulp van de Da Vinci® robot geschikter.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 november 2020 aan verzoekster meegedeeld dat een laparoscopisch herstel met behulp van de Da Vinci® robot niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom wordt de ingreep niet vergoed, ten laste van de zorgverzekering.

3.4. De behandelend arts in Gent heeft bij brief van 29 november 2019 over verzoekster verklaard:

"De patiënte was betrokken in een treinongeval op de leeftijd van zeven jaar. Daarbij was er een belangrijk trauma van de rechter nier met een erg groot hematoom in de rechter flank. Nu heeft zij een zwelling ter hoogte van de rechter flank die tot tegen de crista iliaca komt. Op echografie compatibel met een buikwandhernia. Er is in juli 2019 een exploratie van deze breuk uitgevoerd, eerst open en nadien gecombineerd met een laparoscopie. Er is toen echter geen duidelijke breukpoort teruggevonden en er is geen herstel verricht. Post hoe is wel een CT scan verricht die toch een duidelijk lateraal buikwanddefect toont dat tot tegen de crista iliaca komt. Nu is het zo dat Prof (...) de patiënte doorstuurt voor advies en eventueel herstel met een robot geassisteerde benadering. De breuk doet momenteel ook wel regelmatig wat pijn en neemt langzaam toe in volume. (...) Er is een duidelijke buikwandhernia aanwezig in de rechter flank. Deze is volledig reduceerbaar. Palpatie en reductie doet wat pijn. Status na incisie over de breuk met relatief recent litteken.(...) Uw 62-jarige patiënt onderging op 29.11.2019 een robotgeassisteerd laparoscopisch buikwandherstel met retromusculaire prothese. Er was een vlot per- en postoperatief verloop. (...)"

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brieven van 4 december 2019 en 8 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Bij brief van 8 juni 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

*"(...) Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk
In de brief van april 2020 geeft verweerder summier aan welke zoektermen zijn gebruikt bij de literatuursearch. De in de brief genoemde artikelen zijn niet toegevoegd aan het dossier. Het Zorginstituut heeft daarom op 13 mei 2020 een aanvullende literatuursearch uitgevoerd in PubMed (Medline). De search leverde 144 hits op waarvan acht mogelijk relevante artikelen. Er zijn geen goede vergelijkende studies gevonden van voldoende grootte en follow-up duur op basis waarvan de effectiviteit van robotgeassisteerd laparoscopisch buikwandherstel in vergelijking tot de gebruikelijke zorg kan worden beoordeeld. Ook in de door verweerder aangehaalde meta-analyse van Henriksen (2019) werden alleen retrospectieve studies en database studies gevonden en geen RCT's. Wel is er recent een studieprotocol voor een RCT gepubliceerd (Douissard, 2020).*

Aanvullend heeft het Zorginstituut gezocht naar (inter)nationale richtlijnen. In de internationale richtlijnen van de Europese Hernia Society (EHS) en de Amerikaanse Hernia Society (AHS) (2020)5 wordt gesteld; "nieuwe laparoscopische en endoscopische technieken, waaronder robotondersteunde technieken met extraperitoneale mesh-plaatsing, lijken veelbelovend, met theoretische voordelen ten opzichte van de traditionele IPOM-techniek (IntraPeritoneal Onlay Mesh). Er zijn onvoldoende gegevens om één techniek boven de andere te suggereren voor reparatie van navel- of epigastrische hernia." Alle aanbevelingen zijn zwak vanwege gebrek aan evidence. Dit bevestigt dat er nog onvoldoende gegevens uit klinisch onderzoek zijn om te stellen dat robotgeassisteerd laparoscopisch buikwandherstel aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.

In februari 2020 werden op de 'Dutch Robotic Summit' diverse nieuwe toepassingen van de Da Vinci® robot binnen Maag en Darm gepresenteerd, waaronder de toepassing bij een hernia door F. Muysoms van AZ Maria Middelaars te Gent. Er werd ook geconstateerd dat deze toepassingen grotendeels nog experimenteel zijn, zowel qua leercurve chirurg als qua bewijsvoering.

Conclusie

De behandeling van verzoekster komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Robotgeassisteerd laparoscopisch buikwandherstel voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een laparoscopisch herstel van de buikwand met behulp van de Da Vinci® robot maakt geen onderdeel uit van het basispakket. (...)"

- 3.7. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 21 augustus 2020, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Ten eerste ziet de commissie het inderdaad juist dat het criterium niet is of robot geassisteerde laparoscopisch buikwandherstel boven de gangbare techniek van behandeling geplaatst kan worden, maar of robot geassisteerde laparoscopisch buikwandherstel een waarde heeft naast de gangbare techniek.

Ingaande op de tweede vraag is het zo dat het advies niet aangepast hoeft niet te worden, omdat dr. (...) gedurende de afgelopen drie jaar 500 ingrepen heeft uitgevoerd met de Da Vinci Robot en daardoor volgens verzoekster sprake is van een leercurve die de Da Vinci een waarde geeft naast de conventionele laparoscopische behandeling. Het ontbreken van bewijsvoering over effectiviteit is doorslaggevend om dit te kunnen bepalen. Ook met betrekking tot de derde vraag zou het kunnen dat de specifieke plek van de operatief te repareren breuk bij verzoekster maakt dat de ingreep met de Da Vinci robot een waarde heeft naast de conventionele laparoscopische operatieve methode. Echter om dit te kunnen bepalen is ook hier bewijsvoering noodzakelijk. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de op 29 november 2019 bij haar te Gent met behulp van een Da Vinci®-robot uitgevoerde ingreep alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit Verordening 883/2004, de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg 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.

- 6.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar een ingreep te ondergaan. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster meegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, omdat de behandeling - een laparoscopisch

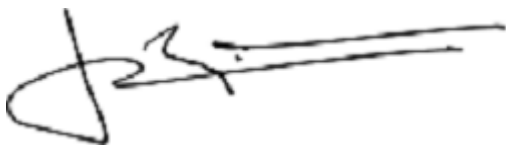
herstel van een buikwandhernia met behulp van de Da Vinci® robot - niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom bestaat volgens hem noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.

- 6.3. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn, die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.4. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of een laparoscopisch herstel van een buikwandhernia met behulp van de Da Vinci® robot, zoals bij verzoekster uitgevoerd, overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.5. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgeenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.6. Het Zorginstituut heeft de zorg beoordeeld die in geschil is. Het advies van 8 juni 2020 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat een laparoscopisch herstel van de buikwand met behulp van de Da Vinci® robot niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze conclusie heeft het Zorginstituut in het definitief advies van 21 augustus 2020 gehandhaafd. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut dan ook over. Er is geen sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding ten laste van die verzekering. Dit betekent tevens dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht door de ziektekostenverzekeraar werd geweigerd.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2020,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Besured Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heb je recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heb je recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

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

Medische noodzaak

Je hebt recht op zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als je 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.

1.2 Wie mag de zorg verlenen

Jouw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vind je 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 heb je geen recht op vergoeding.

1.3 Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vind je op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Deze geboortezorg mag de geboortezorgorganisatie alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Een overzicht van deze organisaties vind je op onze website.

Je mag ook tijdens de zwangerschap, geboorte en nazorg veranderen van zorg-aanbieder.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving

Je hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. Je hebt hiervoor een verwijzing nodig van jouw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld jouw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die je al hebt besproken met jouw eerste behandelaar. Je moet met de second opinion terugkeren naar jouw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij jou thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen;
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis);
- direct aan inzet gebonden kosten van een AED (Automatische Externe Defibrillator).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover je deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover je deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;

- van 1 januari 2016 tot 1 december 2022 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkyliserende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 jaar tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- 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 je deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek 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 je:
 1. wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor jou is voltooid.

Het overzicht geeft de stand van zaken weer per 1 januari 2019 voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijk voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering vind je op onze website.

Je hebt geen recht op:

- 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 van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- e. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als je een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat je de leeftijd van 43 jaar hebt 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.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), triage-audicien, bedrijfsarts, jeugdarts, specialist ouderengenees-

kunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, orthodontist, tandprotheticus verloskundige, optometrist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD arts (bij aanvragen laboratoriumdiagnostiek (IZB en TBC)) of klinisch fysicus audioloog (naar KNO-arts)

Toestemming

Je hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. Je vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinatie (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. Je vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heb je vooraf toestemming nodig?

Je hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oor-heelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

Oogheelkunde: refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.

KNO-heelkunde: oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.

Heelkunde: gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.

Dermatologie: benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Let op

Wij raden je aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Jouw medisch specialist is verplicht je te melden dat je kosten van zorg zelf moet betalen als je vooraf geen toestemming hebt gevraagd.

Let op

Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard heb je altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 20, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee je de stollingstijd van jouw bloed kunt meten valt onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 36, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Meer informatie over thuisdialyse vind je op onze website.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.

4. Voor medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg.
5. Voor zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 25, Gespecialiseerde GGZ.
6. Voor mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 32, Bijzondere tandheelkunde en artikel 33, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Artikel 16. Revalidatie

16.1 Revalidatie

Omschrijving

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor jou 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;
- je met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven jouw 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 je je 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.

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 zeven 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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 gehemeltespelen, 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.

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Zorgverzekeringswet

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.