

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van C te B, vertegenwoordigd door D te E, en NV
Zorgverzekeraar UMC te Nijmegen

Zaak : Hulpmiddelenzorg, op maat gemaakte vestjes met neopreen, hemodialyse, medisch
specialistische zorg

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 64 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.9 Bzv, art. 2.6. e.v.
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022

Zaaknummer : 202202014

Zittingsdatum : 19 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,

en

NV Zorgverzekeraar UMC te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 28 november 2022 en bij ongedateerde brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 januari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 16 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 februari 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 20 maart 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023007340) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 maart 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 19 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Bij e-mailbericht van 28 april 2023 respectievelijk 1 mei 2023 heeft verzoekster twee facturen aan de commissie gestuurd. Een kopie van deze facturen is op 2 mei 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij e-mailbericht van 17 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat een bedrag van € 1.096,11 is vergoed. Een kopie van dit bericht is op 17 mei 2023 aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering UMC Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen UMC Extra Zorg 2 en UMC Extra Tand 2 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij verzekerde (geboren 14 november 2019) is sprake van congenitale hydronefrose bij congenitale uretralekten en nierdysplasie, leidend tot anurie en terminaal nierfalen. Tevens bestaat een motorische achterstand. Ten behoeve van verzekerde heeft verzoekster aanspraak gemaakt op (maat)vestjes met neopreen in verband met het dialyseren.

- 3.3. In dat verband heeft de behandelend kinderarts-nefroloog bij brief van 24 mei 2022 over verzekerde verklaard:

"Bovengenoemde patiënt [verzekerde] is sinds zijn geboorte onder behandeling van de kinder nefrologie van het Radboudmc Amalia Kinderziekenhuis in verband met ernstige chronische nierinsufficiëntie waarvoor inmiddels al geruime tijd dialysebehandeling. [Verzekerde] heeft naast zijn nierproblemen ook multiple problemen van andere orgaansystemen en daarnaast een ontwikkelingsachterstand.

De dialysebehandeling was initieel peritoneaal dialyse, echter in verband met complicaties is hij sinds April 2021 definitief over op hemodialyse. Dit 3-4 maal per week op de kinderdialyse in het Radboudmc Amalia Kinderziekenhuis. Voor deze hemodialysebehandelingen heeft [verzekerde] een centraal veneuze katheter in situ. Gezien zijn leeftijd en mate van ontwikkeling dient deze katheter goed gefixeerd te worden. [Verzekerde] heeft ernstige klachten van huidirritatie en jeuk ter plaatse van de insteekopening van de hemodialysekatheter ten gevolge van onder andere de pleisters, die ter fixatie noodzakelijk zijn, in combinatie met zijn heel gevoelige huid. Vele aanpassingen, behandelingen, pleisters etc. zijn in samenspraak met de dermatoloog uitprobeerde om de huid rustig te houden. Dit lukt onvoldoende.

Ten gevolge van de jeuk wil [verzekerde] continue aan de katheter zitten en is er reëel gevaar dat hij de katheter er uit trekt. Daarnaast bestaat er een groot infectierisico ten gevolge van het krabben en de huidirritatie. Als noodoplossing is door de gips- en verbandmeester een gipskorset gemaakt en gipsen armkokers om hiermee de romp en daarmee de insteekopening van de dialysekatheter voor [verzekerde] onbereikbaar te maken zodat hij niet kan krabben en trekken aan de katheter.

Deze situatie is om meerdere redenen onhoudbaar. De armkokers belemmeren [verzekerde] ernstig in zijn ontwikkeling, terwijl hij met zijn ontwikkelingsachterstand juist optimaal de ruimte moet krijgen om zich te kunnen ontwikkelen. Warmte leidt met het gipskorset tot zweten en daarmee verergering van de huidirritatie en meer jeuk. Door het gipskorset en de komende zomerperiode verergert de warmteontwikkeling en daarmee de problematiek. In verband met de jonge leeftijd van [verzekerde] begrijpt hij nog niet dat hij niet aan de katheter mag zitten. De hemodialysekatheter is voor [verzekerde] zijn 'levenslijn'.

Door de revalidatiearts en ergotherapeut is geadviseerd een maatwerkpak te laten maken naar analogie van een compressievest bij patiënten met brandwonden (maar dan zonder de compressie).

Wij vragen u dringend zo'n maatwerkpak te vergoeden (in drievoud, in verband met dagelijks gebruik, wassen etc.) om zo de veiligheid van de hemodialysebehandeling te kunnen blijven waarborgen. Daarnaast kunnen met een dergelijk maatwerkpak de gipsen armkokers achterwege blijven en kan [verzekerde] zich optimaal gaan ontwikkelen."

- 3.4. Op 7 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoekster laten weten dat de aanvraag voor een aangepast (compressie)vest is afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten deze beslissing op de aanvraag schriftelijk te bevestigen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Tijdens een telefonisch onderhoud op 8 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Wel heeft hij, om hem moverende redenen, eenmalig de kosten van een (maat)vestje met neopreen ten behoeve van verzekerde vergoed. Op 8 december 2022 is de ziektekostenverzekeraar nogmaals om heroverweging van de eerder afwijzende beslissing verzocht. Op 23 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Bij brief van 20 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de (maat)vestjes met neopreen ten behoeve van verzekerde te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

4.2. In dit verband heeft verzoekster, onder verwijzing naar de aangehaalde brief van de kinderarts-nefroloog, gesteld dat verzekerde - als hij oud genoeg is - in aanmerking hoopt te komen voor transplantatie. Tot dat moment is hij aangewezen op hemodialyse. De op maat gemaakte vestjes zijn daartoe noodzakelijk en het betreft hierbij geen eenmalige verstrekking. De noodzaak wordt ingegeven door de ernstige jeuk die verzekerde ondervindt. Voorts is sprake van huidirritatie rond de insteekopening van de permanente dialyselijn. Een en ander zorgt ervoor dat verzekerde zich veel krabt en probeert erbij te komen. Dit geeft een verhoogd risico op ernstige, levensbedreigende infecties. Vanwege de jonge leeftijd is verzekerde dit gedrag niet af te leren. Tevens is er een groot risico dat hij de dialyselijn lostrekt. In dat geval moet hij met spoed naar het ziekenhuis. Het lostrekken kan tot complicaties leiden en kan schade aan bloedvaten tot gevolg hebben, hetgeen onwenselijk is in verband met een toekomstige transplantatie. Ook kan na transplantatie weer dialyse noodzakelijk worden. Een gipskorset en gipsen armkokers zijn minder geschikt nu verzekerde ouder wordt en deze belemmeren daarnaast zijn (mentale) ontwikkeling.

4.3. Verzekerde maakt inmiddels gebruik van een (maat)vestje en alle veronderstellingen zijn juist gebleken. Het vestje beschermt beter tegen het aan de dialyselijn trekken, de bewegingsvrijheid is toegenomen en dit heeft een verbetering van de algehele motoriek tot gevolg gehad, alsook een verbetering van de sociale/emotionele ontwikkeling van verzekerde. Hij is tevens actiever en vrolijker geworden.

4.4. Het (maat)vestje wordt in andere situaties door de zorgverzekeraars verstrekt of vergoed en is daarom als verzekerd hulpmiddel te beschouwen. Hoogstens is het onderhavige toepassingsgebied minder vaak voorkomend. Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar gesuggereerd dat de (maat)vestjes onder de aanspraak op medisch specialistische zorg zouden kunnen vallen. Verzoekster vraagt de commissie om een uitspraak over de aanspraak in het kader van hulpmiddelenzorg onderscheidenlijk geneeskundige zorg.

4.5. Omdat verzekerde in de groei is, zal het op maat gemaakte vestje vaker moeten worden vervangen en kan niet worden volstaan met het enkele exemplaar dat de ziektekostenverzekeraar heeft vergoed. Ook raakt het vestje snel vervuild door zweten, spugen en diarree als gevolg van een verstoorde darmwerking. Hygiëne is voor verzekerde erg belangrijk, ook omdat hij sinds kort een stoma heeft.

4.6. Verzoekster wijst erop dat de kosten van de vestjes beperkt zijn, indien deze worden afgezet tegen de overige kosten van de zorg voor verzekerde of tegen de kosten bij het lostrekken van de dialyselijn. Voor haar gaat het daarentegen om een aanzienlijk bedrag. Verzoekster merkt nog op dat een schriftelijke, gemotiveerde afwijzing van de aanvraag ontbreekt, ondanks dat hier bij herhaling om is verzocht.

4.7. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het niet alleen gaat om irritatie en jeuk door de aansluiting. Dialysepatiënten zijn immers bekend met een verhoogde kans op jeuk. Er is al van alles geprobeerd om ervoor te zorgen dat verzekerde zich niet krabt en de lijn niet lostrekt. Gebleken is dat spalken helpt, maar dat dit te beperkend is voor verzekerde. De (maat)vestjes blijken in de praktijk een goede oplossing, omdat verzekerde daardoor niet aan

de lijn kan trekken. De lijnen zijn permanent aangesloten op de halsslagader. In het ziekenhuis wordt de dialyseapparatuur hierop aangesloten. Het lostrekken betekent dat het bloedvat wordt geopend. Gelet de leeftijd van verzekerde is het niet aan te raden om steeds een nieuwe lijn aan te brengen.

Het eerste vestje is niet uit coullance vergoed. Dit blijkt ook uit de heroverweging van 23 december 2023. Het vestje is vergoed, omdat het nemen van een beslissing te lang heeft geduurd.

In het proces is veel onduidelijkheid geweest. De ziektekostenverzekeraar had dit kunnen voorkomen door betere en eerdere communicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft haar steeds terugverwezen naar het ziekenhuis, terwijl zij specifiek aan de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd of de (maat)vestjes onder de DBC moest vallen.

Verzoekster heeft verklaard dat met het vergoeden van de reeds aangeschafte (maat)vestjes en het in contact treden met het ziekenhuis over het vervolg het geschil is opgelost.

- 4.8. 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.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag is getoetst aan het Reglement Hulpmiddelen én aan de aanspraak op medisch specialistische zorg. Op grond van het een noch het ander kunnen de (maat)vestjes worden verstrekt of vergoed.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar ziet geen mogelijkheid om het gevraagde te vergoeden. De (maat)vestjes hebben voornamelijk de functie om te voorkomen dat een canule uit een arm wordt getrokken. De aanvraag kan niet ten laste van artikel 2.12, eerste lid, onderdeel a, Rzv worden gebracht. Bij verzekerde is geen sprake van een stoornis in het bewegingssysteem waarvoor dit hulpmiddel noodzakelijk is. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar ziet ook niet dat er sprake is van uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van de aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe zoals beschreven in artikel 2.6, onderdeel m, Rzv.
- 5.3. Ook is geen sprake van verbandmiddelen, toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen, zoals beschreven in artikel 2.15, eerste lid, onderdeel j, Rzv. Onder dit artikel valt weliswaar ook verbandkleding, maar deze wordt alleen vergoed in drie situaties. Ten eerste als onder de kleding, net zoals bij gewoon verband, zalf of crème wordt aangebracht. Een tweede en derde verbandfunctie zijn bescherming en afdekking van de aangedane huid. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft voorts geoordeeld dat het aangevraagde (maat)vestje geen aparte MSZ-prestatie is. Het ziekenhuis kan besluiten of het binnen de Diagnose Behandel Combinatie wordt vergoed.
- 5.4. Vanwege de unieke situatie is nagegaan of vanuit een oogpunt van coullance vergoeding mogelijk was. De ziektekostenverzekeraar heeft uiteindelijk besloten een vergoeding te verlenen buiten de verzekeringsvoorwaarden uit coullance. Deze bedroeg € 365,37 en was eenmalig en onverplicht.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de vergoeding van het eerste vestje een eenmalige financiële tegemoetkoming betrof, omdat de procedure lang had geduurd. Het staat hem niet vrij om een ruimere vergoeding toe te kennen dan mogelijk is onder de zorgverzekering. Het vestje wordt toegepast in het kader van de hemodialysebehandeling en kan daarom als onderdeel van de DBC-zorgproductcode worden gedeclareerd. Het is belangrijk om contact op te nemen met de zorgverlener, omdat een verzekerde prestatie niet is geleverd. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat de reeds aangeschafte vestjes alsnog zullen worden vergoed en dat hij contact zal opnemen met het ziekenhuis om het ziekenhuis te informeren over het vervolg.

- 5.6. 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.
- 5.7. Naderhand heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 17 mei 2023 verklaard dat de reeds aangeschafte (maat)vestjes ten bedrage van € 1.096,11 conform zijn toezegging ter zitting uit coulance zijn vergoed aan verzoekster.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 20 maart 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Beoordeling

Afbakening hulpmiddelenzorg en medisch specialistische zorg

In het rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' verduidelijkt het Zorginstituut (voorheen CVZ) wanneer een hulpmiddel behoort tot de medisch-specialistische zorg of valt onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg. Om deze vraag te beantwoorden maakt het Zorginstituut onderscheid tussen verschillende soorten hulpmiddelen.

Verbruiksmiddelen

Voor uitwendige verbruiksmiddelen zoals verbandmiddelen, geldt dat de verbandmiddelen tijdens opname of poliklinische behandeling in het ziekenhuis vallen onder de 'medisch specialistische zorg'. Als een patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis of behandeling in de thuissituatie plaatsvindt, kunnen de verbruiksmiddelen onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' vallen.

Uitwendige hulpmiddelen

Een uitwendig gedragen hulpmiddel valt onder de medisch specialistische zorg, als de inzet van het hulpmiddel tijdelijk plaatsvindt in het kader van de medisch-specialistische behandeling. Het gaat dan om aandoeningen waarbij het dragen van het betreffende hulpmiddel wordt geïndiceerd door de medisch specialist, maar - na ontslag uit de poliklinische controle - niet meer nodig is of op termijn eindigt.

Met 'tijdelijk' is bedoeld dat de behandeling met het hulpmiddel eindig is. Dit kan afhankelijk van het hulpmiddel enkele weken, maanden of jaren zijn. Als van tevoren niet duidelijk is of de behandeling met het hulpmiddel tijdelijk is, kan sprake zijn van hulpmiddelenzorg.

Aanspraak op hulpmiddelenzorg

In de brief van 16 februari 2023 wijst verweerder, onder vermelding van wetsbepalingen uit de Rzv, de aanvraag van verzoekster af. Het Zorginstituut wil hierover het volgende opmerken.

Hulpmiddelen bij stoornissen in de functies van de huid

Verweerder geeft aan dat in [het] geval van verzekerde geen sprake is van 'verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening, waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen'. Daarbij komt verweerder tot de conclusie dat de vestjes niet aan te merken zijn als een 'verbandmiddel'. Bij deze beoordeling is verweerder uitgegaan van de criteria uit artikel 2.15, lid 1, onderdeel j, van de Rzv (oud).

Onder artikel 2.15, lid 1, onderdeel j, van de Rzv (oud) werden producten beschouwd als een verbandmiddel, als er een verbandfunctie is - wondverzorging en - preventie met als functies reiniging, vochtabsorptie, afdekking en fixatie. Een van de voorbeelden van een 'verbandmiddel' zijn de anti-krabpakken. De anti-krabpakken dienen ter bescherming van de huid dan wel ter voorkoming van krabben door ernstige jeuk. Een vereiste is dat sprake is van een ernstige

huidaandoening en daarbij langdurige behandeling nodig is. Of dit het geval is, dient per individueel geval te worden beoordeeld.

De aanspraak op 'hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid' is per 2015 overgeheveld naar artikel 2.6, onderdeel k, van de Rzv, en nader uitgewerkt in artikel 2.18 van de Rzv. Het Zorginstituut houdt hier in de beoordeling rekening mee.

Het huidige artikel 2.18 van de Rzv vereist dat het hulpmiddel dient 'ter behandeling van stoornissen in de functies van de huid'. In geschil staat vast dat verzekerde als primaire diagnose ernstige chronische nierinsufficiëntie heeft en dat hij daarvoor onder behandeling en controle staat van een medisch-specialist in het ziekenhuis. Ook heeft hij last van jeuk, wat een frequent voorkomende klacht is bij nierpatiënten. In verband met de hemodialysebehandelingen heeft verzekerde een centraal veneuze katheter in situ. De hierbij aanwezige insteekopening in de huid zorgt weliswaar voor een onderbreking van de huid, maar is niet primair een stoornis in de functie van de huid zoals bedoeld in de regelgeving. Ten gevolge van de aanwezigheid van de hemodialysekatheter ontstaan bij verzekerde ernstige klachten van huidirritatie en jeuk, met als gevolg dat hij veel krabt en probeert bij de dialyselijn te komen, met het gevaar van lostrekken en complicaties en schade tot gevolg. Gezien zijn jonge leeftijd is hij zich hier niet van bewust.

Uit de voorliggende informatie kan opgemaakt worden dat het op maat gemaakte vest is bedoeld om het lostrekken van de hemodialysekatheter en de daaruit ontstane gevolgen te voorkomen. Daarmee staat nietvast dat het bedoelde vest noodzakelijk is 'ter behandeling van stoornissen in de functies van de huid', zoals bedoeld in de regelgeving. De reden van de aanvraag is immers het gegeven dat verzekerde een hemodialysekatheter heeft in het kader van medisch-specialistische behandeling. Artikel 2.18 van de Rzv biedt daarom in de situatie van verzekerde geen mogelijkheid tot verstrekking en/of vergoeding van het aangevraagde vest.

Hulpmiddelen bij stoornissen in het bewegingssysteem

Verweerder heeft de aanvraag van verzoekster tevens getoetst aan artikel 2.12 van de Rzv, en concludeert dat in [het] geval van verzekerde geen sprake is van een stoornis in het bewegingssysteem.

Het Zorginstituut constateert dat in het dossier geen (concrete) aanknopingspunten aanwezig zijn, om aan te nemen dat bij verzekerde sprake is van een 'stoornis in het bewegingssysteem', zoals bedoeld in de regelgeving. Daarom kan verzoekster, ten behoeve van verzekerde, geen aanspraak maken op de maatvestjes op grond van artikel 2.12 van de Rzv.

Hulpmiddelen in de zin van artikel 2.6, onderdeel m, van de Rzv

Aanspraak op hulpmiddelen uit artikel 2.6, onderdeel m, van de Rzv kan bestaan als dit noodzakelijk is 'ter compensatie van functieverlies van aderen en lymfevaten bij transport van bloed en lymfe'.

Het Zorginstituut merkt op dat onder deze aanspraak de volgende specifieke hulpmiddelen kunnen vallen: elastische kousen, de aan-en uittrekhulp en hulpmiddelen die zowel voor het aan- als voor het uittrekken kunnen worden gebruikt en de compressieapparatuur. Daarnaast kunnen producten met de functie 'compressie' worden verstrekt als zij voldoen aan de functiegerichte omschrijving van artikel 2.6, onderdeel m, van de Rzv.

In de brief van 16 februari 2023 schrijft verweerder dat verzekerde niet voldoet aan artikel 2.6, onderdeel m, van de Rzv. Daarnaast kan uit het schrijven van de behandeld kinderarts-nefroloog van 24 mei 2022 opgemaakt worden dat voor verzekerde een maatvest geadviseerd wordt, zonder de compressie. Het Zorginstituut kan zich hierin vinden. Bovendien is de reden van de aanvraag een andere dan 'functieverlies van aderen en lymfevaten bij transport van bloed en lymfe'. Dit leidt ertoe dat in geval van verzekerde geen aanspraak bestaat op grond van artikel 2.6, onderdeel m, van de Rzv.

Aanspraak op medisch-specialistische zorg

Uit de informatie van kinderfysiotherapeut van 24 augustus 2022 blijkt dat verzekerde bij de start van de behandeling afneembare elleboogspalken en een star korset droeg die waren bedoeld om te voorkomen dat hij zijn pleisters lostrok, maar die hem belemmerden in zijn bewegen en zijn motorische ontwikkeling. Volgens de kinderfysiotherapeut blijkt dat verzekerde met het aangeschafte vestje wel in staat is zich goed te ontwikkelen.

Uit de informatie van de behandelend kinderarts-nefroloog en de kinderfysiotherapeut blijkt dat het maatvest wordt gebruikt in verband met de hemodialysebehandeling. Het maatvest dient ervoor de bij verzekerde aangebrachte centraal veneuze katheter goed op zijn plaats te houden en te voorkomen dat verzekerde deze eruit trekt of dat er een infectie ontstaat, omdat verzekerde als gevolg van huidirritatie en jeuk krabt aan de huid bij de insteekopening. Uit de informatie blijkt ook dat het doel en de functie van het maatvest gelijk zijn aan die van het eerdere gebruikte (gipsen)korset en de gipsen armkokers of elleboogspalken. Het maatvest wordt gebruikt als alternatief daarvoor. Het maatvest is in deze situatie geen apart te verzekeren prestatie. Het maatvestje wordt in deze situatie toegepast als onderdeel van de hemodialysebehandeling.

Een hemodialysebehandeling valt onder medisch-specialistische zorg. Niet in geschil is dat deze behandeling onderdeel is van het basispakket en dat verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het maatvest is onderdeel van de hemodialysebehandeling en valt daarmee onder de aanspraak medisch-specialistische zorg.

Conclusie

Verzoekster kan geen aanspraak maken op het maatvest vanuit de hulpmiddelenzorg. Wel is het maatvest onderdeel van de hemodialysebehandeling en valt het daarmee onder de aanspraak medisch-specialistische zorg.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een aangepast maatvest maakt onderdeel uit van de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. Tussen partijen was in geschil of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de (maat)vestjes met neopreen ten behoeve van verzekerde te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. In de loop van de procedure is tussen partijen vast komen te staan dat het maatvest onderdeel is van de hemodialysebehandeling en daarom onder deze DBC-code kan worden gedeclareerd. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de (maat)vestjes die al zijn aangeschaft, alsnog rechtstreeks door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Daarnaast zal de ziektekostenverzekeraar contact opnemen met het ziekenhuis om het ziekenhuis te informeren over het vervolg. Verzoekster heeft verklaard dat het geschil hiermee is opgelost. De commissie stelt vast dat partijen alsnog overeenstemming hebben bereikt ter beëindiging van dit geschil. Een inhoudelijke beoordeling over het verzoek door de commissie kan achterwege blijven. Onder de gegeven omstandigheden ziet de commissie geen aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster moet vergoeden.

Slotsom

8.2. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) partijen ter zake van de reeds aangeschafte (maat)vestjes overeenstemming hebben bereikt, in de zin dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1.096,11 vergoedt, en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard contact op te nemen met het ziekenhuis om het ziekenhuis te informeren over het vervolg.

Zeist, 31 mei 2023

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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, 2.6, 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.

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 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;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. 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;
 - 5°. 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 verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- 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 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
- a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- (...)
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- (...)
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- (...)
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- (...)

Artikel 2.12

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel e, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, toe te passen bij een ernstige aandoening, waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen.
 - b. hulpmiddelen, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed als omschreven in artikel 2.17, ter compensatie van beperkingen bij het:
 - 1°. lopen;
 - 2°. gebruiken van hand en arm;
 - 3°. veranderen en handhaven lichaamshouding;
 - 4°. zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
 - 5°. gebruik van communicatieapparatuur.
2. In het geval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor een beperkte of onzekere duur.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat niet
 - a. hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken;
 - b. eenvoudige hulpmiddelen te gebruiken bij beperkingen bij het eten en drinken;
 - c. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij de aanpassing uitsluitend een sta-opstelsysteem betreft;
 - d. eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen.
4. Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Artikel 2.18

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel k, omvatten hulpmiddelen ter behandeling van stoornissen in de functies van de huid, niet zijnde hulpmiddelen voor het veranderen en handhaven van lichaamshouding en antidecubitusbedden, -matrassen en -overtrekken die vallen onder de in de artikelen 2.12 en 2.17 omschreven hulpmiddelen.
2. In geval van hulpmiddelen ter behandeling van stoornissen in de functie van de huid, zoals

bedoeld in het eerste lid, dient sprake te zijn van:

- a. een complexe wond of een hoog risico daarop,
 - b. ernstige littekens, of
 - c. een chronische huidaandoening.
- 3.** Ingeval van allergeenvrij schoeisel gaat het om volledig individueel vervaardigd schoeisel, voor zover de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met confectieschoenen.
- 4.** De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
- a. inlegzolen, en
 - b. smeerbare middelen, tenzij sprake is van behandeling van een complexe wond of een ernstig litteken.

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.

Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

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 chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijn syndroom 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 darm passage, 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 pediatrische 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 fysisch 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 fysisch 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 (ooglaserbehandelingen 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.

Artikel 37. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- Of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- De kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- Of u een verwijzing nodig heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel dat u op basis van het Reglement hulpmiddelen in bruikleen krijgt? Houdt u er dan rekening mee dat u zeer waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen. U heeft in dat geval recht op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig heeft. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 38. Verblijf

Verblijf is medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 15.1), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 32 en artikel 33) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 14, Verpleging en verzorging.

Een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis is mogelijk als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 77,50 per dag.

Wanneer heeft u recht op een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis?

Ondergaat u CAR T-celtherapie en woont u op meer dan 60 minuten reizen van het expertziekenhuis waar u de behandeling ondergaat? Dan kunnen wij op uw verzoek een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van het ziekenhuis geven. De vergoeding begint op de dag dat u het ziekenhuis verlaat en stopt na 14 dagen, tenzij u langer in de buurt van het ziekenhuis moet blijven in verband met medische complicaties. De vergoeding bedraagt maximaal € 77,50 per dag.

Eigen risico

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