

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202202056

Partijen

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

en

IZA Zorgverzekering N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van een te Werneck, Duitsland, bij haar uitgevoerde spondylodese op niveau L3-L5 (2 X TLIF), ten bedrage van totaal € 13.049,76, te vergoeden. Zij stelt in dit verband dat aan de voorwaarden van een second opinion is voldaan. Dit is echter niet relevant, aangezien de behandeling door de medisch specialist in Duitsland is overgenomen en hiervoor een aanvraag is gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de ingreep geweigerd, aangezien een operatie-indicatie ontbreekt en de behandeling niet doelmatig is. Wel heeft hij zich lopende de procedure bereid verklaard de kosten van een second opinion te vergoeden, na overlegging van de nota.
- 1.2. De commissie overweegt dat het hier gaat om planbare zorg in een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, waarop artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 ziet. Door verzoekster is tijdig een aanvraag gedaan. Een spondylodese is verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Verzoekster was hierop evenwel niet redelijkerwijs aangewezen. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering en tevens dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht werd geweigerd. Of verzoekster al dan niet voldoet aan de voorwaarden voor een second opinion behoeft geen bespreking meer nu door de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten hiervan is toegezegd.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 24 juli 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 9 augustus 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 31 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 september 2023 aan verzoekster gestuurd.

- 2.3. Bij brief van 31 oktober 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023037220) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 november 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 6 december 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 14 december 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 31 oktober 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 20 december 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Voorts heeft het Zorginstituut de beoordeling uit het voorlopig advies verduidelijkt. Een kopie van deze brief is op 20 december 2023 aan partijen gestuurd waarbij zij in de mogelijkheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 28 december 2023, welke door de commissie op 6 januari 2024 is ontvangen, heeft verzoeker hierop gereageerd. Een afschrift hiervan is op 15 januari 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Tand 2 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. In verband met een voorgenomen behandeling in het Orthopädisches Krankenhaus Schloss Werneck te Werneck, Duitsland, heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een 'Aanvraagformulier Medisch specialistische zorg in het buitenland' ingediend.
- 3.3. Bij brief van 17 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de met de behandeling gemoeide kosten afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 7 juli 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar bevestigde de ontvangst op dezelfde dag, eveneens per e-mail. Bij e-mailbericht van 15 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Op 18 juli 2022 vroeg verzoekster opnieuw aandacht voor haar zaak, wederom per e-mail. Hierop volgde een telefoongesprek op 28 juli 2022, waarvan de inhoud door de ziektekostenverzekeraar op 29 juli 2022 per e-mail werd bevestigd. Bij brief van 30 augustus 2022 schreef verzoekster de ziektekostenverzekeraar nogmaals aan. Deze reageerde bij e-mailbericht van 12 september 2022, onder handhaving van zijn standpunt.
- 3.5. Verzoekster heeft zich hierna gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen leidde ertoe dat de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaarde de kosten van een second opinion te vergoeden.
- 3.6. Bij brief van 31 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 20 december 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van een te Werneck, Duitsland, bij haar uitgevoerde spondylodese op niveau L3-L5 (2 X TLIF), ten bedrage van totaal € 13.049,76, te vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoekster toegelicht dat zij - vóór de ingreep - al 20 jaar klachten had van lage rugpijn. Fysiotherapie en invasieve pijnbestrijding leverden geen verbetering op. Zij gebruikte de maximale hoeveelheid pijnstillers per dag en kon zonder pijn minder dan 100 meter lopen. Soms moest zij op de grond gaan liggen om de pijn tijdelijk draaglijk te maken. De behandelend medisch specialist van de Sint Maartenskliniek in Nijmegen wilde haar niet opereren. De medisch specialist in Duitsland constateerde een spinaalkanaalstenose en zag wel een operatiemogelijkheid. Sinds de operatie in Duitsland is zij pijnvrij en kan zij weer een kwalitatief goed leven leiden. Verzoekster concludeert dat de ingreep was aangewezen en dat deze doelmatig en doeltreffend was in de zin van artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 4.3. Door de ziektekostenverzekeraar is verwezen naar artikel 16 van de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster merkt op dat zij voldoet aan de hierin gestelde voorwaarden. De eerste behandelaar, zoals bedoeld in genoemd artikel, is haar huisarts. Zij heeft met de huisarts overlegd en deze vond de operatie in Duitsland aangewezen. Van de secretaresse van de behandelend medisch specialist in Nederland vernam verzoekster dat een verwijzing, door de huisarts, naar de Duitse arts voldoende zou zijn. Zij is in het bezit daarvan, zodat ook aan deze voorwaarde is voldaan. Dat er geen overleg is gevoerd met de Sint Maartenskliniek is niet juist. Verzoekster heeft op 27 juni 2022 met de instelling gebeld. Hierna zijn de bevindingen van de medisch specialist in Duitsland daar besproken in het teamoverleg. De behandelend medisch specialist in Nederland zag echter nog steeds geen operatie-indicatie. Begin juli 2022 is dit telefonisch naar verzoekster teruggekoppeld. Volgens verzoekster is de redactie van artikel 16 niet eenduidig. De bepaling is daarnaast niet relevant. Het gaat hier immers niet om een second opinion, maar om overname van de behandeling, waarvoor een aanvraag is gedaan. Verzoekster stelt dat zij haar medisch dossier kan opvragen bij de behandelend arts om vervolgens te kiezen voor behandeling door een andere arts.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat in Duitsland zowel een stenose als een spondylodese is uitgevoerd. In 2021 heeft zij een consult gehad bij de Sint Maartenskliniek. Hier is weinig besproken. In de Sint Maartenskliniek is de hele wervelkolom onderzocht. De medisch specialist heeft aan verzoekster alleen de foto van de bovenkant van de rug laten zien en uitgelegd dat het er goed uit zag. In de Sint Maartenskliniek is conservatief beleid voorgesteld. Vervolgens is verzoekster bekend geraakt met andere patiënten die succesvol zijn behandeld in andere klinieken, waaronder in een kliniek in Duitsland. Verzoekster heeft bij haar huisarts gevraagd of zij kon worden geopereerd in Duitsland. De huisarts heeft hiervoor een verwijsbrief opgesteld. Verzoekster is met de foto's van de Sint Maartenskliniek naar de kliniek in Werneck gegaan. Hier bleek dat in de Sint Maartenskliniek vier of vijf foto's waren gemaakt. Verzoekster had eerder maar één foto gezien. In de kliniek in Werneck zijn geen nieuwe foto's gemaakt. De medisch specialist wees op een uitstulping aan de wervel onderin en legde uit dat dit de pijn vermoedelijk veroorzaakte. Op advies van de ziektekostenverzekeraar is contact opgenomen met de Sint Maartenskliniek. De Duitse medisch specialist wilde graag overleggen met de medisch specialist van de Sint Maartenskliniek, maar deze weigerde. Verzoekster had veel pijn en de Duitse medisch specialist bood hiervoor een oplossing. Uit het advies dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht, blijkt dat conservatief beleid niet altijd de beste oplossing is. In sommige gevallen is iets anders nodig. Dit geldt ook voor verzoekster. Verzoekster heeft ervaren dat er bij de kliniek in Werneck oog was voor de lage rug en bij de Sint Maartenskliniek niet.

Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

- 4.5. Bij brief van 28 december 2023 heeft verzoekster aangevoerd dat de aanvullende uitleg van het Zorginstituut niet volstaat. Verzoekster heeft verklaard dat zij haar eerder ingenomen standpunten handhaaft.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar de 'Richtlijn Indicatie spinaalchirurgie lage rugpijn' en de verklaring van de behandelend medisch specialist in Nederland, het standpunt ingenomen dat bij verzoekster een operatie-indicatie ontbreekt. Hij verwijst naar de aanbevelingen in de richtlijn, die luiden aldus:

"Patiënten met chronische (langer dan drie maanden bestaande) lage rugpijn (met of zonder beenpijn) die onvoldoende hebben gereageerd op eerstelijns conservatieve therapie, worden een multidisciplinair rug-revalidatieprogramma aangeboden.

Dit dient te bestaan uit cognitieve en functionele training (aanleren van pijn coping strategie) onder leiding van een revalidatiearts of klinisch psycholoog, in combinatie met oefeningen onder begeleiding van een fysiotherapeut.

Indien patiënten met chronische lage rugpijn met degeneratieve kenmerken op één of twee lumbale niveaus, na het doorlopen van een multidisciplinair rug-/pijn revalidatieprogramma, onacceptabele klachten blijven houden, kan een lumbale spondylodese worden overwogen.

De besluitvorming rondom geïnstrumenteerde spinaalchirurgie voor chronische lage rugpijn dient plaats te vinden binnen een multidisciplinair team (zie de module 'Organisatie van zorg bij spinaalchirurgie')."

In de Sint Maartenskliniek is een conservatief beleid voorgesteld. De Duitse medisch specialist heeft de indicatie voor een spondylodese niet toegelicht. Bij verzoekster is geen sprake van instabiliteit.

- 5.2. Daarnaast is de behandeling niet doelmatig. Verder had verzoekster een voorafgaande machtiging nodig, gelet op het bepaalde in artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, en deze is door de ziektekostenverzekeraar niet gegeven.
- 5.3. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat evenmin kan worden gesproken van een second opinion als bedoeld in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Bij brief van 1 juni 2023 in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hij alsnog (achteraf) toestemming gegeven voor een second opinion, consult plus beeldvorming, bij de Duitse medisch specialist. Hierbij behoort DBC-zorgproduct 131999178 (15B099) "Beeldvormend onderzoek (röntgen of echo of CT-scan of MRI) bij een ziekte van botspierstelsel van de wervelkolom", met een bijbehorend maximumtarief van € 828,03. Verzoekster kan de nota ter zake ter declaratie indienen.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij uit de stukken heeft opgemaakt dat de spondylodese is uitgevoerd vanwege de indicatie stenose. De aanvraag is afgewezen, omdat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op de operatie. De ziektekostenverzekeraar heeft medische informatie ontvangen van de medisch specialist van de Sint Maartenskliniek en de medisch specialist in Werkneck. In de Sint Maartenskliniek is uitgebreid onderzoek gedaan. Op de MRI-scan was een afwijking zichtbaar, maar dit was niet zichtbaar in het klinische beeld of het lichamelijke onderzoek. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft uitgelegd dat een afwijking op een MRI-scan niet direct de klachten verklaart. Uit de informatie van de Sint Maartenskliniek blijkt dat er geen indicatie was voor een operatie. Een spondylodese is een ingrijpende operatie. Als deze operatie wordt uitgevoerd bij een verkeerde indicatie, kan dit negatieve gevolgen hebben. Daarom moet eerst conservatieve behandeling worden ondergaan, conform de geldende richtlijnen. De ziektekostenverzekeraar heeft het standpunt van de medisch

specialist van de Sint Maartenskliniek gevolgd, omdat dit berust op een uitgebreid onderzoek conform de Nederlandse richtlijnen. De onderbouwing van de Duitse medisch specialist was onvolledig. Van hem heeft de ziektekostenverzekeraar alleen een beeldvormend onderzoek ontvangen. De Duitse medisch specialist heeft niet onderbouwd waarom een operatie de beste oplossing is.

De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij niet bestrijdt dat bij verzoekster een behandelbehoefte bestond. Dit staat echter los van de vraag of er ook een verzekeringsindicatie was voor de operatie. Verzoekster was niet redelijkerwijs aangewezen op de operatie en daarom is er ook geen verzekeringsindicatie. Volgens de geldende richtlijnen moet een patiënt eerst conservatief worden behandeld. Als conservatieve behandeling was afgewacht, kon daarna worden onderzocht of een operatie mogelijk was. Echter, uit de stukken maak de ziektekostenverzekeraar op dat er mogelijk geen operatiemogelijkheden waren. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt ook uit het advies van het Zorginstituut dat verzoekster eerst conservatief moest worden behandeld.

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.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 31 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het geschil betreft de vraag of verzoekster was aangewezen op (een medische indicatie had voor) de uitgevoerde spondylodese.

In de richtlijn Geïstrumenteerde spinaalchirurgie van de Nederlandse Orthopedische Vereniging wordt een spondylodese als behandeloptie genoemd bij verschillende degeneratieve aandoeningen van de thoracolumbale wervelkolom.

Bij verzoekster is sprake van een stabiele degeneratie van lage rugwervels zonder uitstraling met therapieresistente pijn. Volgens de Duitse arts is ook sprake van een kanaalstenose. In voornoemde richtlijn wordt het volgende beschreven over het operatieve beleid van rugpijn zonder kanaalstenose (spinaalstenose) of met kanaalstenose:

Indicatie voor spinaalchirurgie lage rugpijn zonder spinaalstenose: Spondylodese indien een multidisciplinair rug programma (cognitieve en functionele training onder leiding van een revalidatiearts of klinisch psycholoog (icm FT) niet voldoet. De effectiviteit van een spondylodese voor deze indicatie staat wel ter discussie, zodoende is er shared decision making

Indicatie voor spinaalchirurgie lage rugpijn met spinaalstenose:

Operatie-indicatie lumbale spinale stenose: Weefsel/ligamenten verwijderen, klein deel wervelboog of gehele wervelboog verwijderen na passende beeldvorming en niet-succesvolle conservatieve behandeling kan zinvol zijn, hoewel het bewijs schaars is. De effectiviteit van een spondylodese voor deze indicatie staat wel ter discussie, zodoende is er shared decision making.

Op grond van voorgaande richtlijn geldt dus het volgende. Als geen sprake was van spinaalstenose bij verzoekster zou zij mogelijk op een spondylodese aangewezen zijn nadat zij een multidisciplinair rug programma zou hebben doorlopen. Uit het dossier blijkt niet dat zij een dergelijk programma heeft voltooid. Als bij verzoekster wel sprake was van een spinaalstenose, dan was het opheffen van de spinaalstenose geïndiceerd zoals in de richtlijn is beschreven. In beide gevallen staat de effectiviteit van een spondylodese ter discussie en is dit (in eerste instantie) niet geïndiceerd.

Conclusie

Verzoekster was niet aangewezen op (had geen medische indicatie voor) de uitgevoerde spondylodese.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op een vergoeding vanuit het basispakket van de kosten van een spondylodese uitgevoerd in een kliniek in Duitsland."

- 6.2. In het definitief advies van 20 december 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en het aanvullend stuk ontvangen.

Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Wel ziet het Zorginstituut aanleiding om de beoordeling uit het voorlopig advies te verduidelijken. Het Zorginstituut heeft voor twee opties onderzocht of verzoekster een indicatie heeft, te weten in het geval van spinaalstenose als in het geval van geen spinaalstenose. Uit het voorlopig advies volgt dat als geen sprake is van spinaalstenose, er eerst een multidisciplinair rugprogramma moet zijn voltooid. In het geval er wel sprake is van spinaalstenose, wat tevens het oordeel is van de Duitse arts, volgt uit de richtlijn:1 weefset/Hgamenten verwijderen, klein deel wervelboog of gehete wervelboog verwijderen na passende beeldvorming en niet-succesvolle conservatieve behandeling. Hoewel het opheffen van de spinaalstenose in dat geval dus geïndiceerd is, is een spondylodese dat in eerste instantie niet. Voor beide opties geldt dus dat een spondylodese niet geïndiceerd is voor verzoekster."

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. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en over medisch specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder wordt in de bijlage artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 aangehaald, en zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Op basis van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Duitsland - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. De verordening blijft in beginsel buiten beschouwing als de verzekerde geen toestemming vraagt. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt verzocht.

In dit geval heeft verzoekster tijdig het 'Aanvraagformulier Medisch specialistische zorg in het buitenland' bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Deze heeft hierop op 17 juni 2022 afwijzend beslist, waarna verzoekster heeft besloten de ingreep - een spondylodese op niveau L3-L5 (2 X TLIF) - te ondergaan. Van 26 juli 2023 tot 3 augustus 2022 was zij in verband hiermee opgenomen in de kliniek in Werneck.

De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat volgens hem geen sprake was van een operatie-indicatie en de ingreep daarnaast niet doelmatig was. Hierna zal worden beoordeeld of die afwijzing terecht was. Daarbij wordt aangetekend dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekeringsaanpak is beoogd.

- 8.3. De commissie overweegt dat op grond van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Zoals blijkt uit de 'Richtlijn Geïnduceerde wervelkolomchirurgie' (NOV 22-04-2017) (hierna: de richtlijn) voldoet de bij verzoekster uitgevoerde spondylodese hieraan zodat sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering.

In artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat alleen dan aanspraak bestaat op de verzekerde zorg indien de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. Eerstgenoemd criterium is afkomstig uit artikel 2.1, derde lid, Bzv.

- 8.4. De vraag die allereerst moet worden beantwoord is of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde spondylodese. De commissie heeft conform artikel 114 Zvw het Zorginstituut gevraagd hierover een advies uit te brengen. Het Zorginstituut overweegt in zijn advies van 31 oktober 2023 dat bij verzoekster sprake is van een stabiele degeneratie van lage rugwervels zonder uitstraling met therapieresistente pijn. Volgens de Duitse medisch specialist is ook sprake van een kanaalstenose. Het Zorginstituut beschrijft wat in de hiervoor genoemde richtlijn wordt beschreven over het operatieve beleid van rugpijn zonder kanaalstenose (spinaalstenose) of met kanaalstenose. Op grond van de richtlijn geldt dat als géén sprake was van een spinaalstenose bij verzoekster, zij mogelijk op een spondylodese aangewezen zou zijn nadat zij een multidisciplinair rugprogramma zou hebben doorlopen. Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster een dergelijk programma heeft voltooid. Als bij verzoekster wél sprake was van een spinaalstenose, dan was het opheffen van de spinaalstenose geïndiceerd zoals in de richtlijn is beschreven (*"Weefsel/ligamenten verwijderen, klein deel wervelboog of gehele wervelboog verwijderen na passende beeldvorming en niet-succesvolle conservatieve behandeling"*). In beide gevallen staat de effectiviteit van een spondylodese ter discussie en is deze behandeling (in eerste instantie) niet geïndiceerd. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoekster niet was aangewezen op de uitgevoerde spondylodese. Om die reden luidt het advies dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Duitsland uitgevoerde spondylodese vanuit het basispakket.

De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name het feit dat zij sinds de operatie pijnvrij is en weer een kwalitatief goed leven kan leiden, hoe verheugend dit voor verzoekster ook is, geen aanleiding om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de door haar te Werneck ondergane ingreep ten laste van de zorgverzekering, en dat de gevraagde toestemming op basis van de verordening haar terecht door de ziektekostenverzekeraar werd onthouden. Of de operatie doelmatig was behoeft daarom geen bespreking meer.

- 8.5. Tot de medisch specialistische zorg, bedoeld in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering, behoort ook de second opinion. Of aan de in dat verband toepasselijke vereisten is voldaan, kan in het midden blijven, nu de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft toegezegd alsnog toestemming te geven voor een second opinion, consult en beeldvorming, bij de Duitse medisch specialist en, na overlegging van de nota, vergoeding te verlenen op basis van DBC-zorgproduct 131999178 (15B099) *"Beeldvormend onderzoek (röntgen of echo of CT-scan of MRI) bij een ziekte van botspierstelsel van de wervelkolom"*, met een bijbehorend maximumtarief van € 828,03. Verzoekster heeft noch de juistheid van het door de ziektekostenverzekeraar

gehanteerde DBC-zorgproduct noch de hoogte van het door hem genoemde maximumtarief bestreden, zodat beide voor juist moeten worden gehouden.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 januari 2024,

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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. (...)*”

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

Zorgadvies en bemiddeling

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

1.2. Medische noodzaak

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

1.3. Wie mag de zorg verlenen

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

1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

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

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

1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

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

Cessieverbod

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

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

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

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

Extra informatie

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

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Revalidatie

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

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

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.