



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Centrale Ziektekostenverzekering NZV N. te Tilburg
Zaak : EU/EER, Griekenland, revalidatiezorg na ongeval, plegen te bieden, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201801015
Zittingsdatum : 22 mei 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Centrale Ziektekostenverzekering NZV N. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Delta Lloyd Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van revalidatie, ondergaan te Athene, Griekenland (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 29 april 2016 en 28 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 25 januari 2017, 15 juni 2017, 10 augustus 2017 en 19 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 12 november 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 januari 2019 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 maart 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 maart 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 18 januari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 19 maart 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019002964) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het in het Filoktitis Medical Rehabilitation Center aangeboden behandelprogramma niet overeenkomt met zorg zoals revalidatieartsen in Nederland plegen te bieden. Het Zorginstituut licht zijn advies als volgt toe: *"De inhoud van het geboden revalidatieprogramma in het Filoktitis Medical Rehabilitation Center komt niet overeen met de zorg zoals revalidatieartsen in Nederland die plegen te bieden. Volgens het behandelkader chronische pijn van de Vereniging van Revalidatieartsen is een medisch specialistisch revalidatieprogramma bij de indicatie chronische pijn een multidisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. Het behandelteam werkt interdisciplinair en heeft regelmatig overleg met elkaar. Mogelijke behandeldoelen zijn verbetering van het activiteitsniveau, de participatie en het psychisch welbevinden.*
(...)
Wat betreft de uitvoering kan op grond van het dossier niet worden aangetoond dat het behandelprogramma een interdisciplinair karakter had, waarbij regelmatig overleg en afstemming tussen de betrokken zorgverleners heeft plaatsgevonden.
In beginsel dient de revalidatiebehandeling als geheel te worden beoordeeld op onderbouwde effectiviteit en niet op onderdelen. Het is echter niet duidelijk of de diverse aangeboden behandelmodules een onlosmakelijke samenhang hebben en onderdeel zijn van een goed omschreven behandelprogramma dat als geheel op effectiviteit kan worden beoordeeld. Wanneer slechts een klein deel van de inhoud zou afwijken van de in Nederland gebruikelijke medische specialistische revalidatieprogramma's, dan zou dit wellicht bij een urgente reden om de behandeling in een buitenlandse revalidatie-instelling te laten plaatsvinden van ondergeschikt belang kunnen worden geacht. Indien echter - zoals in onderhavig geschil - een groot deel van het behandelprogramma afwijkend is, dan komt de doelmatigheid van de behandeling als geheel onder druk te staan."
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 maart 2019 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 mei 2019 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 mei 2019 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 27 juni 2019 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. In reactie op vragen van de commissie heeft het Zorginstituut de volgende toelichting gegeven: *"Het Zorginstituut heeft de behandeling beoordeeld die bij de indicatie van verzoekster is voorgesteld en waarvoor de aanvraag is gedaan. Zoals reeds in het voorlopig advies aangegeven dient de revalidatiebehandeling als geheel te worden beoordeeld op onderbouwde effectiviteit, en niet op onderdelen. Deze beoordeling vindt altijd plaats op groepsniveau, niet op individueel niveau. Op basis van het dossier is niet duidelijk of de diverse behandelmodules een onlosmakelijke samenhang hebben en onderdeel zijn van een goed omschreven behandelprogramma dat als geheel op effectiviteit kan worden beoordeeld. Essentieel voor medisch-specialistische revalidatie is dat de indicatiestelling door een revalidatiearts is gedaan, en dat er een op de individuele kenmerken, behoeftes en behandeldoelen van de patiënt aansluitend programma is opgesteld. De*

behandeling dient interdisciplinair uitgevoerd te worden met regelmatig onderling overleg en onder supervisie van de revalidatiearts.

Voorts vraagt u of het Zorginstituut de website van de zorgaanbieder heeft bekeken, onder andere voor de deskundigheid van de behandelend arts. Het Zorginstituut geeft in principe advies op basis van de onderliggende stukken in het dossier. Op basis van informatie op de website van een zorgaanbieder kan het Zorginstituut geen oordeel vormen over de stand van wetenschap en praktijk. Het advies van het Zorginstituut strekt niet tot de beoordeling van de deskundigheid van een behandelend arts. Deze beoordeling is aan de zorgverzekeraar."

Een afschrift van dit advies is op 1 juli 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De behandelend arts in Griekenland heeft op 23 september 2016 over verzoekster verklaard: *"(...) The patiënt followed a functional rehabilitation program because of intensive cervical and head pain, upper back pain radiating to the upper extremities often accompanied by mild muscle weakness and ill-defined sensory symptoms, numbness of upper limbs, dizziness and gait instability. She reports excessive fatigue, sleep disorder, irregularities of concentration and memory, anxiety and symptoms of depression related to her inability to perform adequately at work-related activities. All the pre-mentioned symptoms indicate that the patiënt suffers of Post-Concussion Syndrome and central sensitization of pain (Central Pain Syndrome). She has a history of an accident on 05/03/2014 (reported fall from her height, as main mechanism of injury), resulting in a mild traumatic brain injury. Her clinical signs and symptoms included muscle weakness and radical pain in C7-C8 nerve root region, posttraumatic headache, dizziness with instability and mild disorders of balance in the upright position and during gait. MRI scan studies showed a central posterior disc bulge at C7, C8 and T1 levels. She followed various special medical tests, such as Posturagraphy (where dysfunction was presented in Romberg's position, on foam surface with head turned left, and on foam surface with head in extension), Velocity Storage (where rotational after-nystagmus was clinically measured, followed by observation of nystagmus duration post spinning), Saccadometry (where dysfunctions were seen in saccadic peak velocities, mean velocities and Q Factor ratios for leftward movements) and Videonystagmography (decreased left VOR gain at all speeds). Various areas of dysfunction were seen, relating particularly to left parietal lobe, right frontal lobe, and left vestibular/midline cerebellar regions. The traumatic nature and onset of symptoms post accident suggested a prolonged mild traumatic brain injury (mTBI) with predominant vestibular and some cortical symptoms. Suggested plan and prognosis: At the current time the patiënt presents improvement in the sense of numbness (as a foreign part of her body) in the left arm/hand, lower intensity and lower frequency of the episodes of neuropathic pain in both upper limbs, less general stiffness and lack of flexibility, mildly improved coordination of the shoulder blade (scapula) function (both sides) and core stability. The main goal of the current rehabilitation program is to additionally improve oculomotor and vestibular functions, maximize the quality of sleep, minimize the pain intensity, improve the dizziness and balance during gait, meliorate the strength of upper and lower limbs and maximize her functionality in Activities of Daily Living (ADL's). Due to the slow progress and the above mentioned clinical status and the complexity and chronicity of the case, it is suggested to continue following a complete and systematic rehabilitation program for approximately four (4) weeks. (...)"*

4.2. Verzoekster heeft in maart 2014 een ongeval gehad op het werk, waarna zij diverse problemen heeft gekregen, waaronder een hersenschudding, schade aan een nekwenkel en problemen met het gebruik van haar linker arm. Aanvankelijk vond men het lastig de juiste diagnose te stellen. Pas begin 2015 werd zij doorverwezen voor revalidatie. Zij werd echter in diverse revalidatiecentra geweigerd. Dit kwam onder andere door de taalbarrière - verzoekster is de Nederlandse taal niet machtig - en de complexiteit van haar aandoening.

4.3. Verzoekster is zelf op zoek gegaan naar een alternatief, dat zij heeft gevonden bij een kliniek in Griekenland. Zij heeft vervolgens de ziektekostenverzekeraar gevraagd om goedkeuring van de

behandeling aldaar. Omdat het erop leek dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval gedeeltelijk tegemoet zou komen in de kosten, en de situatie reeds lang voortduurde, heeft verzoekster ervoor gekozen vast naar Griekenland te reizen om de revalidatie te beginnen. De ziektekostenverzekeraar kwam daarna echter met het bericht dat de zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De gevolgde therapie bestaat onder andere uit fysiotherapie, ergotherapie, hydrotherapie en drie sessies met een diëtiste. Volgens de voorwaarden van de zorgverzekering komen deze behandelingen voor vergoeding in aanmerking.

4.4. De kliniek in Griekenland waar verzoekster naartoe is gegaan is een erkende revalidatiekliniek. De nota van € 4.180,- dient daarom door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed. Verzoekster benadrukt in dit verband dat als zij in Nederland had kunnen worden geholpen, de ziektekostenverzekeraar ook gehouden was geweest een vergoeding te verlenen.

4.5. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat onderdelen van de gevolgde behandeling volgens de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Zij is naar tevredenheid behandeld door de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft volgens verzoekster zijn zorgplicht geschonden. Zij stelt veelvuldig telefonisch contact met hem te hebben opgenomen en te hebben gevraagd om een behandeling in Nederland. Verzoekster is door de huisarts verwezen voor revalidatie.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Volgens artikel A.3.2. van de zorgverzekering kan zorg alleen worden vergoed indien deze conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Het door verzoekster gevolgde programma is zeer breed. Het merendeel van de zorg voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bovendien betreft het geen zorg zoals een revalidatiearts die pleegt te bieden (onder andere acupunctuur, mesotherapie, prolotherapie en warm/koudbaden). Het gaat om een door de behandelaar benoemd integraal programma, vanuit de holistische benadering. Een revalidatieprogramma wordt altijd in zijn totaliteit beoordeeld, en niet op de afzonderlijke onderdelen. Omdat een deel van de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, komt het geheel niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Daarnaast geldt dat het naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar in de situatie van verzoekster niet gaat om doelmatige zorg. Ook heeft geen voorafgaande verwijzing plaatsgevonden. Verder is niet duidelijk of alle behandelaars bevoegd en bekwaam zijn de zorg te verlenen, en of zij een opleiding hebben die vergelijkbaar is met de disciplines die in Nederland zijn betrokken bij revalidatiezorg.

5.2. Verzoekster stelt dat een door haar bezochte revalidatiekliniek de behandeling heeft geweigerd, omdat zij geen Nederlands spreekt. In een brief van de betreffende zorgaanbieder van 6 maart 2016 staat onder andere:

“Patiënte is verwezen naar (...) voor poliklinische revalidatie: Zij was in maart 2015 reeds eenmaal eerder aangemeld en destijds is de behandeling niet van start gegaan wegens taalbarrière. Zij komt nu met dezelfde klachten en de intake laat zien dat er nog altijd voldoende aanknopingspunten zijn voor behandeling op zowel het fysieke als het mentale vlak. Echter, het begrip en het spreken van de Nederlandse taal zijn onveranderd (matig tot slecht). Het is door de opzet van het behandelprogramma niet mogelijk voor haar om in voldoende mate deel te nemen vanwege deze taalbarrière. Zij zal dus wederom niet starten. We zullen met haar nadenken over een alternatief.”

Uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat de zorgaanbieder zowel in 2015 als in 2016 een behandeltraject heeft gedeclareerd. Bij beide trajecten gaat het om zorgproductcode 990027142, met omschrijving: *“teambehandeling met meerdere zorgverleners tot maximaal 58 behandeluren in de polikliniek of tot maximaal 14 verpleegdagen bij een aandoening van het bewegingsapparaat.”* Dit zorgproduct omvat meer dan alleen een consult. Verzoekster lijkt derhalve wèl te zijn behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geen reden te twifelen aan de declaratie van de zorgaanbieder.

5.3. Verzoekster heeft in Griekenland twee behandelingen fysiotherapie gehad, die zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor zover bekend is geen rekening ingediend voor de behandeling door de diëtist, zodat hiervoor geen vergoeding is gegeven.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat bij de onderhavige zorg moet worden gekeken naar het totale pakket en niet naar de afzonderlijke behandelingen. Bovendien moet een revalidatiearts de behandeling coördineren wil sprake zijn van medisch specialistische revalidatie. Hiervan is in de onderhavige situatie niet gebleken. In de polisvoorwaarden is daarnaast bepaald dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De therapieën die verzoekster heeft gevolgd, voldoen niet allemaal aan dit criterium. Een geldige verwijzing ontbreekt.

Een taalbarrière kan niet het probleem zijn om geen zorg te kunnen ontvangen. Uit de stukken die verzoekster heeft overgelegd blijkt niet dat zij door meerdere zorgaanbieders is geweigerd vanwege een taalbarrière. Daarnaast is uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat verzoekster hem heeft gevraagd om haar te helpen bij het vinden van een zorgaanbieder. Er is alleen vermeld dat verzoekster heeft gebeld en dat zij heeft gezegd dat zij naar Griekenland wilde voor behandeling.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.6. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatiezorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen.

Deze zorg omvat:

-opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;

- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandel doel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant of sportarts. (...)"

- 8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?

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

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

(...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen. In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en

(...)"

- 8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.4.6. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering

recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Medisch-specialistische zorg, waaronder revalidatiezorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Hier is tevens opgenomen dat het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel D.16. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op onder andere fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?

U hebt recht op (vergoeding van) fysiotherapie en/of oefentherapie, zoals die is beschreven in artikelen B.8.1, B.8.2. en B.8.3.. Bij fysiotherapie en oefentherapie beschouwen wij een screening of intake als één behandeling. Wordt een screening of intake apart op uw Vergoedingen Overzicht vermeld, dan vergoeden wij die afzonderlijk en komt die niet in mindering op het aantal behandelingen of de totaal vergoeding voor behandelingen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. "

Op het Vergoedingen Overzicht staat dat jaarlijks maximaal negen behandelingen worden vergoed.

- 8.10. Artikel D.18. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op diëtiëk en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?

U hebt recht op diëtetiek. Dit omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, op voorwaarde dat het een geneeskundig doel dient. Zie artikel B.11. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. (...)"

Op het Vergoedingen Overzicht staat dat per jaar maximaal € 100,-- wordt vergoed.

8.11. 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. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Griekenland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Zij heeft de toestemming evenwel niet afgewacht, maar is kort na de aanvraag naar Griekenland vertrokken voor behandeling.

De commissie oordeelt dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar aldus geen redelijke mogelijkheid heeft geboden om op de aanvraag te beslissen. Gelet op het arrest Stamatalaki, zaak C-444/05, van het Europese Hof blijft de verordening daarom buiten toepassing en dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de vraag of de door verzoekster in Griekenland genoten revalidatiezorg zorg is zoals revalidatieartsen die plegen te bieden, en zo ja of de desbetreffende zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Door de ziektekostenverzekeraar zijn voorts kanttekeningen geplaatst bij de doelmatigheid, terwijl bovendien een geldige verwijzing ontbreekt. De commissie overweegt als volgt.

9.3. Medisch specialistische revalidatie is een verzekerde prestatie op grond van artikel B.4.6 van de zorgverzekering. Er bestaat aanspraak op revalidatiezorg als deze zorg voor betrokkene 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 betrokkene met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn of haar beperkingen, redelijkerwijs nodig is. De zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist.

Het Zorginstituut heeft de aanvraag voor multidisciplinaire revalidatie van verzoekster beoordeeld en is in zijn advies van 19 maart 2019 tot de conclusie gekomen dat de in het Filoktitis Medical Rehabilitation Center gevolgde behandeling niet is aan te merken als zorg zoals revalidatieartsen in Nederland plegen te bieden. Daarom wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie maakt de conclusie van het Zorginstituut tot de hare en volgt het advies. Dit brengt mee dat de onderhavige kosten op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen.

9.4. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name dat zij in Nederland niet kan worden behandeld vanwege de taalbarrière, treft geen doel. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoekster niet bestreden dat in Nederland niet alleen een consult heeft plaatsgevonden, maar tevens een behandeling is gestart. Schending van de zorgplicht is dan ook niet aan de orde, waarbij de commissie nog opmerkt dat door verzoekster is gesteld dat zij de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om hulp bij het vinden van een zorgaanbieder. Dit heeft zij evenwel niet aannemelijk gemaakt. De ziektekostenverzekeraar was aldus niet in staat invulling te geven aan de op hem rustende zorgplicht. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar, in geval van behandeling in Nederland, gehouden was geweest een vergoeding te verlenen en dat hij daarom ook - een deel van - de in Griekenland gemaakte kosten dient te vergoeden, wordt gepasseerd. De zorgverzekering voorziet namelijk niet in de mogelijkheid van substitutie, dat wil zeggen vergoeding van de kosten van niet-genoten zorg ter dekking van kosten van niet-verzekerde zorg. Of de onderhavige zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en of deze doelmatig is, kan - gelet op het voorgaande - in het midden blijven. Het zelfde geldt voor de vraag welke gevolgen het ontbreken van een geldige verwijzing moet hebben.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor negen behandelingen fysiotherapie per jaar. Ook bestaat recht op een vergoeding voor diëtik van € 100,- per kalenderjaar. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoekster is niet bestreden, dat bij hem twee behandelingen fysiotherapie zijn gedeclareerd die in Griekenland hebben plaatsgevonden en welke conform de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn vergoed. Voor de behandeling door de diëtist zijn geen nota's bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Hij is daarom niet gehouden hiervoor een vergoeding te verlenen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 juli 2019,

L. Ritzema

er vanuit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

A.2.9. Uw pasje

Nadat u zich bij ons hebt ingeschreven, sturen wij u naast het polisblad van uw zorgverzekering, een verzekeringspasje. Op vertoon van dit pasje kunt u verzekerde zorg krijgen bij die zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten en/of op wiens zorg u volgens uw verzekeringsvoorwaarden recht hebt.

Let op!

U krijgt geen verzekeringspasje:

- als u niet een zorgverzekering maar een ziektekostenverzekering hebt; of
- als u alleen maar een aanvullende verzekering hebt.

A.2.10. Geldige verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn. Als volgens u een andere versie van de verzekeringsvoorwaarden, het Vergoedingen Overzicht en/of de eventuele aanvulling van toepassing is of dat een andere tekst van kracht is, gelden alleen de tekst en inhoud van de versies die op dat moment van kracht zijn en die wij in ons bezit hebben.

A.2.11. Andere taal

Behalve in het Nederlands kunnen wij verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en/of bijlagen ook uitgeven in één of meerdere andere talen. Dit heeft betrekking op gedrukte en geprinte versies, maar ook op digitaal uitgegeven versies. Als er verschillen in inhoud of uitleg daarvan bestaan tussen de Nederlandse versie en de versie in de andere taal, dan gelden alleen de tekst en inhoud van de Nederlandstalige versies die wij in ons bezit hebben.

A.2.12. Verzekeringsvoorwaarden wijken af van de wet

Wij zorgen ervoor dat de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen overeenstemmen met geldende wetgeving. Wanneer nieuwe of gewijzigde wetgeving laat of tussentijds in werking treedt, kunnen een of meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie

voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzicht op onze internetsite vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

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

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

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

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

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

Toelichting:

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.

Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

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

A.3.4. Dekkingsgebied

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

Voorbeeld:

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

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de gemeentelijke basisadministratie. Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de bij ons lopende gelijksoortige verzekering te beëindigen.

Verzoekt u een andere zorgverzekeraar om daar een zorgverzekering af te sluiten dan beschouwen wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen, datzelfde verzoek ook als een verzoek van u om de bij ons lopende zorgverzekering te beëindigen.

A.4.3. Verzekerd met terugwerkende kracht

Er zijn situaties waarin wij u met terugwerkende kracht inschrijven:

- als uw zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- als u de verzekering bij ons afsluit binnen een maand nadat u uw verzekering bij een andere zorgverzekeraar hebt beëindigd omdat deze de verzekeringsvoorwaarden wijzigde, of omdat het jaar afliep. Uw (aanvullende) (zorg)verzekering gaat bij ons in op de 1^e dag nadat uw oude verzekering is geëindigd.

A.4.4. Verzekeringsduur

Uw verzekering duurt één volledig jaar. Wij verlengen de verzekering van jaar tot jaar. Dat vertellen wij u ieder jaar samen met de wijzigingen voordat de verlenging ingaat. Dan hebt u de gelegenheid om uw verzekering te wijzigen of te beëindigen.

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

B.1. Verzekerde zorg

B.1.1. Indeling verzekerde zorg

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

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

B.1.2. "Andere zorg"

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

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

B.1.3. Opname in andere dan verzekerde klasse

Als u opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en daar terecht komt in een andere klasse dan de klasse waarvoor u verzekerd bent, dan geldt het tarief van de zorg uit de laagste klasse.

B.1.4. Begin en einde van recht op zorg

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

B.2. Buitenlandzorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

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

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u

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

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

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

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

Voorbeeld:

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

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

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen

Europa of Australië? Dan kunt u de EHIC (European Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

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

B.3. Huisartsenzorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar hebt u recht op?

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

- gezondheidsadvies;
- behandeling;
- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- een MRI op aanvraag van de huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;

tisch-chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren. Mogelijk hebt u vanuit een aanvullende verzekering wel recht op een vergoeding;

- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltespelten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woeking van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
 - De correcties moeten overeenkomstig de VAGZ werkwijzer zijn.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
 - u hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
- Correctie van ongelijke borsten in andere gevallen dan na amputatie:
 - u hebt recht op verkleining van één van de borsten als uw borsten 2 cupmaten of meer van elkaar verschillen. Dit kan namelijk gezien worden als verminking. Er bestaat alleen recht op een eenzijdige verkleining.
- Laserbehandeling:
 - deze behandeling van bloedvatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen valt onder uw zorgverzekering. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
 - u hebt alleen recht op een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

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

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Medisch specialistische revalidatie

Zorg: waar hebt u recht op?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant of sportarts.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet voorafgaand aan een revalidatiebehandeling zonder opname bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie.

B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met:

- kwetsbaarheid;
- complexe multimorbiditeit; en
- afgenomen leer- en trainbaarheid.

De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg bedraagt maximaal 6 maanden.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel B.4.2., de geriatrische revalidatie gaat bij aanvang gepaard met opname als bedoeld in artikel B.4.2.; daaraan voorafgaand is geen sprake geweest van verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wlz;
- Er bestaat ook aanspraak als er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en er heeft voorafgaande medisch-specialistische zorg voor deze aandoening plaatsgevonden. In dit geval moet zijn vastgesteld dat u tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort. De beoordeling hiervan kan geschieden door een geriater op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant, of verpleegkundig specialist.
- Als u de behandeling krijgt als gevolg van een acute aandoening geldt dat er een geriatrisch assessment moet hebben plaatsgevonden door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een internist ouderengeneeskunde en/of een klinische geriater

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als (in bijzondere gevallen) de geriatrische revalidatie langer duurt dan 6 maanden, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor geriatrische revalidatie.