

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400928

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C. te D,

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van een behandeling in Antwerpen, België, te weten de plaatsing van een titanium scaphoid-prothese, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierbij heeft hij gewezen op de voordelen van deze behandeling ten opzichte van die waarbij de handwortelbeentjes worden verwijderd. Volgens verzoeker is over de aangevraagde behandeling de nodige wetenschappelijke literatuur beschikbaar. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling, omdat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 1.2. De commissie overweegt dat het Zorginstituut in de adviezen van 15 juli 2024 en 13 september 2024 heeft geconcludeerd dat de aangevraagde zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd geen aanleiding van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een titanium scaphoid-prothese ten laste van de zorgverzekering en de toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 werd terecht geweigerd. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst 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. Verzoeker heeft bij brief van 29 april 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 10 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 juni 2024 aan verzoeker gezonden.

- 2.3. Bij brief van 15 juli 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024023913) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 juli 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 17 juli 2024 heeft verzoeker een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 18 juli 2024 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 2.5. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 augustus 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Na afloop van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 15 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.6. Op 19 augustus 2024 heeft verzoeker een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 21 augustus 2024 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 21 augustus 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 15 juli 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 16 september 2024 heeft het Zorginstituut het definitief advies aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 17 september 2024 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Diezelfde dag heeft de zorgverzekeraar de commissie per e-mailbericht geïnformeerd dat hij geen reden ziet om een aanvullende reactie te geven. Een afschrift hiervan is op 18 september 2024 aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 23 september 2024 heeft verzoeker een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 24 september 2024 aan de zorgverzekeraar gestuurd.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (NaturaDirect) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Namens verzoeker is op 25 juli 2023 bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een behandeling, te weten de plaatsing van een titanium scaphoid-prothese, uit te voeren in het Orthopedisch Centrum Antwerpen, België. Op 7 augustus 2023 heeft de zorgverzekeraar om aanvullende informatie gevraagd. Deze informatie heeft verzoeker op 27 september 2023 aangeleverd.
- 3.3. Bij brief van 29 september 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat voor de aangevraagde behandeling geen vergoedingsaanspraak bestaat.
- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 5 februari 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 15 juli 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 16 september 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van een behandeling in Antwerpen, te weten de plaatsing van een titanium scaphoid-prothese te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij brief van 29 april 2024 en klachtenformulier van 30 april 2024 toegelicht dat hij in 2017 een gecompliceerde breuk heeft opgelopen aan zijn hand. Hierdoor zijn de handwortelbeentjes onherstelbaar beschadigd. Vanaf april 2023 is verzoeker geconfronteerd met de gevolgen van deze breuk. Hij heeft regelmatig pijn aan zijn hand en wordt hierdoor in zijn werk- en privéleven beperkt.
De zorgverzekering biedt dekking voor een behandeling waarbij de handwortelbeentjes worden verwijderd. Het ondergaan van deze behandeling is voor verzoeker echter geen optie omdat bij voorbaat de zekerheid bestaat dat dan binnen afzienbare tijd artrose in het polsgewricht zal optreden. Ook leidt de ingreep tot minder bewegingsvrijheid en zal deze op termijn weer klachten geven. Na de behandeling is er bovendien geen andere behandeloptie meer. Daarnaast bestaat bij deze ingreep de aanmerkelijke kans dat op termijn (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid zal optreden. Dit is voor verzoeker een triest vooruitzicht. Hij is pas 27 jaar oud, verricht handenarbeid, en heeft nog een lang en werkbaar leven voor zich.
- 4.3. De aangevraagde behandeling biedt volgens de behandelend orthopedisch chirurg in Antwerpen betere vooruitzichten dan die waarbij de handwortelbeentjes worden verwijderd. De behandeling geeft minder pijn en leidt tot een betere functionaliteit. De orthopedisch chirurg is een specialist op het gebied van de behandeling met een titanium scaphoid-prothese. Een verzekerde mag ervan uitgaan dat een gespecialiseerde arts niet zomaar een behandeling uitvoert. Een arts moet altijd de nodige veiligheid en zorgvuldigheid in acht nemen en zal geen onnodige risico's nemen. Daarbij komt dat de behandelend arts in Nederland alleen het verwijderen van de handwortelbeentjes als behandeloptie kon bieden. Deze arts heeft verzoeker geadviseerd contact op te nemen met de orthopedisch chirurg in Antwerpen. Ook uit medische publicaties blijkt dat de aangevraagde behandeling betere vooruitzichten heeft dan die waarbij de handwortelbeentjes worden verwijderd. Daarnaast biedt de aangevraagde behandeling andere mogelijkheden. Als in de toekomst blijkt dat de werking van de hand of pols toch minder functioneel is dan van tevoren werd ingeschat, is een nieuwe operatieve behandeling nog mogelijk. Ook bestaat de mogelijkheid dat in de toekomst nieuwe oplossingen of behandelmethoden worden ontwikkeld. Als de handwortelbeentjes eenmaal zijn verwijderd zonder aanpassing met een titanium scaphoid-prothese, dan is er geen weg terug meer en zal er onverwijld artrose in de polsgewrichten optreden.
Verder heeft verzoeker opgemerkt dat het bij een nieuwe behandeling altijd lastig is om te beoordelen of deze goed en veilig is op de lange termijn. Indien dergelijke behandelingen nooit worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, zal er ook weinig tot geen wetenschappelijk bewijs komen. Dit kan nadelig werken voor de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden.
- 4.4. In zijn brief van 17 juli 2024 heeft verzoeker gewezen op een bericht op de website van de zorgverzekeraar waarin wordt gesteld dat de zorgverzekeraar niet alleen naar de regeltjes kijkt, maar naar de hele situatie. Volgens verzoeker worden verzekerden hierdoor op het verkeerde been gezet. Uit de reactie(s) van de zorgverzekeraar in dit geschil begrijpt verzoeker immers dat door de zorgverzekeraar alleen naar de regeltjes wordt gekeken.
Voor zijn beoordeling heeft de zorgverzekeraar gebruik gemaakt van wetenschappelijke publicaties uit 2020 en 2021. Deze publicaties zijn inmiddels achterhaald. Er zijn recente publicaties beschikbaar die een positief beeld geven van een (3D-geprinte) prothese. Door niet te wijzen op deze nieuwe, relevante en positieve publicaties, wordt verzoeker door de zorgverzekeraar op achterstand gezet.
In zijn advies aan de commissie beaamt het Zorginstituut dat de onderzochte studies verbetering van pijn of functionele parameters lieten zien. Volgens het Zorginstituut betreft dit bewijs van

lage tot zeer lage kwaliteit. Dit is voor verzoeker niet duidelijk. Als leek heeft hij meer positieve resultaten kunnen vinden in de medische literatuur over een scaphoid-prothese. In dit kader heeft verzoeker verwezen naar verschillende wetenschappelijke artikelen. Hierbij heeft hij opgemerkt dat dit geen limitatieve opsomming van de beschikbare artikelen betreft.

Verzoeker heeft verder herhaald dat de behandeling die wel voor vergoeding in aanmerking komt overduidelijk slechtere vooruitzichten geeft dan de aangevraagde behandeling. Het verwijderen van de handwortelbeentjes leidt onherroepelijk tot vermindering van kracht en mogelijk tot (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat zijn situatie zorgwekkend is. Volgens het Zorginstituut en de zorgverzekeraar voldoet de aangevraagde behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling waarbij de handwortelbeentjes worden verwijderd, komt wel voor vergoeding in aanmerking. Deze behandeling heeft ernstige gevolgen voor de pols. Door het inzakken van de pols zal vergaande artrose ontstaan. Dit is geen rooskleurig vooruitzicht voor iemand van 28 jaar die een lang arbeidsleven voor zich heeft.
- De zorgverzekeraar heeft zijn afwijzing gebaseerd op achterhaalde onderzoeksresultaten. Verder wijst hij op onderzoeksresultaten in de periode dat de methode met de titanium scaphoid-prothese net was geïntroduceerd. Inmiddels zijn echter positieve resultaten beschikbaar. Voor verzoeker geldt dat het niet onwaarschijnlijk is dat hij binnen een aantal jaren arbeidsongeschikt raakt als hij de door de zorgverzekeraar voorgestelde behandeling ondergaat. De zorgverzekeraar kijkt niet naar leeftijd, werk en sociale en maatschappelijke consequenties. Dit terwijl de zorgverzekeraar zich presenteert als een verzekeraar die niet kijkt naar formele regels, maar naar persoonlijke omstandigheden.
- Er moet worden gekeken naar de effectiviteit van de behandeling met een 3D geprinte scaphoid-prothese. Bij die behandeling wordt het ontbrekende bot vervangen door een prothese. Als de handwortelbeentjes zijn verwijderd, zakt de pols in.
- Volgens het Zorginstituut zijn de studies die een verbetering van pijn of functionele parameters lieten zien bewijs van lage tot zeer lage kwaliteit. Het advies van het Zorginstituut is kort en bonding geformuleerd. De resultaten zijn niet aantoonbaar inzichtelijk gemaakt. Zelf heeft verzoeker een aantal medische publicaties overgelegd waaruit het tegendeel blijkt. Uit een medische publicatie blijkt dat drie jaar na het inbrengen van de prothese sprake was van positieve resultaten. Er was geen enkel teken van verplaatsing van de prothese. De behandeling was effectief. De Belgische traumachirurg heeft gewezen op een publicatie van december 2022 met soortgelijke resultaten. De aangevraagde behandeling voldoet wel degelijk aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- Verzoeker is aangewezen op de scaphoid-prothese om zijn huidige beperking te verminderen en de beperkingen die zullen optreden bij het verwijderen van de handwortelbeentjes te voorkomen. Daarnaast bestaat de aanmerkelijke kans dat de medische ontwikkelingen ervoor zorgen dat er nieuwe methodes beschikbaar komen voor de problematiek van verzoeker, waardoor wel een goede oplossing wordt gevonden. Als de handwortelbeentjes worden verwijderd, kan geen vervolgbehandeling meer plaatsvinden. Als de scaphoid-prothese wordt ingebracht, wordt tijd gekocht, maar het zorgt ook voor vermindering van de huidige klachten.

- 4.6. In zijn brieven van 19 augustus 2024 en 23 september 2024 heeft verzoeker zijn eerder ingenomen standpunten herhaald.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de plaatsing van een titanium scaphoid-prothese niet wordt vergoed. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 5 februari 2024 toegelicht dat hij alleen zorg mag vergoeden als een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet sprake zijn van doelmatige zorg; de zorg mag bijvoorbeeld niet onnodig duur zijn. Ook wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk. Zo moet er voldoende wetenschappelijk bewijs zijn dat de zorg op de lange termijn veilig en effectief is bij de aandoening van een verzekerde.

5.2. Het is aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of het behandelvoorstel van de arts voldoende wordt onderbouwd in de medische literatuur en de praktijk. Het is mogelijk dat een arts op basis van kennis en ervaring een behandeling voorstelt, waarvan (nog) onvoldoende is gebleken dat deze bij de aandoening van een verzekerde voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dergelijke zorg mag de zorgverzekeraar niet vergoeden. Hij vergoedt alleen zorg waarvan is vastgesteld dat deze zowel effectief als veilig is bevonden

5.3. Op dit moment is onvoldoende aangetoond dat de aangevraagde behandeling veilig en effectief is; er bestaat nog onvoldoende bewijs waaruit de lange termijn-effecten van de behandeling blijken. Implantatie van een titanium scaphoid-prothese is daarom naar de mening van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar niet te beschouwen als een verzekerde prestatie, omdat de ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De medisch adviseur heeft wetenschappelijke publicaties gezocht over deze behandeling. Er zijn alleen wetenschappelijke publicaties gevonden waarbij het ging om enkele gevallen. Er worden daarbij ook verschillende materialen gebruikt voor dit soort prothesen. Uit de publicaties blijkt niet dat er al gedegen, goed opgezet, wetenschappelijk onderzoek heeft plaatsgevonden naar de effectiviteit van de behandeling, ook op langere termijn. In de publicaties wordt wel benadrukt dat verder onderzoek nodig is.

5.4. De zorgverzekeraar heeft verwezen naar de National Library of Medicine, waarin het volgende is vermeld:

"The manufacturing cost is another important factor to consider, and the technology's cost-effectiveness is yet to be established. While further follow-up is needed, titanium custom-made 3D-printed implants may offer a good surgical solution for patients requiring total scaphoid replacement."

Ook heeft hij naar een ander artikel verwezen waarin het volgende is vermeld:

"Finally, with this proof of concept, further studies regarding the biomechanical properties of the postprocessed patented PEEK scaphoid prosthesis to evaluate the Joint cartilage and the channel-tendon graft interface are required. Investigations on the wear properties of PEEK bearing combinations in total knee arthroplasties have shown a cross-shear dependency of PEEK when articulating on hard surfaces such as metal. Therefore, we have the impression that the joint cartilage-PEEK interface depends on the smoothness of the surface of the implant, like in pyrocarbon or titanium implants for carpal bone replacement [29-31], These types of cartilage damage due to the surface characteristics are underinvestigated and require further evaluation."

Verder heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat een vergoeding bij wijze van uitzondering niet mogelijk is.

5.5. In zijn brief van 10 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar herhaald dat hij de plaatsing van een titanium scaphoid-prothese niet kan vergoeden. De plaatsing van deze prothese is geen verzekerde zorg.

De zorgverzekeraar mag alleen zorg vergoeden die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er wetenschappelijk op voldoende niveau moet zijn aangetoond dat de zorg doelmatig en veilig is. Daarnaast wordt gekeken naar de belangrijke beroepsrichtlijnen. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft in de wetenschappelijke publicaties en behandelrichtlijnen te weinig houvast gevonden dat de aangevraagde zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

5.6. Volgens de zorgverzekeraar zijn in Nederland alternatieve behandelingen mogelijk, namelijk de zogenoemde proximale rij carpectomie en four corner fusie. Deze behandelingen voldoen wel aan de stand van de wetenschap en praktijk. Afhankelijk van het stadium, kan voor een bepaalde behandeling worden gekozen. Bij verzoeker is sprake van SNAC stadium II problematiek. Het is in dit geval navolgbaar dat en waarom de Nederlandse medisch specialist een proximale rij carpectomie wilde uitvoeren. Dat deze arts het in het geval van verzoeker belangrijk vond een

second opinion te vragen, en dat de Belgische behandelaar verzoeker in deze situatie de titanium scaphoid-prothese heeft geadviseerd is helder. De zorgverzekeraar vindt het hierbij belangrijk om te benadrukken dat als een medisch specialist een verzekerde alternatieve behandeling wil uitvoeren, hij deze behandeling conform de voorwaarden van de zorgverzekering vergoedt. Verder heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat in de aanvraag niet wordt gesproken over de mogelijke voor- en nadelen van de aangevraagde prothese. Wellicht geeft de titanium scaphoid-prothese inderdaad meer beweeglijkheid, maar aangezien er geen vergelijkend onderzoek is, is onduidelijk waarop deze aanname is gebaseerd. Mogelijk treedt er juist versnelde slijtage op van de botdelen die aansluiten op deze titanium scaphoid-prothese. Verder is duidelijk dat het om een tijdelijke oplossing gaat, waarbij op termijn een nieuwe ingreep nodig is. Er zijn rond de aangevraagde behandeling nog veel onduidelijkheden, die alleen met goed onderzoek kunnen worden verhelderd.

- 5.7. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de overheid heeft bepaald wat in het pakket zit. De zorgverzekeraar mag vanuit de zorgverzekering niet meer vergoeden dan wettelijk is bepaald. Binnen het pakket probeert de zorgverzekeraar te kijken naar mogelijkheden en probeert hij maatwerk te leveren. Op medisch gebied vindt veel vernieuwing plaats. Zorg wordt steeds beter. Dit heeft tot gevolg dat zorgverleners zorg willen aanbieden die de zorgverzekeraar nog niet mag vergoeden, omdat niet is voldaan aan de geldende normen. De mogelijkheid bestaat dat deze zorg in de toekomst wordt opgenomen in het basispakket, maar daarop kan niet worden vooruitgelopen. Op dit moment is geen sprake van verzekerde zorg en maakt de behandeling geen onderdeel uit van het basispakket. Dit wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut. De door verzoeker overgelegde publicaties betreffen geen wetenschappelijk onderzoek waarin de innovatieve behandeling met een scaphoid-prothese werd vergeleken met een proximale rij resectie of 4-corner artrodese. Een dergelijk onderzoek is nodig om de behandeling als verzekerde zorg te kunnen aanmerken. Op dit moment is de meerwaarde van de aangevraagde behandeling op de lange termijn onvoldoende duidelijk. Uit het advies van het Zorginstituut aan de commissie blijkt dat bij de indicatie van verzoeker andere behandelingen worden voorgesteld, namelijk een proximale rij resectie of 4-corner artrodese. De aangevraagde behandeling betreft op dit moment geen verzekerde zorg bij de indicatie verzoeker. Verder heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat het hanteren van de menselijke maat lastig is bij het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Het pakket wordt door die norm bepaald. Soms bestaan optimalere zorgvormen, maar daar kan niet op worden vooruitgelopen. Het is niet het doel van de zorgverzekeraar om aanvragen af te wijzen. Het is zijn taak om aan de hand van de geldende regels te beoordelen of aanspraak bestaat op vergoeding van zorg vanuit de zorgverzekering. Ondanks dat de behandeling wenselijk kan zijn, ziet de zorgverzekeraar geen mogelijkheid om een uitzondering te maken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 15 juli 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

Achtergrond Scaphoid Nonunion Advanced Collaps

SNAC ontstaat na een eerdere breuk in het scaphoid. Een deel van de scaphoid breuken geneest niet (nonunion) en heeft interne fixatie nodig. Het is echter mogelijk dat een (nonunion) breuk asymptomatisch verloopt of niet gediagnostiseerd wordt. Wanneer een nonunion breuk niet behandeld wordt kan de breuk, door een gestoorde beweging van de handwortelbeentjes, leiden tot schade aan de aangrenzende gewrichten met de pols en handwortelbeentjes met als gevolg artrose.

SNAC kan worden onderverdeeld in drie stadia o.b.v. de aangedane gewrichten. Bij stadium 1 is het gewricht tussen de distale pool van het scaphoid en het styloid (polsgewricht aan duimzijde) aangedaan, bij stadium 2 is ook het gewricht tussen de proximale pool van het scaphoid en

capitatum (hoofdvormig handwortelbeentje) betrokken en bij stadium 3 is ook het gewricht tussen capitatum en lunatum aangedaan (maanvormig handwortelbeentje).

Behandeling

De behandeling van SNAC is bij milde klachten conservatief met rust, pijnstilling en lokale corticosteroidinjecties. Wanneer er sprake is van onvoldoende verbetering komt een patiënt in aanmerking voor chirurgie. Dit is afhankelijk van het stadium en de symptomen van de patiënt, waarbij verschillende technieken mogelijk zijn. Bij stadium 2 wordt meestal een proximale rij resectie van de handwortelbeentjes (scaphoid, lunatum en triquetrum) of een 4-corner artrodese (vastzetten van 4 handwortelbeentjes) verricht.

Literatuuronderzoek titanium scaphoid prothese

Verweerder heeft literatuuronderzoek verricht naar de effectiviteit van een 3D geprinte (op maat gemaakte) scaphoid prothese. Tijdens het literatuuronderzoek werden alleen publicaties gevonden met enkele casus[en]. Het dossier bevat geen overzicht van de door verweerder gevonden literatuur.

Verweerder verwijst naar twee publicaties waaruit blijkt dat meer onderzoek nodig is. De eerste publicatie is een case report over behandeling met een 3D geprinte titanium scaphoid prothese bij een patiënt met een zes maanden oude nonunion fractuur van het scaphoid met osteonecrose, maar geen afwijkingen aan de andere handwortelbeentjes of gevorderde SNAC. Verweerder verwijst ook naar een publicatie over de productie van een 3D geprinte scaphoid prothese van polyetheretherketone (PEEK) biomateriaal, hierbij gaat het dus niet om een titanium prothese.

In juni 2024 heeft het Zorginstituut systematisch literatuuronderzoek verricht, waarbij gezocht is in Embase via Embase.org (1971-heden), Medline via Ovid (1946-heden) en Cochrane Central via Wiley (1992-heden). De vraagstelling van het literatuuronderzoek was of een titanium scaphoid prothese effectief is in vergelijking met een proximale rij resectie of 4-corner fusie bij de behandeling van SNAC. Hiervoor zijn vergelijkende studies nodig die een titanium scaphoid prothese vergelijken met de genoemde chirurgische behandelingen. Er werd gezocht naar studies waarin ten minste vijf patiënten werden geïnccludeerd.

De literatuursearch van het Zorginstituut leverde 136 artikelen op. Na screening op titel en abstract werden negen artikelen fulltext gelezen. Er werden geen vergelijkende studies gevonden, enkel drie niet-vergelijkende studies die de resultaten van een behandeling met een totale titanium scaphoid prothese hebben beschreven bij respectievelijk 10, 85 en 75 polsen. Bij één studie ging het om op maat gemaakte 3D geprinte titanium scaphoid protheses. Bij twee studies was er geen sprake van SNAC of degeneratieve veranderingen aan de geopereerde polsen, enkel van nonunion en avasculaire necrose van het scaphoid en falen van conservatieve of chirurgische behandeling. Volgens de auteurs van deze twee studies zijn SNAC of degeneratieve afwijkingen namelijk een contra-indicatie voor een scaphoid prothese. De studies lieten een verbetering van pijn of functionele parameters zien, maar het gaat om lage tot zeer lage kwaliteit bewijs.

Samenvattend zijn er geen studies die de effectiviteit van een titanium scaphoid prothese hebben vergeleken met een proximale rij carpsectomie of een 4-corner fusie bij de behandeling van SNAC. Een titanium scaphoid prothese bij SNAC voldoet derhalve niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert dat een titanium scaphoid prothese bij klachten na een scaphoid fractuur niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de behandeling ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een titanium scaphoid prothese bij klachten na een scaphoid fractuur maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

- 6.2. In het definitief advies van 16 september 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De aanvullende informatie is medisch en juridisch beoordeeld.

Literatuuronderzoek Zorginstituut

Zoals reeds opgemerkt heeft het Zorginstituut in juni 2024 systematisch literatuuronderzoek verricht.

Verzoeker geeft in het hoorzittingsverslag en de aanvullende stukken aan dat de resultaten van het literatuuronderzoek niet voldoende inzichtelijk zijn gemaakt.

Naar aanleiding hiervan heeft het Zorginstituut het literatuuronderzoek op een aantal punten verduidelijkt, zoals hieronder weergegeven. De andere delen van het voorlopig advies kunnen als definitief worden beschouwd (achtergrond, behandeling en beoordeling literatuuronderzoek verweerder).

Verduidelijking literatuuronderzoek

In juni 2024 heeft het Zorginstituut systematisch literatuuronderzoek verricht, waarbij gezocht is in Embase via Embase.org (1971-heden), Medline via Ovid (1946-heden) en Cochrane Central via Wiley (1992-heden). De vraagstelling van het literatuuronderzoek was of een titanium scaphoid prothese effectief is in vergelijking met een proximale rij carpectomie of 4-corner fusie bij de behandeling van SNAC. Hiervoor zijn vergelijkende studies nodig die een titanium scaphoid prothese vergelijken met de genoemde chirurgische behandelingen. Er werd gezocht naar studies waarin ten minste vijf patiënten werden geïncludeerd.

De literatuursearch van het Zorginstituut leverde 136 artikelen op. Na screening op titel en abstract werden negen artikelen fulltext gelezen. Er werden geen vergelijkende studies gevonden, enkel drie niet-vergelijkende studies die de resultaten van een behandeling met een totale titanium scaphoid prothese hebben beschreven bij respectievelijk 19, 85 en 75 polsen. Bij één studie ging het om een op maat gemaakte 3D geprinte titanium scaphoid prothese. Bij één studie had een deel van de polsen een nonunion fractuur (41 van de 85 polsen) met degeneratieve veranderingen. Bij twee studies was geen sprake van SNAC of degeneratieve veranderingen aan de geopereerde polsen, enkel van nonunion en avasculaire necrose van het scaphoid en falen van conservatieve of chirurgische behandeling. Volgens de auteurs van deze twee studies zijn SNAC of degeneratieve afwijkingen namelijk een contra-indicatie voor een scaphoid prothese. De studies lieten een verbetering van pijn of functionele parameters zien, maar het gaat om lage tot zeer lage kwaliteit bewijs. Op basis van deze studies is niet goed in te schatten of een titanium scaphoid prothese tot betere resultaten leidt dan een proximale rij carpectomie of een 4-corner fusie bij patiënten met SNAC, omdat de scaphoid prothese niet is vergeleken met beide operaties. Daarnaast is het onzeker of de gerapporteerde verbeteringen ook gelden voor patiënten met SNAC.

Samenvattend zijn er geen studies die de effectiviteit van een titanium scaphoid prothese hebben vergeleken met een proximale rij carpectomie of een 4-corner fusie bij de behandeling van SNAC. Een titanium scaphoid prothese bij SNAC voldoet derhalve niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Ingebrachte publicaties verzoeker

Verzoeker voert aan dat latere publicaties beschikbaar zijn over de 3D geprinte scaphoid prothese ten opzichte van het verwijderen van handwortelbeentjes.

Verzoeker heeft hiertoe een aantal publicaties, voorzien van Nederlandse vertaling, ingebracht in het dossier.

Het gaat om de volgende publicaties:

- 1. Een case report van Kemler et al. (2023) over behandeling met een 3D geprinte scaphoid prothese van titanium bij een patiënte met de ziekte van Preiser.*

2. Een niet-vergelijkende studie van Cioffi et al. (2023) over de resultaten van de behandeling met een partiële of totale 3D geprinte titanium scaphoid prothese bij negentien patiënten met non-union en avasculaire necrose van het scaphoid na falen van conservatieve of chirurgische behandeling.
3. Een niet-vergelijkende studie van Daruwala et al. (2023) over de resultaten van de behandeling met een partiële pyrocarbon prothese (pyrocarbon adaptieve proximale scaphoid implantaat, APSI) bij twaalf patiënten met posttraumatische veranderingen na een scaphoid fractuur.
4. Een niet-vergelijkende studie van Stambuzzi et al. (2023) over de resultaten van de behandeling met een totale 3D geprinte titanium scaphoid prothese bij elf patiënten met scaphoid nonunion en osteonecrose na falen van conservatieve of chirurgische behandeling.

De onderzoeksvraag van het literatuuronderzoek was of een (totale) titanium scaphoid prothese tot betere resultaten leidt dan een proximale rij carpectomie of 4-corner fusie bij de behandeling van patiënten met de diagnose SNAC. Hiervoor zijn alleen studies geselecteerd van vijf of meer patiënten, en studies die de onderzoeksvraag kunnen beantwoorden.

Van de vier studies die zijn aangedragen door verzoeker, zijn de eerste drie studies in de literatuursearch van het Zorginstituut gevonden. De studie van Cioffi et al. (2023) werd door het Zorginstituut geselecteerd. De studie van Kemler et al. (2023) werd niet geselecteerd, omdat het om een case report (één patiënt) gaat. De studie van Daruwala et al. (2023) werd ook niet geselecteerd, omdat deze studie niet gaat over de implantatie van een titanium scaphoid prothese, maar over een pyrocarbon scaphoid prothese. De studie van Stambuzzi et al. (2023) werd door het Zorginstituut niet gevonden, omdat het artikel niet is geïndexeerd in de grote databanken van Medline, Embase, en Cochrane, waarin door het Zorginstituut standaard wordt gezocht.

De aangeleverde studies van Cioffi et al. (2023) en Stambuzzi et al. (2023) komen uit hetzelfde ziekenhuis in Italië. Beide studies laten verbeteringen in pijn en functionele parameters van patiënten zien. Het gaat om kleine niet-vergelijkende studies bij patiënten met nonunion en osteonecrose van het scaphoid zonder SNAC. Op basis van deze studies is niet goed in te schatten of een titanium scaphoid prothese tot betere resultaten leidt dan een proximale rij carpectomie of een 4-corner fusie bij patiënten met SNAC. Dit komt doordat de resultaten van patiënten met prothese niet zijn vergeleken met die van patiënten die de genoemde operaties hebben ondergaan. Daarnaast zijn beide studies in kleine groepen patiënten verricht, waardoor het onzeker is of de gerapporteerde effecten bereikt kunnen worden als deze behandeling standaard zou worden aangeboden. Ook zijn de studies verricht bij patiënten zonder SNAC. Hierdoor is het onzeker of de gevonden resultaten ook gelden voor patiënten met SNAC. In deze studies was SNAC zelfs een contra-indicatie voor een scaphoid prothese.

Conclusie

Concluderend is het onzeker of een titanium scaphoid prothese bij patiënten met SNAC leidt tot een relevante meerwaarde in vergelijking met een proximale rij carpectomie of een 4-corner fusie. Daarmee voldoet een titanium prothese bij patiënten met SNAC niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verder vergelijkend onderzoek is nodig om de effectiviteit van de behandeling aan te tonen en onzekerheden weg te nemen. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de behandeling ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een titanium scaphoid prothese bij klachten na een scaphoid fractuur maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

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 A.22 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en 'de stand van de wetenschap en praktijk' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van de Verordening (EG) nr. 883/2004 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Verzoeker wil naar België gaan om daar een behandeling te ondergaan waarbij een titanium scaphoid-prothese wordt geïmplanteerd. Omdat het hier gaat om een grensoverschrijdende vraag naar zorg in andere EU-lidstaat, is Europese regelgeving van toepassing, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, en zal de commissie eerst hieraan toetsen. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming 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. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 8.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar tijdig om voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat de behandeling niet zou voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen deel uitmaakt van de Nederlandse zorgverzekering. De commissie overweegt dat het niet de bedoeling van de verordening is het verzekerde pakket uit te breiden. Dit betekent dat de voorwaarde dat zorg als de onderhavige moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals, zoals bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv, onverkort van toepassing is. Met betrekking daartoe overweegt de commissie als volgt.
- 8.4. De door verzoeker aangevraagde behandeling waarbij een titanium scaphoid-prothese wordt geïmplanteerd betreft medisch specialistische zorg. De zorgverzekering biedt dekking voor medisch specialistische zorg. Dit blijkt uit artikel B.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. De aanspraak op zorg in het buitenland, waaronder medisch specialistische zorg, is geregeld in artikel B.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.5. Gelet op het door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt moet eerst worden beoordeeld of de aangevraagde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie in een aan haar voorgelegd geschil hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 is 'een dergelijke richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de

praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (evidence) ontbreekt.

- 8.6. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van *evidence-based medicine* (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat de op systematische wijze gezochte en geselecteerde evidence (literatuur) op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.
- Voor het beoordelen of een interventie (diagnostiek of behandeling) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt uitgegaan van relatieve effectiviteit. Dit betreft het geheel aan effecten op gunstige en ongunstige uitkomsten van de interventie bij de doelgroep in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
 - (2) systematische literatuursearch;
 - (3) samenvatten van de evidence;
 - (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
 - (5) van evidence naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.
- 8.7. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de behandeling waarbij een titanium scaphoid-prothese wordt geïmplant. Het advies van 15 juli 2024 bevat hiervan de uitkomst. Volgens het Zorginstituut zijn er geen studies die de effectiviteit van een titanium scaphoid-prothese hebben vergeleken met een proximale rij carpsectomie of een 4-corner fusie bij de behandeling van SNAC. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat een titanium scaphoid-prothese bij klachten na een scaphoid fractuur niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat verzoeker geen aanspraak kan maken op de aangevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering. In zijn advies van 16 september 2024 heeft het Zorginstituut aangevuld dat het onzeker is of een titanium scaphoid prothese bij patiënten met SNAC leidt tot een relevante meerwaarde in vergelijking met een proximale rij carpsectomie of een 4-corner fusie. Daarmee voldoet een titanium prothese bij patiënten met SNAC niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verder vergelijkend onderzoek is nodig om de effectiviteit van de behandeling aan te tonen en onzekerheden weg te nemen.
- De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd - zoals ten aanzien van de voordelen van de gewenste behandeling en de nadelen van de standaardbehandelingen bij SNAC, zijn verwijzing naar diverse publicaties over de ingreep, en zijn persoonlijke omstandigheden - geen reden van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en maakt die tot de hare, wat betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.
- 8.8. Nu geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, heeft de zorgverzekeraar de aanvraag terecht afgewezen en mocht hij verzoeker de gevraagde toestemming op basis van de verordening onthouden.

Slotson

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 oktober 2024,

B.L.A. van Drunen

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Artikel 64

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

Artikel 114

- 1.** De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
- 2.** De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
- 3.** De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
- 4.** Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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 gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Artikel 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. (...)*”

- 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 de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

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

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

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

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekt deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
 - De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
 - De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 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.

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.
 - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt. Voorbeeld:

Als u een indicatie heeft voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U heeft dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verze-

kering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

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 gereguleerde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

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

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U heeft een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulp-

middelen 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.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden. In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

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, ontvangen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuur van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekering-bank aan ons toestuur waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

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

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG-VERZEKERING

B.1. Vervallen

B.2. Buitenlandzorg

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);
- die op de "Lijst aanvragen zorg buitenland" staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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 te vragen bij onze afdeling Klanten Contact Centrum. 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 behandelvoorstel staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Voorbeeld:

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

kunnen wij u vertellen:

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

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, 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.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). U kunt de EHIC-pas gratis bij ons aanvragen. Of u kunt dit zelf doen via de Mijn Omgeving. Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en heeft u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl voor hen de pas aanvragen

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);

- die op de "Lijst aanvragen zorg buitenland" staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Huisartsenzorg omvat onder andere:

- gezondheidsadviesing en preventieve zorg zoals stoppen met roken (zie artikel B.21.2.), problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;
- behandeling;
- diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- aanvraag van een MRI voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg, dit omvat een preconceptieconsult op verzoek van de verzekerde. Het betreft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden, infectierisico, sociaaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene medische onderwerpen zoals medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten/vaccinaties;
- ketenzorg, als sprake is van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM) bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.De zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden. Consulten kunnen ook

sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek (zie artikel B.11.) in combinatie met het zorgprogramma GLI.

- Als het zorgprogramma begint als u bij ons verzekerd bent, bestaat de aanspraak op de zorg of de vergoeding ervan voor het gehele programma, ook als u tijdens het programma overstapt naar een andere zorgverzekeraar. U kunt het zorgprogramma dat u op onze kosten bent begonnen, dan voortzetten op de kosten van de volgende zorgverzekeraar.

Voorwaarden

Algemeen

- Een verzekerde van 16 of 17 jaar heeft aanspraak op de zorg als de huisarts de zorg ook voor deze betreffende verzekerde passend acht.
- U kunt pas deelnemen aan de onderhoudsfase als u de behandelfase volledig heeft doorlopen.
- U heeft ten minste een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR), mede bepaald door de Body Mass Index (BMI). U heeft een indicatie voor de zorg als u:
 - een BMI heeft vanaf 30 kg/m²; of
 - een BMI heeft vanaf 25 kg/m² en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM type II gebaseerd op de zorgstandaarden CVRM, Obesitas, en Diabetes; of
 - een BMI heeft vanaf 25 kg/m² en bij u artrose of slaapapneu is vastgesteld.
- De zorg wordt gegeven in de vorm van een door ons erkend zorgprogramma; u kunt deze op onze website vinden.

Zorgverlener

Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in:

- het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN);
- het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF);
- de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF); of
- het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)

verleent in afstemming met en terugkoppeling aan de verwijzende zorgverlener de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de GLI verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u al eerder gebruik heeft gemaakt van deze zorg en u een volgende keer van een zorgprogramma gebruik wilt maken.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van

het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U bent verzekerd voor:

- geneeskundige zorg;
- preventieve zorg;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (zie artikel B.19.)
- mondzorg door een kaakchirurg. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij in dit artikel verschil tussen:

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

Let op!

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

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

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

Let op!

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

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

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel

A.21.

- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.
- Het is mogelijk dat u in het buitenland opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

Voorwaarden

Algemeen

- De opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg (waaronder medisch specialistische zorg).
- Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - o wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
 - o wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
 - o wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Zorgverlener

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

Verwijzing

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

- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltaspleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Tarieven

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

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

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

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

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Overige zorg wordt wel verrekend met het eigen risico.

- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer zijn gekoppeld.
- u 18 jaar of ouder zijn.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts, bedrijfsarts, GGD-arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltaspleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik;
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslachte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen). De transseksualiteit moet zijn vastgesteld door een zorgverlener die deelneemt aan een transgenderennetwerk;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltespelten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
 - u bent verzekerd voor een borstverkleining als u cup DD/E of groter heeft (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.

- Laserbehandeling:
 - deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. 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 bent alleen verzekerd voor 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.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

Voorwaarden

Algemeen

- De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
- Als een opname medisch noodzakelijk is, zijn de voorwaarden voor opname van toepassing, Zie hiervoor artikel B.4.2.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg en is verantwoordelijk voor zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners.

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.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van

verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- Als het gaat om een correctie van de bovenoogleden, dan beoordeelt een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg, namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt die zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Tarieven

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

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Revalidatie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag. Deze worden veroorzaakt door:

- 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.

De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte. Er wordt

gewerkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, 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.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor een revalidatiebehandeling zonder opname.

Tarieven

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

B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op (vergoeding van) deze zorg.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met:

- kwetsbaarheid;
- complexe Multi morbiditeit; en
- afgenomen leer- en trainbaarheid.

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

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., en 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 op geriatrische revalidatie bij plotseling optredende mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid door een aandoening waarvoor u al medisch specialistische zorg heeft ontvangen. In dit geval moet

zijn vastgesteld dat u tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort. De beoordeling hiervan kan geschieden door een geriatr op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, 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, geriatr, medisch specialist, physician assistant, of verpleegkundig specialist.
- Als u de behandeling krijgt als gevolg van een plotseling optredende aandoening of trauma geldt dat er een geriatrisch assessment moet hebben plaatsgevonden door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een internist ouderengeneeskunde en/of een klinische geriatr.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als (in bijzondere gevallen) de geriatrische revalidatie langer duurt dan 6 maanden.

Tarieven

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

B.4.7. Orgaantransplantatie

B.4.7.1. Zorg voor u als ontvanger

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Voor u, als verzekerde en ontvanger van een orgaan, omvat de zorg:

- de transplantatie van weefsels en organen;
- de medisch specialistische zorg die te maken heeft met het implanteren bij u (ontvanger) van het transplantatiemateriaal van de donor.
- het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het transplantatiemateriaal na het overlijden in verband met de transplantatie. Het kan ook om levende donatie gaan.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De transplantatie vindt plaats op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- De transplantatie van weefsels en organen is verricht in:
 - een lidstaat van de Europese Unie;
 - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 - een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad van de verzekerde is.

Zorgverlener

De zorgverlener moet:

- voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie; en
- verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.7.2. Zorg voor u als donor

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Bij orgaantransplantatie omvat de zorg voor de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u als ontvanger afstaat):

- opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal tot maximaal 13 weken na het einde van deze opname. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden.
- vervoer binnen Nederland op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer. De donor heeft dit nodig in verband met de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Dit vervoer duurt maximaal 13 weken na het einde van de opname die hiermee te maken heeft. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden.
- als vervoer medisch noodzakelijk is, is in plaats van openbaar vervoer ook het vervoer met een auto of een taxi mogelijk.

- vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont en het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland.
- kosten van de donor in verband met de transplantatie als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont. Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Het gaat dan bijvoorbeeld om reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters. De verblijfskosten en eventueel gemiste inkomsten van de in het buitenland wonende donor vallen hier niet onder.

De zorg in dit lid ten behoeve van de donor valt tot maximaal 13 weken (bij levertransplantatie maximaal 6 maanden) na het einde van de opname onder de verzekering van u als ontvanger van de getransplanteerde of te transplanteren organen. De donor wordt uitsluitend voor deze zorg ook als verzekerde op uw verzekering beschouwd.

Heeft de donor echter zelf een zorgverzekering afgesloten of is die voor hem afgesloten dan komen het vervoer van de donor of de kosten daarvan zoals in dit lid onder het 2e, 3e en 4e bolletje beschreven, voor rekening van de zorgverzekering van de donor. Dit vervoer van de donor en de zorg die verband houdt met de orgaantransplantatie vanaf 13 weken (bij levertransplantatie vanaf 6 maanden) na het einde van de opname danwel de kosten van dat vervoer en de zorg vallen niet onder het eigen risico. Zie ook artikel A.12.3.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. De zorg omvat niet:
 - de verblijfskosten in Nederland van een in het buitenland wonende donor;
 - eventueel misgelopen inkomsten van een donor.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel B.4.7.1.

B.4.8. Dialyse

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- bloedzuivering in verband met nierproblemen (hemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse) zonder opname;
- medisch specialistische zorg die hiermee te

maken heeft en bestaat uit:

- onderzoek, behandeling en verpleging die met de dialyse gepaard gaat;
- de voor de behandeling benodigde medicijnen;
- de psychosociale begeleiding van u.

Vindt de dialyse bij u thuis plaats, dan bent u naast de dialyse ook verzekerd voor:

- het opleiden door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyse-apparatuur met toebehoren;
- de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het uitvoeren van de dialyse;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- psychosociale begeleiding van de personen die bij het uitvoeren van de dialyse thuis helpen;
- overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Op grond van artikel B.17. Hulpmiddelenzorg bent u ook verzekerd voor onderstaande zorg. Kijk hiervoor ook in ons Reglement hulpmiddelen:

- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De zorg wordt uitgevoerd door of onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.9. Mechanische beademing

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- de noodzakelijke mechanische beademing danwel het verzorgen van de apparatuur die nodig is, zodat u deze bij elke behandeling direct kunt gebruiken;
- de betreffende medisch specialistische zorg;
- de medicijnen die met de mechanische beademing te maken hebben;
- de elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- De zorg omvat niet de verpleging in verband met beademing bij u thuis, die noodzakelijk is in verband met de medisch specialistische zorg zoals in dit artikel omschreven.

Voorwaarden

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door of onder eindverantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Behandelaarsvoorstel

Een medisch specialist heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.10. Onderzoek naar kanker bij kinderen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg voor uw kind omvat de centrale (referentie-)diagnostiek, de coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion)

verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.11. Trombosedienst

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Zorg door de trombosedienst bestaat uit:

- het regelmatig bij u afnemen van bloedmonsters;
- de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. Deze onderzoeken worden verricht door of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst;
- de apparatuur met toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten. De trombosedienst stelt deze apparatuur aan u ter beschikking;
- de opleiding waarin u leert omgaan met de apparatuur waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten en de begeleiding die u krijgt bij het verrichten van deze metingen;
- het advies door de trombosedienst over de toepassing van medicijnen waarmee u de bloedstolling kunt beïnvloeden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een erkende en bevoegde trombosedienst verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een physician assistant.

Behandelaarsvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, een specialist ouderengeneeskunde, uw behandelend medisch specialist, verpleegkundig specialist of een trombosearts die verbonden is aan een erkende trombosedienst heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.12. Erfelijkheidsonderzoek

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat erfelijkheidsonderzoek en -advisering bestaande uit de centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. Deze zorg omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de erfelijkheidsadvisering;
- de psychosociale begeleiding die met de zorg te maken heeft;
- onderzoek bij andere personen dan bij u als dit voor het advies aan u noodzakelijk is. Deze personen kunnen vervolgens ook advies krijgen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een klinisch geneticus in een wettelijk erkend en bevoegd Klinisch Genetisch Centrum verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.13. Audiologische zorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Audiologisch zorg omvat zorg die te maken heeft met problemen met horen/de gehoorfunctie. U bent daarbij verzekerd voor:

- het onderzoek naar de gehoorfunctie;
- de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- de voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- de psychosociale zorg in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie als dat noodzakelijk is;
- de hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een zorgverlener die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen voor deze zorg en die ook verbonden is aan een instelling voor medisch specialistische zorg of een audiologisch centrum.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch fysicus-audioloog (KFA), triage audicien of bedrijfsarts.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.14. Vruchtbaarheidsbehandelingen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u jonger bent dan 43 jaar.

De 1^e, 2^e en 3^e poging in-vitrofertilisatiemethode (IVF) of intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI)-behandeling en de daarbij toegepaste medicijnen volgens het GVS (zie artikel B.15.), per te realiseren zwangerschap valt onder deze zorg als u:

- jonger bent dan 38 jaar en er bij de 1^e en 2^e IVF-poging niet meer dan 1 embryo wordt teruggeplaatst (bij de 3^e poging mogen dat er maximaal 2 zijn);
- tussen de 38 tot en met 42 jaar oud bent en er niet meer dan 2 embryo's per poging worden teruggeplaatst;
- 43 jaar of ouder bent, maar u bij aanvang jonger was dan 43 jaar: u heeft dan recht op afronding van die poging.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- De zorg omvat niet: behandeling van de donor van de eicel en

donatie van de eicel in geval van een eiceldonatiebehandeling. Voor de vergoeding van eiceldonatie gelden landelijke criteria.

- Na een gerealiseerde zwangerschap heeft u opnieuw recht op deze zorg volgens de geldende voorwaarden.

Een gerealiseerde zwangerschap houdt in:

- een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's; of
 - een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
 - een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
- Een in-vitrofertilisatie (IVF) omvat 4 opeenvolgende stadia:
 - Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
 - Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
 - Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
 - Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.

Er is sprake van een in-vitrofertilisatie (dit is 1 IVF poging) als fase 2 (de follikelpunctie) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de in-vitrofertilisatie waarin de embryo's zijn verkregen.

Voorbeelden:

- U bent bezig met de 3e poging. Hierbij vindt een geslaagde follikelpunctie plaats, maar deze leidt niet tot een zwangerschap. Een volgende (4e) poging valt niet onder uw zorgverzekering.
- U bent bezig met de 3e poging. Het is niet gelukt zwanger te worden na de terugplaatsing van een embryo, maar er zijn nog enkele ingevroren embryo's. De ingevroren embryo's mogen worden teruggeplaatst tot ze op zijn, maximaal 2 per keer. Ook als u inmiddels 43 jaar bent; dit hoort namelijk nog bij de 3e poging waarbij u nog jonger was dan 43. Zou het de 1e of 2e poging zijn en u bent jonger dan 38 jaar, dan zou maar één embryo tegelijk teruggeplaatst mogen worden.
- U bent bezig met uw 3e poging. Er wordt een embryo teruggeplaatst, maar 14 weken na de dag van de follikelpunctie eindigt de zwangerschap. U heeft dan opnieuw recht op 3 pogingen (als u jonger bent dan 43 jaar) omdat er sprake was van een gerealiseerde zwangerschap.
- U heeft 3 pogingen gehad zonder resultaat. Na

een tijd wordt u toch zwanger. U heeft dan daarna opnieuw recht op 3 pogingen als u jonger bent dan 43 jaar.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een gynaecoloog in een daarvoor vergunning houdende instelling voert de behandeling uit.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, medisch specialist, physiciant assistant of verpleegkundig specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.4.15. Second opinion

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat second opinion. Daaronder verstaan wij een consult over een gestelde diagnose of behandelvoorstel aan een 2^e, onafhankelijke medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme of vakgebied als de 1e geconsulteerde zorgverlener.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De second opinion heeft betrekking op uw geneeskundige zorg;
- U keert met de second opinion terug naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over uw behandeling.

Zorgverlener

Een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

Voor een second opinion is voor aanvang van de behandeling een aparte verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist, bij wie u onder behandeling bent.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.5. Zorg voor de bevalling

B.5.1. Verloskundige zorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het inbrengen van een spiraaltje (IUD)/implanteren of verwijderen implanonstaafje;
- preconceptiezorg, dit omvat een preconceptieconsult op uw verzoek. Het betreft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden, infectierisico, sociaaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene medische onderwerpen zoals medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten/vaccinaties.
- preventieve zorg tijdens de zwangerschap ter bevordering van een goede gezondheid voor uzelf en uw ongeboren kindje;
- verloskundige zorg.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- Eigen risico is wel van toepassing op het spiraaltje (IUD) of implanonstaafje zelf (niet op het inbrengen of verwijderen door de verloskundige of huisarts).

Voorwaarden

Zorgverlener

De begeleiding van de zwangerschap zonder medische indicatie wordt verleend door een verloskundige of een huisarts. De begeleiding van de zwangerschap met medische indicatie wordt verleend door een gynaecoloog.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van een huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundige nodig als een gynaecoloog de zorg verleent.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.5.2. Echo

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat een algemene termijnecho en specifieke diagnose echo's, mits voor deze laatste een medische indicatie bestaat.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De echo's worden uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts, verloskundige of echoscopist.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van huisarts, physician assistant of verloskundige nodig als een medisch specialist, of echoscopist de zorg verleent. Als u al in behandeling bent bij een medisch specialist voor de verloskundige zorg is een verwijzing voor een echo niet nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.5.3. Prenatale screening

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Prenatale screening omvat:

- counseling voor zwangere vrouwen. Tijdens de counseling ontvangt u uitleg over de prenatale screening;
- het Structurele Echoscopische Onderzoek (SEO) voor zwangere vrouwen van alle leeftijden (ook wel "20-weeken echo" genoemd);
- de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor een medische indicatie hebben.

Ingeval van invasieve diagnostiek wordt onder een medische indicatie ook verstaan het uit een NIPT blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoom afwijking.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Het diagnostisch vervolgonderzoek wordt verrekend met het eigen risico. Kijk in artikel A.12.3 voor meer informatie. Voor de counseling, het