



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem

Zaak : Verenigde Staten, medisch-specialistische zorg, cervicale decompressie
op niveau C5-C6, spoedeisende zorg

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv

Zaaknummer : 202001718

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 15 september 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 10 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 23 november 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020048606) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 25 november 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 3 februari 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 10 februari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op dezelfde dag heeft het Zorginstituut per brief de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster verbleef in 2019 in Mission Viejo, Californië, Verenigde Staten. Op 16 juli 2019 meldde zij zich met klachten bij de Eerste Hulp. Zij is opgenomen in het ziekenhuis en is vervolgens geopereerd. De kosten hiervan heeft zij gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.
- 3.3. De behandelend chirurg heeft op 19 juli 2019 per brief over verzoekster verklaard:

“This is a 46-year-old woman who just moved from Amsterdam. She is a yoga instructor. She noted numbness in her toes on July 4, 2019, but attributed this to wearing high heels. However, the numbness persisted to her foot and became more Progressive, ascending including her head and face, neck and shoulders.

She had noted to Dr. (...), the admitting physician that she has no sensation to have a bowel movement. She presented to the emergency room. MRI disclosed a cervical cord compression, C5-C6.

Dr. (...) had seen and evaluated the patiënt. His assessment and plan, a 46-year-old with disk protrusion, compressing the spinal cord with T2 signal change in the cord. Given symptoms of Progressive neurologic deficits on the right side, likely this is the cause of her symptoms. I offered the patiënt anterior cervical discectomy at C5-C6 and cervical arthroplasty.

The patiënt agreed and consented to surgery. (...)"

- 3.4. De zorgverzekeraar heeft op 22 augustus 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de operatie in de Verenigde Staten niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 23 september 2020 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 23 november 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...) Adviesbevoegdheid

In het geschil staat de vraag centraal of sprake was van spoedeisende zorg. Gelet op artikel 114, derde lid van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Het onderhavige geschil heeft hier geen betrekking op. Niet in geschil is of er sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft om deze reden geen adviesbevoegdheid en kan in dit geschil geen advies uitbrengen.

Naar aanleiding van het telefonisch verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de spoedeisendheid van de behandeling.

Spoed

De spoedeisendheid van een behandeling is bijna nooit te beoordelen op basis van een dossier. De spoedeisendheid is afhankelijk van het individu, de omgeving en de situatie op dat moment. Spoed is daarom nooit een objectief 'gegeven'.

Bij verzoekster werd een nekhernia gevonden die mogelijk de oorzaak van haar klachten was. In de richtlijn nekhernia Cervicaal radiculair syndroom ten gevolge van cHNP staat als aanbeveling: "(...) raadt de werkgroep voor ten minste twee maanden na het ontstaan van de klachten een conservatieve houding aan. Of na het verstrijken van deze periode tot operatie moet worden overgegaan, wordt vooral bepaald door de ernst van de persisterende pijnklachten en niet zozeer door de duur daarvan. Wanneer de klachten draaglijk zijn en goed zijn te verlichten met medicamenteuze of andere niet-chirurgische therapie, is het verantwoord om nog langer af te wachten. Uit de prospectieve studie van Persson blijkt dat de resultaten van chirurgische en niet-chirurgische behandeling elkaar na een jaar niet veel ontlopen."

Verder staat in de richtlijn:

"Naar de mening van de werkgroep kan in een aantal gevallen eerder dan na de genoemde twee maanden worden besloten om tot operatie over te gaan. Dit is het geval bij onhoudbare en niet te beïnvloeden pijn, progressieve motorische uitval of het acuut ontstaan van een (gedeeltelijke) dwarslaesie."

In het algemeen werkt afwachten (conservatief behandelen) net zo goed als opereren, alhoewel wachten niet voor elke patiënt haalbaar is. Er is in ieder geval geen acute indicatie voor opereren behalve als er 'alarm' symptomen zijn zoals acute uitvalsverschijnselen. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de operatie in de Verenigde Staten alsnog aan haar te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunten partijen

6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij begin juli 2019 tijdens een verblijf in de Verenigde Staten last kreeg van vreemde tintelingen in haar tenen. Zij associeerde dit op dat moment met het dragen van hoge hakken, en ondernam hierop geen actie. De tintelingen gingen echter door. Ook kon zij moeilijk lopen, slecht haar evenwicht bewaren, had zij veel pijn waardoor zij slecht sliep, is zij diverse keren flauwgevallen als gevolg van de pijn, en had zij last van gevoelloosheid in gezicht, benen en voeten. Tot slot had verzoekster een verlies van darmfunctie. Zij meldde zich daarom op 16 juli 2019 bij de Eerste Hulp, waar een MRI-scan werd gemaakt.

6.3. De behandelend arts stelde vast dat verzoekster een ruggenmergcompressie had met myelopathie. Dit vereiste een herniaoperatie, en de progressieve aard van de symptomen maakte onmiddellijk operatief ingrijpen noodzakelijk. Dit om de onomkeerbare effecten van compressie van het ruggenmerg te voorkomen. Verzoekster stemde in met een operatie, waarna een decompressie op niveau C5-C6 werd uitgevoerd.

6.4. Verzoekster merkt op dat zowel de zorgverzekeraar als de reisverzekeraar vergoeding van de kosten heeft afgewezen op de grond dat het niet zou gaan om spoedeisende zorg, maar om een electieve operatie. Verlies van darmfunctie is echter een ernstig symptoom dat maakt dat een operatie direct plaats dient te vinden. Ook ruggenmergcompressie moet vroegtijdig worden herkend en behandeld om de kans op permanent functieverlies te voorkomen. Vlak voor de ingreep had verzoekster zoveel pijn dat zij ervan uitging dat een operatie haar zou helpen. Het is onmenselijk en onredelijk te verwachten dat een persoon die zodanig ernstige pijn heeft eraan denkt de Alarmcentrale te bellen, te wachten tot de situatie wordt beoordeeld door een medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, en er een discussie is gevoerd over de prijs. Daarnaast was het onmogelijk voor verzoekster terug te keren naar Nederland om daar de noodzakelijke zorg te krijgen. De vliegreis zou pas na enkele weken plaatsvinden en uitstellen van de ingreep zou desastreuze gevolgen kunnen hebben.


6.5. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat in artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat in bepaalde situaties zijn voorafgaande toestemming nodig is. Als in die gevallen geen toestemming wordt gevraagd, is geen vergoeding mogelijk. Een opname in het buitenland is één van die situaties. Verder staat in artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering dat bij

spoedeisende zorg waarbij sprake is van een overnachting, altijd de Alarmcentrale moet worden ingeschakeld. Deze beoordeelt de situatie, gaat in onderhandeling met het ziekenhuis over de prijs en staat hiervoor dan garant.


- 6.6. Verzoekster heeft pas na de opname contact gezocht met de Alarmcentrale. Op grond hiervan is de declaratie afgewezen. Na een klacht hierover van verzoekster heeft een medisch adviseur van de zorgverzekeraar de stukken beoordeeld. De medisch adviseur is tot de conclusie gekomen dat geen sprake was van spoedeisende zorg. De zorgverzekeraar gaat daarom niet over tot vergoeding van de kosten van de operatie in de Verenigde Staten.

Overwegingen

- 6.7. Tussen de Verenigde Staten en Nederland is geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering gesloten. Daarom moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voorafgaande toestemming moet worden gevraagd aan de zorgverzekeraar als een verzekerde een behandeling in het buitenland wenst te ondergaan. Deze toestemming is niet vereist als het gaat om spoedeisende zorg. Verzoekster stelt dat deze laatste situatie bij haar aan de orde was.
- 6.8. Uitsluitend ter informatie van de commissie verwijst het Zorginstituut in zijn advies van 23 november 2020 naar de richtlijn nekhernia Cervicaal radiculair syndroom ten gevolge van cHNP. Uit deze richtlijn blijkt dat spoed niet snel kan worden aangenomen bij een operatie aan een nekhernia. Afwachten werkt volgens de beroepsgroep net zo goed als operatief ingrijpen. Doorgaans wacht men twee maanden af na het ontstaan van de klachten. Als er sprake is van onhoudbare pijn, kan eerder ingrijpen noodzakelijk zijn. Ook dan wordt echter niet gesproken van spoedeisende zorg, omdat de operatie in dat geval - zij het op korte termijn - kan worden gepland. Spoedeisende zorg is pas aan de orde als sprake is van acute uitvalsverschijnselen.
- 6.9. Verzoekster heeft aangevoerd dat hiervan bij haar sprake was, vanwege uitval van de darm. De arts heeft hierover verklaard: "*she has no sensation to have a bowel movement*". Uit de verklaring blijkt echter niet dat juist deze klacht ervoor zorgde dat snel moest worden ingegrepen. De aanleiding hiervoor lijken met name de pijnklachten te zijn geweest. Het is begrijpelijk is dat verzoekster de ingreep zo snel mogelijk wilde ondergaan. Er was echter geen sprake van spoedeisende zorg. Onmiddellijk operatief ingrijpen was niet noodzakelijk. Dat volgt uit de eerder genoemde richtlijn.
- 6.10. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar vóór de ingreep om toestemming had moeten worden gevraagd. Nu dit niet is gebeurd, is de vervolgvraag of het ontbreken van die toestemming verzoekster kan worden tegengeworpen. Zoals uit de memorie van toelichting bij artikel 14 Zvw blijkt, staat het een verzekeraar vrij een toestemmingseis te hanteren, zoals in dit geval voor zorg in het buitenland. Wordt een dergelijke toestemmingseis overeengekomen, dan kunnen aan het ontbreken van de toestemming ook gevolgen worden verbonden, bijvoorbeeld het verlies van de aanspraak op uitkering. Verzoekster heeft onvoldoende onderbouwd waarom de zorgverzekeraar niet vóór de operatie is benaderd. De klachten bestonden kennelijk al langer – in ieder geval vanaf 4 juli 2019 - en op enig moment besloot zij naar de Eerste Hulp te gaan. Verzoekster had toen zelf contact kunnen opnemen met de zorgverzekeraar om toestemming te vragen, of – indien zij daartoe niet (meer) in staat was - iemand anders kunnen vragen dit voor haar te doen. Zij heeft echter pas na de opname contact gezocht met de Alarmcentrale. De gevolgen van dit nalaten liggen in haar risicosfeer. De commissie merkt hierbij nog op dat het contact zoeken met de Alarmcentrale geen formaliteit is, maar dat dit noodzakelijk is voor de zorgverzekeraar om zich uit te laten over aard en noodzaak van de behandeling en invloed te kunnen uitoefenen op de hoogte van de kosten. De zorgverzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie in redelijkheid mogen besluiten vergoeding af te wijzen, nu er geen noodzaak was tot onmiddellijk operatief ingrijpen en daarnaast aan hem – hoewel dit werd overeengekomen - geen voorafgaande toestemming is gevraagd, terwijl dit in de gegeven omstandigheden wel van verzoekster mocht worden gevergd.

 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 februari 2021,

G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

 1. Polisvoorwaarden

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

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 215 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is 2 x € 125: € 250 per dag Af: eigen bijdrage is 2 x € 17,50: € 35 per dag
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	<hr/> € 215 per dag Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 215 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	Ja. De eigen bijdrage is € 370,73 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,40 per uur.

Medische noodzaak

Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur
- Begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische dissectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;

- i. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

U heeft geen recht op:

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysisch audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Brengt de gynaecoloog aangesloten bij de IGO voor verloskundige zorg een apart tarief in rekening op grond van een NZa-beleidsregel? Dan vergoeden wij de nota tot maximaal de in Nederland geldende marktprijs.

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

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

- Oogheelkunde:** Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.
- KNO-heelkunde:** Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- Heelkunde:** Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- Dermatologie:** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

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

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

Let op

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

Extra informatie

1. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
2. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 16. Revalidatie

16.1. Revalidatie

Dit krijgt u vergoed

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

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

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

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