



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, medisch-specialistische zorg, R.HA met gebruik van Metal-on-Metal (MoM) protheses, stand wetenschap en praktijk, verblijf zorghotel

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202100288

Zittingsdatum : 22 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 23 mei 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,-- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 9 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 23 juli 2021 aan verzoeker gezonden. Door verzoeker is hierop gereageerd bij brief van 3 augustus 2021.
- 2.3. Op 20 augustus 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021029471) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gestuurd. Door verzoeker is hierop gereageerd bij brief van 10 september 2021.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 september 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de reactie van verzoeker op het voorlopig advies zijn op 24 september 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 6 oktober 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Tandarts (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker had in verband met heupklachten een heupprothese nodig. Hij heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een te Gent, België, bij hem uit te voeren Resurfacing Hip Arthroplasty (hierna: R.HA) met plaatsing van een Metal-on-Metal prothese (hierna: MoM-prothese).

3.3. De behandelend arts heeft op 8 oktober 2021 per brief over verzoeker verklaard:

“Op 08/10/2020 zie ik deze patiënt met een belangrijke coxartrose van de rechter heup. De mobiliteit van de heup is sterk beperkt, er is een mankende gang en uitgesproken pijn bij mobilisatie. De pijn en bewegingsbeperking belemmeren in belangrijke mate het normaal functioneren van de patiënt.

De röntgenopname toont een encerclerende artrose met een destructie van het heupgewricht en multiple geoden in de femurkop en acetabulum.

De enige mogelijkheid is het plaatsen van een totale heupprothese. Gezien de leeftijd, functieverwachtingen en activiteit van de patiënt is de metaal op metaal resurfacing met behoud van zoveel mogelijk eigen bot, en bij revisie nog de mogelijkheid om een primaire steel te plaatsen, het meest aangewezen. Een toename van de activiteit na de operatie is toegelaten!!. Dit alles werd uitgelegd aan de patiënt. (...)”

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 oktober 2021 per brief aan verzoeker meegedeeld dat plaatsing van een MoM-prothese geen verzekerde zorg in het kader van de zorgverzekering is, zodat de aanvraag voor vergoeding van de ingreep is afgewezen.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 4 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 20 augustus 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“(…) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Plegen te bieden

Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft - kort gesteld - zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Het plaatsen van een heupprothese is zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Inmiddels wordt een MoM-prothese echter bijna niet meer gebruikt in Nederland. De NOV-richtlijn 'Totale heupprothese (THP)' van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) is in 2019 herzien. Hierin wordt het eerdere advies van de NOV t.a.v. de toepassing van MoM-heupprothesen (zie onder het kopje stand van de wetenschap en praktijk) gevolgd: in de module 'Operatietechnische aspecten bij THP', in de submodule 'Type lagering' wordt aangegeven dat er een sterk advies is tegen het gebruik van MoM-heupprothesen. Daarom worden in de richtlijn geen studies geïncludeerd die gaan over MoMprothesen. Sinds het uitbrengen van het advies in 2012 worden de MoM R.HA en THA (total hip arthroplasty) nagenoeg niet meer toegepast in Nederland. Omdat R.HA met een MoM-prothese mogelijk nog wel in het buitenland wordt toegepast, kan niet geconcludeerd worden dat geen sprake is van zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Stand van wetenschap en praktijk

Om onderdeel te zijn van het pakket van de Zvw moet de zorg voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk', d.w.z. als effectief kunnen worden beschouwd.

NOV-adviezen en richtlijnen

Op basis van nationaal en internationaal gepubliceerde ervaringen heeft de NOV haar leden in 2012 geadviseerd om per direct geen MoM-prothesen met grote koppen (groter dan 36 mm) en geen MoM-resurfacingprothesen meer te plaatsen. Naar het advies van de NOV mocht plaatsing van deze MoM-prothesen alleen nog gebeuren in het kader van een medisch wetenschappelijk

onderzoek. Dit advies is door het Zorginstituut overgenomen en betekende hiermee een verandering in het eerdere standpunt van het Zorginstituut uit 2007.

In 2015 is het advies van de NOV geüpdatet, waarbij nog steeds werd geadviseerd dat uit het oogpunt van patiëntveiligheid de toepassing van alle MoM-heupprothesen met grote koppen (groter dan 36 mm), inclusief de resurfacingprothesen, opgeschort diende te blijven, totdat duidelijk zou worden aangetoond dat het gebruik van deze prothesen (in een bepaalde patiëntengroep) veilig is en op lange termijn de werkzaamheid onomstotelijk is aangetoond. Er bleef uitsluitend ruimte bestaan voor de toepassing van genoemde MoM-prothesen binnen de setting van een wetenschappelijk onderzoek.

Volgens de website van de NOV is dit advies nog steeds van kracht. Tevens is de juistheid van dit besluit volgens de NOV recent bevestigd door een in maart 2020 verschenen onderzoek. In dat onderzoek is gekeken naar patiënten met een large head MoM R.HA, large head MoM total hip arthroplasty (THA), small head MoM THA en conventionele non-MoM THA. Uit de studie blijkt dat large head MoM THA en R.HA slechter presteren dan conventionele non-MoM THA in de Nederlandse populatie. In hun conclusie onderschrijven de onderzoekers dan ook het advies van de NOV om MoM prothesen niet meer toe te passen. De MoM THA en R.HA worden in Nederland nagenoeg niet meer toegepast sinds het advies.

Standpunten Zorginstituut en eerdere adviezen in geschillen

Het Zorginstituut (voorheen CVZ) adviseerde in januari 2012 zorgverzekeraars bij verzekeringsbeslissingen in lijn met het advies van de NOV uit 2012 te handelen. Dit betekende een wijziging van het eerdere standpunt van het Zorginstituut uit 2007. Sindsdien zijn er in 2013, 2014, 2016 en 2021 meerdere geschillen geweest over de R.HA met plaatsing van een MoM-heupprothese. In die geschillen heeft het Zorginstituut aangegeven dat de heupoperatie (R.HA-behandeling) als zodanig nog steeds behoort tot het verzekerde pakket, maar dat de MoM-prothese geen zorg is die voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

In een geschil uit 2016 gaat het Zorginstituut ook in op verschillende merken heupprothesen. Opgemerkt wordt dat er verschillende merken MoM-prothesen zijn. Voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk wordt hier geen onderscheid in gemaakt, ook niet door de NOV.

Toegestuurde literatuur

Verzoeker heeft een aantal wetenschappelijke artikelen toegevoegd aan het dossier. Het eerste onderzoek dat door verzoeker is meegestuurd (Van der Straeten et al., 2020), is een studie gebaseerd op data uit een internationaal R.HA-register, waarin data van 'high-volume' chirurgen uit 13 landen is opgenomen. Het betreft patiënten die een R.HA-ingreep hebben ondergaan, waarbij diverse typen MoM prothesen werden geplaatst en waarbij de patiënten op het moment van de ingreep jonger dan 50 jaar waren. Hiermee is de geïnccludeerde patiëntpopulatie niet van toepassing op de situatie van verzoeker. Verzoeker was immers 53 jaar op het moment van de ingreep.

Het tweede onderzoek (ADEPT Clinical Data Summary, 2016) betreft een opsomming van onderzoek naar twee typen MoM-heupprothesen, de BHR en de ADEPT. De genoemde onderzoeken dateren van vóór 2016. Recent onderzoek naar Nederlandse patiëntendata uit maart 2020 bevestigde volgens de NOV het besluit om geen MoM-prothesen toe te passen. In dat onderzoek wordt benoemd dat er mogelijk een selecte groep patiënten is, met name jonge actieve mannen, die baat zouden kunnen hebben bij MoM R.HA, maar benoemt dat verder onderzoek hiernaar nodig is. Het onderzoek, benoemd in de meegestuurde ADEPT clinical summary data, draagt hier niet aan bij aangezien dit alleen onderzoek van oudere datum betreft. Daarnaast betreft het in het artikel genoemde onderzoek geen vergelijkend onderzoek tussen MoM en niet-MoM heupprothesen. Het Zorginstituut ziet hierin dan ook geen reden om van het huidige Nederlandse advies af te wijken.

Conclusie

R.HA waarbij een MoM-heupprothese wordt geplaatst voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. (...)

3.7. Op 6 oktober 2021 heeft het Zorginstituut verklaard:

"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Naar aanleiding van de stellingen die verzoeker heeft aangedragen tijdens de hoorzitting merkt het Zorginstituut het volgende op. Verzoeker geeft aan dat het onderzoek dat door hem is toegevoegd aan het dossier (Van der Straeten et al., 2020) wel van toepassing is op verzoeker aangezien hij 'een jong persoon is, die sportief is en waarvan de botten sterk zijn', waardoor hij vergelijkbaar zou zijn met de doelgroep uit dat onderzoek. Zorg die een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep 'pleegt te bieden' en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Vervolgens dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie. Het is niet zo dat een verzekerde recht heeft op een prestatie omdat de verzekerde meent redelijkerwijs te zijn aangewezen op die prestatie. De beoordeling van de criteria 'plegen te bieden' en 'de stand van wetenschap en praktijk' is een algemene beoordeling waarin individuele omstandigheden geen rol spelen. Het Zorginstituut kan zich voorstellen dat dit teleurstellend is voor verzoeker nu hij verklaart dat de behandeling hem heeft geholpen. Het is echter niet mogelijk op individuele basis de omvang van het verzekerde pakket te bepalen.

Los van het feit [dat] de geïncludeerde patiëntpopulatie niet van toepassing [is] op de situatie van verzoeker, betreft het aangedragen onderzoek geen gerandomiseerd vergelijkend onderzoek tussen MoM- en niet-MoM-heupprothesen. Daarnaast betreft het een geselecteerde patiëntenpopulatie uit een aantal zogenoemde high volume centra. Het is hierdoor geen artikel dat voor ons aanleiding vormt om onze conclusie dat de MoM-prothese niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, te wijzigen. Bovendien heeft het artikel ook geen aanleiding gegeven voor de beroepsgroep in Nederland om hun standpunt t.a.v. MoM-prothesen te wijzigen. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) aan hem de kosten van de in België uitgevoerde R.HA met plaatsing van een MoM-prothese alsnog dient te vergoeden,
- (ii) hem onvoldoende heeft geïnformeerd over vergoeding van kosten van nazorg en verblijf in een zorghotel, en
- (iii) hem in verband hiermee een schadevergoeding van € 2.000,- dient te betalen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) 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.

Plaatsen MoM-prothese

- 6.2. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, gegaan om daar een R.HA met plaatsing van een MoM-prothese te laten uitvoeren. In deze situatie is sprake van planbare zorg en is artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Volgens dit artikel heeft een verzekerde na voorafgaande toestemming recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere EU- of EER-lidstaat, onder de voorwaarde dat de betreffende vorm van zorg behoort tot het verzekerde pakket in Nederland. Met de verordening is namelijk geen uitbreiding van het verzekerde pakket beoogd. Voor zover sprake is van verzekerde zorg, moet deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar zijn. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet worden beoordeeld of R.HA met plaatsing van een MoM-prothese voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel A.3.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering, en daarmee behoort tot het verzekerde pakket in Nederland.
- 6.3. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn, die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden
- 6.4. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of R.HA met plaatsing van een MoM-prothese overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.5. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.6. Het Zorginstituut heeft de zorg beoordeeld die in geschil is. Het advies van 20 augustus 2021 bevat de uitkomst hiervan. De door verzoeker overgelegde wetenschappelijke artikelen zijn bij het opstellen van het advies meegenomen. De conclusie is dat R.HA waarbij een MoM-heupprothese wordt geplaatst niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op deze zorg, ten laste van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt die tot de hare.

- 6.7. Ter zitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld te reageren op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Verzoeker heeft in dit kader aangevoerd dat het onderzoek van Van Der Straeten et al. (2020) in zijn situatie wél relevant is – ook al behoort hij qua leeftijd niet tot de geïnccludeerde patiëntpopulatie – omdat hij ‘een jong persoon is, die sportief is en waarvan de botten sterk zijn’, waardoor hij vergelijkbaar zou zijn met de doelgroep uit dat onderzoek. Het Zorginstituut heeft in zijn definitief advies van 6 oktober 2021 in reactie hierop verklaard dat het bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk gaat om een algemene beoordeling waarbij individuele omstandigheden geen rol spelen.
- De commissie onderschrijft het standpunt dat het criterium ‘aangewezen zijn op’ eerst aan de orde komt nadat is vastgesteld dat het gaat om verzekerde zorg. Van verzekerde zorg is sprake als wordt voldaan aan de criteria ‘plegen te bieden’ en ‘stand van de wetenschap en praktijk’, terwijl daarnaast de wetgever de zorg niet van het verzekerde pakket mag hebben uitgesloten. Deze randvoorwaarden hebben algemene gelding. Vervolgens moet worden bepaald of de individuele verzekerde in redelijkheid op de zorg is aangewezen, of deze doelmatig is en of is voldaan aan eventueel toepasselijke formele vereisten, zoals het hebben van een verwijzing.
- Verder heeft het Zorginstituut aangegeven dat het genoemde onderzoek, ook los van het feit dat het op grond van de geïnccludeerde patiëntenpopulatie niet van toepassing is op de situatie van verzoeker, geen aanleiding vormt om de conclusie dat de MOM-prothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk te wijzigen nu het niet gaat om een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek tussen MoM- en niet-MoM-heupprothesen en een geselecteerde patiëntenpopulatie uit een aantal high volume centra betreft, terwijl het bovendien voor de beroepsgroep in Nederland geen aanleiding is geweest het standpunt te wijzigen.
- Het voorgaande betekent dat de door verzoeker in België ondergane R.HA met plaatsing van een MoM-prothese geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Hij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de ingreep, ten laste van de zorgverzekering. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 om die reden terecht onthouden.
- De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een R.HA met plaatsing van een MOM-prothese .

Verblijf zorghotel

- 6.8. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij kosten ter hoogte van € 2.000,- heeft gemaakt voor verblijf in een zorghotel, waarvan hij in deze procedure vergoeding vordert ter zake van door hem geleden schade. Deze vordering wordt afgewezen, omdat van schade aan de zijde van verzoeker in deze niet is gebleken, nog daargelaten dat door verzoeker onvoldoende is gesteld om te kunnen concluderen dat door de ziektekostenverzekeraar wanprestatie is gepleegd dan wel onrechtmatig is gehandeld. Hiervoor is onvoldoende de – kennelijk – gebrekkige wijze van communiceren door of namens de ziektekostenverzekeraar over de vraag of verzoeker mogelijk in aanmerking komt voor een post-operatief verblijf in een herstellings- of ander oord.
- Wat betreft het gevorderde bedrag overweegt de commissie voorts dat gesteld noch gebleken is dat verzoeker in een zorghotel heeft verbleven. Uit de stukken maakt de commissie juist op dat verzoeker post-operatief door familieleden is verzorgd. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker enig bedrag aan de familieleden die hem hebben verzorgd heeft voldaan of heeft moeten voldoen. Wat dit laatste betreft is gesteld noch gebleken dat de desbetreffende familieleden ten behoeve van verzoeker kosten in het kader van de verzorging hebben gemaakt en, zo dat al het geval is geweest, deze kosten ook hebben gedeclareerd bij verzoeker, wat op zich overigens nog geen grond oplevert dat dergelijke kosten dan ook bij wege van schadevergoeding door de ziektekostenverzekeraar zouden moeten worden voldaan.

Behandeling klacht door ziektekostenverzekeraar

6.9. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn klacht over de aanvraag niet goed heeft afgehandeld. Zo zou er een lange tijdspanne zijn tussen zijn verzoek tot vergoeding en de afwijzing die hij ontving, zodat hij geen goede afweging heeft kunnen maken tussen de verschillende vormen van opereren en de daarmee gemoeide kosten, vóórdat hij de operatie onderging.

Hierover merkt de commissie op dat verzoeker op 8 oktober 2020 is gezien door de behandelend arts. Op dezelfde dag heeft hij het behandelplan met een e-mail naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 19 oktober 2020 afwijzend beslist en dit is op 23 november 2020 nogmaals meegedeeld. Uit de brief van verzoeker van 10 december 2020 blijkt dat de operatie in eerste instantie zou plaatsvinden op 8 december 2020, maar is verplaatst naar 13 januari 2021. Bij de heroverweging van 4 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker nogmaals meegedeeld dat hij de plaatsing van de MOM-prothese niet zal vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie verzoeker daarmee voldoende tijdig geïnformeerd. Verzoeker had nog tijd om eventueel te besluiten de operatie af te zeggen. Nu hij hiervoor niet heeft gekozen, liggen de gevolgen van het laten doorgaan van de behandeling in zijn risicosfeer. In algemene zin kan, anders dan verzoeker stelt, niet worden gezegd dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoeker niet goed heeft afgehandeld.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 oktober 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

D.12.3. Vervallen

D.13. Verblijf

D.13.1. Therapeutisch kamp

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van deelname aan en verblijf in een therapeutisch kamp voor kinderen tot 18 jaar dat is georganiseerd door een van de door ons erkende instellingen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een van de door ons erkende verenigingen of instellingen organiseert het kamp. Die kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.13.2. Logeerkosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden:

- a. de overnachting van u of van uw kind in een kamer in een logeerhuis;
- b. het verblijf van uw kind jonger dan 18 jaar in een Mappa Mondo huis.

Voorbeeld:

Met logeerhuis bedoelen wij onder andere een Ronald McDonald huis of een overblijfhuis bij een algemeen ziekenhuis of categoriaal ziekenhuis, zoals de Dr. Daniel den Hoed Kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

Toelichting:

Het kan zijn dat u in een korte tijd meermalen poliklinisch behandeld moet worden zonder dat opname en verpleging nodig zijn. U mag dan ook gebruik maken van het logeerhuis.

Het kan zijn dat er geen plaats meer is in het logeerhuis of Mappa Mondo huis. Na onze goedkeuring mag u of de logé(s) dan in een hotel of pension in de omgeving overnachten en die kosten bij ons als logeerkosten declareren. Wij baseren de vergoeding op de kosten die u en/of de logé(s) in het logeerhuis of Mappa Mondo huis zou hebben gemaakt als daar wel plaats was geweest. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten die vergoed worden vanuit de Wmo of Wlz in verband met samenwerking met thuiszorg of kosten die vallen onder een Persoons Gebonden Budget (PGB);
 - de logeerkosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan een verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).
- De logeerkosten vergoeden wij uit de aanvullende verzekering van degene die behandeld wordt. Is deze niet verzekerd voor logeerkosten, maar de logé wel, dan vergoeden wij logeerkosten uit de aanvullende verzekering van de logé. Degene die is opgenomen moet wel ten minste een verzekering bij ons hebben. Het maakt niet uit wat voor verzekering dat is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Het verblijf van u en/of logés 's nachts in een logeerhuis wordt vergoed als u of een verzekerde gezinslid (kind of partner) wordt behandeld in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Het kan dus gaan om een poliklinische behandeling van u of uw kind, of een klinische behandeling van uw partner of kind.
- Als uw aanvullende verzekering zowel logeerkosten als bezoeken (zie artikel D.12.3.) vergoedt, moet u kiezen of u logeerkosten óf bezoeken vergoed wilt krijgen. Kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoeken en andersom. Wij beschouwen de eerste rekening voor bezoeken of logeerkosten die u indient als uw keuze.

Zorgverlener

Een logeerhuis of een Mappa Mondo huis verleent de zorg. Het logeerhuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met:

- een ziekenhuis (instelling voor medisch specia-

- listische zorg) in Nederland of uw woonland; of
- een voor deze zorg gecontracteerd ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) buiten uw woonland.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.13.3. Klassetoeslag

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de meerkosten van verpleging in een hogere klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Onder meerkosten verstaan wij de kosten die uitgaan boven de kosten voor de laagste klasse. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van:
 - verpleging in de laagste klasse; deze wordt vergoed uit de zorgverzekering.
 - verpleging in een 2^e klasse waarvoor de instelling een tarief berekent dat gelijk is aan het tarief voor de laagste klasse in Nederland.
 - verpleging in een hogere klasse als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor medisch specialistische geestelijke gezondheidszorg.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw verzekerde klasse is hoger dan de laagste klasse;
- Het tarief voor de hogere klasse is hoger dan het tarief voor de laagste klasse.

Zorgverlener

Het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) brengt de kosten in rekening met de DBC-zorgproductcode of de klassetoeslag.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor de kosten die uit de zorgverzekering worden vergoed en waarvoor vanuit de zorgverzekering een akkoordverklaring nodig is.

Tarieven

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

D.13.4. Ziekenhuisopname en uitkering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

- a. Liggelduitkering.
Wij geven u een vast bedrag per dag als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).
- b. Luxe-arrangement/comfortpakket.
Wij vergoeden de kosten van een luxe arrangement of comfortpakket als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Voorbeeld

Het luxe-arrangement of comfortpakket kan van alles bevatten wat uw opname in het ziekenhuis aangenamer maakt. Bijvoorbeeld de huur van televisie, telefoon, internet of radio etc. Daarnaast kan er ook een luxere kamer, uitgebreider menu, krant of tijdschrift, doorlopende bezoekenregeling of thee en/of koffie voor het bezoek aangeboden worden.

- c. Compensatie-uitkering.
Wij geven u een vast bedrag per dag voor de periode dat u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en u geen gebruik maakt of geen gebruik kunt maken van een luxe-arrangement of comfortpakket zoals beschreven in artikel D.13.4.b. Dit omdat bijvoorbeeld het ziekenhuis geen onderscheid in standaard of luxere verpleging kent of geen luxe pakket kent.

Wat en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Tip:

Voor de liggelduitkering of de compensatie-uitkering moet u zelf vooraf een verzoek bij ons indienen. Voor het luxe-arrangement moet u een rekening insturen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Uit dit artikel vergoeden wij niet de normale, niet-luxe kosten voor opname in een zieken-

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 behandelingsfase volledig hebt doorlopen.
- U hebt tenminste een matig verhoogd gewichtsgerelateerd risico (GGR), uitgedrukt in Body Mass Index (BMI). U hebt een indicatie voor de zorg als u:
 - een BMI hebt vanaf 30 kg/m²; of
 - een BMI hebt 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 hebt 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) verleent in afstemming en terugkoppeling met 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 gehandicapt en/of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u al eerder gebruik hebt 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.

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 -adviesing (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);
 - het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
 - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 - sterilisatiebehandelingen;
 - behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
 - een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
 - correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);

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;
- gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (zie artikelen B.19.2. en B.19.3.)
- mondzorg door een kaakchirurg. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan

- parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- 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:
 - 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;
 - wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
 - 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 gehemeltepleet) 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.

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 oogheilkundige 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 ver-

wezen 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 gehemeltpleet) 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 verslakte 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 vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeldespleten;
 - 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 hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
- **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 door-gankelijkheidsprobleem 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.
- Indien 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 machtigingen 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 hebt op (vergoeding van) deze zorg.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met:

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

De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg 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 hebt 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

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 gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreeerde 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. (...)*”