



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, medisch-specialistische revalidatie, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 20 Vo.nr. 883-2004
Zaaknummer : 201901996
Zittingsdatum : 1 juli 2020

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

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 ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 13 februari 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 29 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 30 april 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 2 juni 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020020428) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 11 juni 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld schriftelijk op het advies te reageren. Verzoekster heeft op 15 juni 2020 schriftelijk gereageerd op voornoemd advies. Een kopie hiervan is op 23 juni 2020 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Vitaal Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in 2017 een heupoperatie ondergaan in Duitsland. Zij heeft deze vooraf aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster toestemming verleend en een zogenoemd S2-formulier verstrekt. Aansluitend aan de ziekenhuisopname heeft verzoekster een klinisch revalidatietraject gevolgd in Duitsland. De kosten van dit revalidatietraject heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De revalidatie-instelling heeft op 13 april 2017 het volgende over de behandeling van verzoekster verklaard:
"Rehaziele:
*In Übereinstimmung mit der Patientin wurden folgende Rehaziele formuliert:
Weitere Schmerzminderung, Verbesserung der Mobilität und der Beweglichkeit des operierten Gelenkes sowie Schulung eines regulären Gangbildes. Steigerung der physischen Belastbarkeit, Reintegration in das soziale Umfeld.
(...)*
Verordnete Anwendungen:

Bedarfsadaptierte Physiotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie. Koördinations-, Kraft- und Ausdauertraining. Gangschulung. Balneophysikalische Anwendungen. Medizinische Trainingstherapie. Endoprothesenschule. Vorträge zur allgemeinen Gesundheitsbildung.

Verlauf:

Der Rehabilitationsverlauf gestaltete sich a. G. von muskularen Schmerzen am op. Oberschenkel u. der Leiste protahiert, weshalb wir den Aufenthalt um 6 Tage verlängert haben. Die verordneten Anwendungen wurden dabei von [verzoekster] gut vertragen und jeweils an die subjektive Belastbarkeit angepasst. Hierunter konnte eine langsame Verbesserung der Mobilität, der Hüftbeweglichkeit und des Gangbildes erzielt werden. Die Patientin nahm motiviert und regelmässig an den Therapien teil. Die analgetische Therapie konnte im Verlauf reduziert werden. Die Blutdruckwerte lagen im normotensiven Bereich. Eine Thromboseprophylaxe erhielt [verzoekster] bis zum Abschluss der Reha."

3.4. De behandelend chirurg heeft bij brief van 21 juni 2017 over verzoekster verklaard:

"Diagnose

- Coxarthrose rechts

Dauerdiagnosen

- Polymyalgia rheumatica
- Asthma bronchiale
- Pollinosis
- Nickelallergie

Operation am 07.03.2017

- Implantation einer nicht zementierten Hüft-TEP rechts am 07.03.2017
Typ Plasmacup-Pfanne 48 mm DC, Bicontact-H Schaft 13 mm, Biolox
Keramikkopf M 32 mm)

Empfehlung

- Teilbelastung mit 20 kg für 6 Wochen
- Krankengymnastik
- Stationäre Anschlussheilbehandlung
- Wiedervorstellung 6 Monate postoperativ am 08.09.2017 um 13.00 Uhr

Bisher regelrechter intra- und postoperativer Verlauf.

Thromboseprophylaxe, Einleitung einer intensiven funktionellen Nachbehandlung einschl. Gangschulung.

Um eine rasche Wiedereingliederung der Patientin in den Lebensalltag zu gewährleisten, war die Durchführung einer stationären Anschlussheilbehandlung an den stationären Aufenthalt unbedingt erforderlich.

im Vordergrund standen hierbei ärztliche Interventionen in Ergänzung mit ärztlich geleiteten physikalischen Therapien."

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 1 februari 2017 en 3 oktober 2017 aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de medisch-specialistische revalidatie niet worden vergoed, omdat zij hiervoor geen (verzekering)indicatie had.

3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 november 2017, 8 juni 2018 en 17 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het volgende verklaard:
"Er is geen sprake van hoogcomplexere samenhangende problematiek bij een diagnose en behandeling waarvoor primair eerstelijns voldoende revalidatiemogelijkheden biedt. Uit het behandelplan blijkt dat hier een monodisciplinaire zorg is geleverd. Daarnaast staat ook in het

verslag dat [verzoekster] behoudens een beperking voor lopen 150m zelfstandig ADL kan uitvoeren.

Overleg met de specialist heeft geen toegevoegde waarde kijkend naar de indicatiecriteria voor Medisch[-]specialistische revalidatie en niet doorlopen stepped care en monodisciplinaire behandelprogramma. Gelet op de al lange ziekenhuisopname zoals in Duitsland gebruikelijk, in Nederland 3 dagen en in Duitsland 12 dagen, is ook de eerste opvang na de ingreep al goed geregeld."

- 3.8. Bij brief van 2 juni 2020 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"In het standpunt van het Zorginstituut Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden (2015) is beschreven wanneer er sprake is van een indicatie voor interdisciplinaire MSR. MSR is alleen aangewezen voor patiënten met complexe samenhangende problematiek op meerdere (ICF)domeinen van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie). Uit het dossier blijkt niet dat bij verzoekster sprake is van dergelijke complexe samenhangende problematiek. Er zijn naast de fysieke beperkingen als gevolg van de operatie geen concrete actuele psychologische of andere problemen beschreven die een belangrijke onderhoudende factor vormen voor de klachten. Wat betreft het stepped care principe is duidelijk dat voorafgaand aan de revalidatiebehandeling geen behandeling in de eerste lijn heeft plaatsgevonden.*

Het Zorginstituut merkt verder op dat verzekerden die een heupoperatie hebben ondergaan op grond van artikel 1, sub d, onder 5 van Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aanspraak kunnen maken op vergoeding van eerstelijns fysio- en oefentherapie. De behandelduur is maximaal 12 maanden en deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.

Conclusie

Op grond van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie had voor MSR. Er was geen sprake van complexe met elkaar samenhangende problematiek op meerdere domeinen van het ICF-model. Daarnaast heeft verzoekster voorafgaand aan de revalidatiebehandeling geen stepped care traject met eerstelijns interventies doorlopen. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de MSR behandeling ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de medisch-specialistische revalidatie in Duitsland alsnog volledig moet vergoeden.
- 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 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische revalidatie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Het zelfde geldt voor artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan om daar een heupoperatie en aansluitend klinische medisch-specialistische revalidatie te ondergaan. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo.nr. 883/2004. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan beide behandelingen om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster toestemming verleend voor de heupoperatie. Hiervoor is door hem ook een S2-formulier afgegeven. Voor de klinische medisch-specialistische revalidatie heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig de gevraagde toestemming geweigerd, omdat deze *"conform de Nederlandse richtlijnen omtrent het nazorgtraject"* niet voor vergoeding in aanmerking komt. De commissie overweegt te dien aanzien als volgt.
- 6.3. Aansluitend aan de heupoperatie is verzoekster opgenomen in de revalidatie-instelling in Duitsland. Zij verbleef hier van 17 maart 2017 tot en met 13 april 2017. De ziektekostenverzekeraar heeft slechts een deel van de kosten vergoed. De overige kosten, waaronder die van de 'Medizinische Trainingstherapie' zijn voor rekening van verzoekster gebleven. Verzoekster voert thans aan dat, na verwijzing door de huisarts de verantwoordelijkheid en de beoordeling van de verdere behandeling bij de behandelend arts lagen. Daarnaast blijkt uit het behandelplan dat verzoekster tijdens de revalidatie nog is behandeld door de arts uit het ziekenhuis. Deze heeft onder andere de wondverzorging op zich genomen. De kosten hiervan zijn uiteindelijk - na een lange discussie - door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekster benadrukt voorts dat na de heupoperatie de klinische medisch-specialistische revalidatie noodzakelijk was. Dit blijkt ook uit het feit dat zij op 11 september 2017 opnieuw moest worden opgenomen in het ziekenhuis.
- 6.4. In reactie op het advies van het Zorginstituut heeft verzoekster in haar brief van 15 juni 2020 aangevoerd dat zij in twee diagnosegroepen valt waarbij sprake is van een indicatie voor medisch-specialistische revalidatie. Dit zijn (i) aandoeningen van het bewegingsapparaat (reumatische aandoeningen), en (ii) chronische pijn. De aanwezigheid van een indicatie wordt onderschreven door zowel de huisarts als de arts van de revalidatie-instelling. Volgens verzoekster bestaat tot slot recht op een vergoeding van € 800,- per diagnose voor revalidatiezorg, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de klinische medisch-specialistische revalidatie afgewezen. Om hiervoor in aanmerking te komen moet sprake zijn van een hoog-complexe samenhangende problematiek, waarbij de behandeling in de eerste lijn geen effect heeft gehad. Uit de aangeleverde informatie blijkt dat dit bij verzoekster niet het geval was, terwijl daarnaast geen 'stepped care'-traject in de eerste lijn was doorlopen. Zij had daarom geen indicatie voor klinische medisch-specialistische revalidatie. Na de revisie en het plaatsen van de heupprothese was zij aangewezen op een revalidatietraject dat bestaat uit fysiotherapie. Verzoekster heeft een vergoeding ontvangen voor de verleende fysiotherapie. De in de revalidatie-instelling verleende medische trainingstherapie is niet aan te merken als fysiotherapie. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van deze kosten. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat medisch-specialistische revalidatie pas ná de operatie kan worden aangevraagd, omdat dan pas een revalidatieplan kan worden opgesteld. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar al op 1 februari 2017 schriftelijk aan verzoekster meegedeeld dat deze kosten niet worden vergoed. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige behandeling.
- 6.6. De commissie overweegt dat uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie, met name de zaak Keller (C-145/03), valt op te maken dat, indien een verzekerde met toestemming van het bevoegde orgaan naar een andere lidstaat gaat voor behandeling, zich de situatie kan voordoen dat voor de bij betrokkene gediagnosticeerde ziekte een spoedbehandeling noodzakelijk is om het leven van de patiënt te redden. In dat geval is het bevoegde orgaan onder voorwaarden gebonden aan de behandelkeuzes van de artsen in de lidstaat van verblijf. Voor zover de stelling

van verzoekster zo moet worden begrepen dat de ziektekostenverzekeraar, door toestemming te verlenen voor de heupoperatie, is gebonden aan de keuze van de Duitse arts om klinische medisch-specialistische revalidatie te starten, geldt dat deze geen doel treft. Een situatie als beschreven in voornoemd arrest is bij verzoekster niet aan de orde. Dit betekent dat voor de revalidatiebehandeling afzonderlijk zal moeten worden beoordeeld of de gevraagde toestemming op grond van de verordening al dan niet terecht is geweigerd.

- 6.7. Op basis van artikel 16 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch-specialistische revalidatie. In artikel 1.2 is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op de verzekerde zorg indien betrokkene hierop gezien zijn indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 2 juni 2020 vastgesteld dat niet is aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een indicatie voor medisch-specialistische revalidatie, omdat uit de beschikbare informatie niet is op te maken dat een complexe samenhangende problematiek bestaat op meerdere ICF-domeinen (International Classification of Functioning, Disability and Health) van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie). Er zijn naast de fysieke beperkingen als gevolg van de operatie geen concrete, actuele psychologische of andere problemen beschreven die een belangrijke onderhoudende factor vormen voor de klachten. Tevens werd voorafgaand aan de revalidatiebehandeling geen 'stepped care'-traject met eerstelijns interventies doorlopen. De commissie maakt het oordeel van het Zorginstituut tot het hare en concludeert dat niet is voldaan aan het gestelde in artikel 1.2 zodat verzoekster geen aanspraak heeft op medisch-specialistische revalidatie ten laste van de zorgverzekering.
- 6.8. In haar brief van 15 juni 2020 stelt verzoekster dat zij op grond van de diagnoses reumatische aandoeningen (polymyalgia reumatica) en chronische pijn aanspraak heeft op medisch-specialistische revalidatie. De commissie overweegt dat alleen het voldoen aan deze diagnoses niet betekent dat aanspraak bestaat op medisch-specialistische revalidatie. In de situatie van verzoekster heeft de revalidatie betrekking op de operatie die zij in 2017 in Duitsland heeft ondergaan. Uit het dossier blijkt niet dat de polymyalgia reumatica en/of de chronische pijn het herstel na de operatie zodanig hebben bemoeilijkt dat verzoekster hierdoor een indicatie had voor medisch-specialistische revalidatie. Dit betekent dat de toestemming op grond van de verordening terecht werd geweigerd en dat ook op basis van de zorgverzekering geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de behandeling.
- 6.9. Door de ziektekostenverzekeraar zijn de kosten van enkelvoudige fysiotherapie vergoed. Een verzekerde komt in aanmerking voor behandelingen fysiotherapie in aansluiting op een ziekenhuisopname, bijvoorbeeld vanwege een heupoperatie. Ten aanzien van de medische trainingstherapie - die verzoekster tijdens de opname in de revalidatie-instelling heeft ondergaan en met betrekking waartoe het standpunt zou kunnen worden ingenomen dat deze moet worden gerekend tot de fysiotherapie - merkt de commissie nog op dat in artikel 26 van de zorgverzekering de betreffende zorg expliciet is uitgesloten van vergoeding.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. Verzoekster voert in haar brief van 15 juni 2020 aan dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor de kosten van revalidatie tot € 800,- per diagnose. De commissie overweegt dat onder de noemer beweegzorg, artikel 10, aanspraak bestaat op maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar voor alle beweegzorg tezamen. Anders dan door verzoekster gesteld, biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking voor klinische medisch-specialistische revalidatie. Het verzoek kan daarom niet worden toegewezen op grond van deze verzekering.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2020,



G.R.J. de Groot



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>)

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. (...)”

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.

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 het Interimbesluit forensische zorg.
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.

Besluit zorgverzekering

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.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

Zorgadvies en bemiddeling

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

1.2. Medische noodzaak

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

1.3. Wie mag de zorg verlenen

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

1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

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

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

1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

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

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota hebt ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van

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 hebt gevraagd.

Let op

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

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelen-zorg, zie artikel 36, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg.
5. Voor zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 25, Gespecialiseerde GGZ.
6. Voor mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 31, Bijzondere tandheelkunde en artikel 32, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Artikel 16. Revalidatie

16.1. Revalidatie

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van 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).

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

De straatdokter is een arts en geregistreerd bij een vereniging van straatdokters (bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokters Groep) en in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is. De straatdokter mag alleen verwijzen als de cliënt geen huisarts heeft.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en bent u 18 jaar geworden? Dan hebt u een nieuwe verwijzing nodig.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig voor gespecialiseerde GGZ met verblijf (zie artikel 37, Verblijf). Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier gespecialiseerde GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

PARAMEDISCHE ZORG

Hebt u de ziekte van Parkinson en u hebt fysiotherapie, logopedie of ergotherapie nodig?

Dan kunt u terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

U bent dan verzekerd van goede zorg, want deze zorgaanbieders zijn specifiek opgeleid om deskundige begeleiding en zorg te leveren aan mensen met de ziekte van Parkinson. Deze zorgaanbieders zijn aangesloten bij een landelijk netwerk waardoor:

- u aan huis of dichtbij huis een optimale behandeling kunt krijgen;
- er samenwerking en kennisuitwisseling plaatsvindt tussen de aangesloten zorgaanbieders, waaronder uw Parkinson-verpleegkundige en neuroloog.

Hierdoor is de zorg die u nodig hebt, beter op elkaar afgestemd. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar:

- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- hebt u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van de kosten van maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, dan hebt u nog recht op vergoeding van de kosten van maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:

- u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op vergoeding van de kosten van gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) tot maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen;
- Re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

In het schema hieronder vindt u op hoeveel zorg u recht hebt:

Omschrijving	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) bij perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen)	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.	maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden (vanaf de 1e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen Let op Voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt	volledig	vanaf 21e behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.	geen vergoeding

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut, heilgymnast-masseur of gespecialiseerde fysiotherapeut.

Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut.

De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.