



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C 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, België, geneeskundige zorg, schouderoperatie, doelmatigheid

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 : 201802075

Zittingsdatum : 24 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en H.A.J. Kroon)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 11 december 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 april 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 april 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 5 juli 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019026044) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 8 juli 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 29 juli 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 5 augustus 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut is hierbij ingegaan op de door de commissie gestelde vragen. Een afschrift is op 5 augustus 2019 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid. Verzoekster heeft bij brief van 29 augustus 2019 aan de commissie medegedeeld dat zij geen nieuwe informatie of verweer heeft tegen het definitieve advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze brief is op 3 september 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens ten behoeve van verzoekster afgesloten aanvullende verzekering Tand Collectief is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een artroscopische decompressie volgens Neer en een cuffplastiek van de rechterschouder, uit te voeren te Brussel,

België. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvullende informatie opgevraagd bij verzoekster. Bij brieven van 21 december 2017 en 29 januari 2018 heeft hij aan verzoekster medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat uit de medische gegevens is gebleken dat de aangevraagde schouderoperatie niet doelmatig is.

- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierna meermaals verzocht de aanvraag alsnog te honoreren, maar de ziektekostenverzekeraar heeft zijn afwijzende beslissing steeds gehandhaafd.
- 3.4. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij brief, gedateerd 8 november 2016, over verzoekster verklaard: *“Anamnese : er is een chronische last aan de rechter schouder, met pijn bij abductie en rotatie bewegingen. Nachtelijke pijn bij het liggen op de schouder. De conservatieve behandelingen bestonden uit rust, fysio, medicatie, infiltraties.
Klinisch onderzoek : de beweeglijkheid actief en passief is sterk beperkt.
Tekenen van Jobe is positief. Kracht aan de arm is sterk verminderd.
Sulcus sign: positief.
Technische onderzoeken: Hierbij vindt u het verslag betreffende uw patiënt(e) [naam verzoekster]
Radioloog: [naam]
Datum onderzoek: 21/11/2017 16:25
Referentie: 171102658
(...)
RX schouder bilateraal
Gave corticale aflijning en normaal botpatroon van distale clavícula en acromion bilateraal.
Inzettende acromioclaviculaire degeneratie bilateraal. Correcte alignatie van de humeruskop ten opzichte van het glenoid beiderzijds. Geen PSH calcificaties. Geen significante glenohumerale artrose kentekenen.
Conclusie:
Supraspinatus tendinopathie, met uitrafeling aan de bursale zijde.
Bursitis subacromio - subdeltoidea.
AC degeneratie.
Voorgestelde behandeling: een artroskopische decompressie volgens Neer en plastiek van de cuff van de rechter schouder is aangewezen, ingreep via daghospitalisatie.”*
- 3.5. De behandelend fysiotherapeut heeft bij brief van 5 januari 2018 over verzoekster verklaard: *“Behandelperiode: 28-7-2015 t/m 25-9-2015, 13 behandelingen
6-1-2016 t/m 3-2-2016, 5 behandelingen
20-4-2016 t/m 2-5-2016, 2 behandelingen
20-7-2016, 1 behandeling
U bent in 2015 op verwijzing naar ons toegekomen voor nekklachten met uitstraling in de rechter arm. In eerste instantie werd er goed op de behandeling gereageerd (detonisatie middels massage, MTC, mobilisatie volgens mulligan). Echter, de klachten kwamen na[ar] 2 weken weer terug, hierop bent u terug verwezen naar de huisarts voor verder onderzoek. Na onderzoek is gebleken dat er sprake was van een HNP CWK (C6-C7).
Daarna bent u verder behandelend (detonisatie middels massage, tractie/mobilisatie CWK en stabilizer training). De behandelingen hadden alleen een korte termijneffect, minder dan 1 week. De behandeling is daarom stopgezet.
In februari 2016 heeft u een injectie gehad dat heeft kortdurend de klachten verlicht. Vervolgens heeft u hierna nog 3 behandelingen gehad, om te kijken of het effect nu van lange termijn zou zijn, dat is helaas niet het geval geweest.
(...)”*
- 3.6. De door verzoekster ingeschakelde medisch adviseur heeft op 6 juni 2018 het volgende verklaard:

"Het betreft een thans 52-jarige (rechtshandige?) vrouw met schouder/nekklachten sinds begin 2015, waardoor zij onder andere zeer veel hinder ondervindt in haar werk. De conservatieve behandeling bestond uit rust, fysiotherapie, pijnstillende medicatie en infiltraties van het schoudergewricht met corticosteroiden, echter zonder het gewenste resultaat.

Zij is voornemens zich te laten opereren aan haar rechter schouder door haar behandelend chirurg in België. Dr. Mortelé heeft de diagnose supraspinatus tendinopathie (inclusief uitrafeling aan de bursale zijde) met een bursitis subacromio - subdeltoïdea gesteld en is voornemens een arthroscopische decompressie volgens Neer met een cuffplastiek te verrichten.

(...)

De afwijzing is met name gebaseerd op de stelling dat de operatie op dit moment niet doelmatig is. Het betreft echter een zeer gebruikelijke schouderoperatie, deze wordt in al vele jaren regelmatig uitgevoerd en is een vorm van subacromiale decompressie, de resultaten daarvan zijn nog steeds aantoonbaar beter dan van fysiotherapie alleen (zie onderstaand artikel uit mei 2018).

Verder wordt gesteld dat cliënte geen of onvoldoende conservatieve therapie gevolgd zou hebben, de fysiotherapie zou gericht zijn op de nekklachten en niet op de schouderklachten, het heeft echter steeds dezelfde klachten betroffen, deze werden eerst geweten aan een HNP in de nek, maar lijken nu toch vooral veroorzaakt te zijn door de problematiek van de rechter schouder. Er is dus wel degelijk uitgebreide conservatieve therapie toegepast. De behandelend chirurg geeft ook aan dat rust, fysiotherapie, pijnstillende medicatie en infiltraties van het schoudergewricht met corticosteroiden allemaal niet geholpen hebben.

Op basis hiervan zou de operatie naar de mening van ondergetekende vergoed moeten worden.

(...)

Volgens ondergetekende is het evident dat de operatie op zich doelmatig is en in tegenstelling tot hetgeen CZ beweert heeft er wel degelijk uitgebreide conservatieve therapie plaatsgevonden (rust, fysiotherapie, pijnstillende medicatie en infiltraties van het schoudergewricht met corticosteroiden hebben allemaal niet geholpen). Op basis hiervan zou de operatie alsnog vergoed moeten worden.

(...)"

Het artikel waar de door verzoekster ingeschakelde medisch adviseur naar verwijst is: 'Subacromial Decompression Yields a Better Clinical Outcome Than Therapy Alone: A Prospective Randomized Study of Patients With a Minimum 10-Year Follow-up.' In Ma. J. Sports Med.

De door verzoekster ingeschakelde medisch adviseur heeft voornoemd standpunt in zijn brieven van 7 september 2018 en 15 november 2018 bevestigd.

In de brief van 7 september 2018 wordt in aanvulling hierop het volgende aangevoerd:

"In de Richtlijn SAPS staat volgens de jurist van de wederpartij onder andere: 'De werkgroep beveelt aan om SAPS bij voorkeur conservatief te behandelen. Indien de patiënt niet of onvoldoende reageert op uitputtende conservatieve behandeling, valt operatieve behandeling (subacromiale decompressie of bursectomie) te overwegen.' Dat is nu exact wat hier aan de orde is!!

Vervolgens wordt er weer een ander argument naar voren gehaald, wat ook in het niet aangeleverde adviesrapport van de anonieme medisch adviseur zou staan: Volgens een Cochrane onderzoek zou het op de lange duur niet uitmaken of er arthroscopische chirurgie plaats vind[t] of conservatieve therapie. Dit argument geldt mijns inziens voor een groot aantal operaties, die zouden dan allemaal niet vergoed worden, de verzekeringsvoorwaarde waar dat op gebaseerd is wordt hierbij niet aangeleverd."

In de brief van 15 november 2018 wordt in aanvulling nog het volgende aangevoerd:

"Verder wordt aangegeven dat er in Up to Date bij impingement geen chirurgische interventie [is] beschreven volgens de medisch adviseur van de wederpartij, maar bij chronische onbehandelde impingement (SIS) wel, nu cliënte al vanaf 2015 klachten heeft is ondergetekende van mening dat het hier dus toch ook wel chronische impingement zal betreffen.

Vervolgens wordt betoogd dat er in de sportgeneeskunde veel complicaties van dergelijke operaties worden gezien, dit toont volgens mij juist aan dat het dus gebruikelijk is te opereren (...)"

- 3.7. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op 22 oktober 2018 over verzoekster verklaard:

"Uit de stukken blijkt sprake van een tendinopathie van de cuff, ofwel een ontsteking van de pees (of van pezen) van de rotator cuff spieren rondom het schoudergewricht.

Aangegeven wordt dat deze ontsteking op basis is van subacromiaal anterolateraal impingement en degeneratie van het gewricht. Dit wil zeggen dat sprake is van een inklemming van structuren, waarbij het lichaam reageert met ontstekingsverschijnselen.

(...)"

De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar verwijst naar de richtlijn orthopedie van Subacromiaal Pijnsyndroom (SAPS), de resultaten uit de Cochrane database op de trefwoorden: [Surgery] [for] [rotator] [cuff] [disease], en de resultaten uit de Up to Date op de trefwoorden: [Shoulder] [impingement] [syndrome]. De medisch adviseur concludeert hieruit het volgende: *"Uit alle aangehaalde richtlijnen en onderzoeken blijven vragen over de noodzaak en het nut van chirurgische interventie, Alleen de voorliggende conservatieve en medicamenteuze behandelingen worden als stand van wetenschap en praktijk gezien.*

Uit de sportgeneeskunde, waarbij de doelgroep goede algemene conditie heeft, worden de risico's van de operatie aangegeven, alsook de consequenties van het falen van chirurgische interventies. (...)"

3.8. Bij brief van 5 juli 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: "(...)

Er is in het dossier geen informatie beschikbaar over de reden waarom verzoekster geen conservatieve behandeling voor de schouderklachten heeft gezocht, ook niet na de afwijzing van de aanvraag door verweerder. Wellicht waren zij en de behandelend orthopedisch chirurg in België in de veronderstelling dat de niet geslaagde behandeling voor de nekkachten (ook) als falend conservatief beleid voor de schouderklachten kon worden gezien. Uit het verslag van de fysiotherapeut blijkt echter duidelijk dat deze behandeling was ingesteld voor de nekkachten, waarbij na vaststellen van het radiculair syndroom ook specifiek nekgerichte behandelmodaliteiten zijn toegepast (zoals tractie en stabilizer training). Uit dit verslag blijkt niet dat ten tijde van deze nekkachten ook al sprake was van schouderklachten en dat daarop een (deel van de) conservatieve behandeling was gericht.

(...)

De aanbeveling uit de richtlijn Subacromiaal Pijnsyndroom (SAPS) van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) om 'bij voorkeur conservatief te behandelen en slechts indien de patiënt niet of onvoldoende reageert op uitputtende conservatieve behandeling een operatieve behandeling door middel van subacromiale decompressie of bursectomie te overwegen' is niet gevolgd. In het dossier is geen informatie beschikbaar over de reden waarom er geen conservatief beleid is toegepast. Ook is in het dossier geen indicatie of diagnose aangegeven voor het uitvoeren van een rotator cuff plastiek, noch is gebleken dat er daarop gerichte diagnostiek is toegepast. Verweerder heeft de aanvraag derhalve terecht afgewezen."

3.9. Uit de overgelegde verslagen van het Multidisciplinair Pijncentrum te Lanaken blijkt dat verzoekster op 6 november 2015, 27 november 2015 en 21 december 2015 een cervicale epidurale infiltratie op niveau C6-C7 heeft ondergaan.

3.10. Bij brief van 5 augustus 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: *"Volgens het verslag van de fysiotherapeut in het dossier zijn alleen de nekkachten van verzoekster behandeld. Ook de verwijsindicatie had volgens het verslag alleen betrekking op de nekkachten. De uitspraken van verzoekster zijn derhalve niet onderbouwd. De fysiotherapeut kan onvoldoende beoordelen of infiltratie wel of niet een behandeloptie is. Het voorlopig advies van het Zorginstituut wijzigt dan ook niet."*

4. Geschil

4.1. In geschil is (i) of verzoekster aanspraak heeft op de door haar aangevraagde schouderoperatie, te weten een artroscopische decompressie volgens Neer en een cuffplastiek van de rechterschouder, uit te voeren te Brussel, België. Voorts is in geschil (ii) of de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een schadevergoeding moet betalen voor de schade die zij heeft geleden, lijdt, dan wel zal lijden als gevolg van het uitblijven van toestemming.

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 brengt daarover bindend advies uit, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat.
De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel B.2 van de zorgverzekering. In artikel A.3.2 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg als betrokkene hierop - gelet op zijn/haar indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.1, derde lid, Besluit zorgverzekering (Bzv). Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
In artikel 20 van Verordening van de Europese Unie (Vo.) nr. 803/2004 is de aanspraak op zorg geregeld in het geval dat betrokkene naar een andere lidstaat van de EU/EER gaat voor zorg. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Verzoekster wil naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gaan om daar de aangevraagde operatie te ondergaan. Daarom is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster meegedeeld dat het verzoek is afgewezen omdat de aangevraagde zorg (nog) niet doelmatig is. Daarmee is niet voldaan aan het gestelde in artikel A.3.2 van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

6.3. Verzoekster is sinds 2015 bekend met nekklasten met uitstraling naar de rechterarm. Eerst werd gedacht dat de klachten in haar schouder en arm het gevolg waren van deze nekklasten, maar in november 2017 is gebleken dat zij werden veroorzaakt door een defect in de schouder zelf. Omdat verzoekster al een langdurige conservatieve behandeling met pijnstillers, rust, fysiotherapie en infiltraties had gehad, en deze geen of onvoldoende effect sorteerde, ziet de behandelend arts geen toegevoegde waarde in het herhalen hiervan.

Verzoekster stelt in haar brief van 11 december 2018 dat zij als gevolg van haar schouderklachten arbeidsongeschikt is geworden en hierdoor vervolgens haar baan is kwijtgeraakt. Zij is van mening dat als zij eerder had kunnen worden geopereerd, zij niet arbeidsongeschikt was geworden en een einde van het dienstverband was voorkomen. Zij stelt daarom de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk voor de schade die zij heeft geleden, lijdt, dan wel zal lijden als gevolg van het uitblijven van toestemming.

Verzoekster heeft tijdens de hoorzitting verklaard dat tijdens de fysiotherapeutische behandeling van haar nek ook de schouderklachten zijn behandeld.

Daarnaar gevraagd, heeft verzoekster tijdens de hoorzitting verklaard dat zij geen uitspraak wil over de in de stukken genoemde schadevergoeding.

6.4. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat de aangevraagde behandeling niet doelmatig is. Er bestaat alleen aanspraak op zorg als deze doelmatig is. Dit betekent dat de behandeling het meest geschikt is in de specifieke situatie van betrokkene. Eén van de onderdelen hierbij is dat voorafgaand aan een operatieve ingreep een conservatief behandeltraject (in dit geval fysiotherapie) moet hebben plaatsgevonden. Als de klachten kunnen worden verholpen door een minder

invasieve methode, dan heeft dat de eerste voorkeur. Bij verzoekster heeft nog geen conservatieve behandeling plaatsgevonden die is gericht op de schouderklachten. De reeds gevolgde therapieën hadden betrekking op de nekkklachten van verzoekster.

De ziektekostenverzekeraar wijst de door verzoekster gestelde aansprakelijkheid af. Allereerst is de commissie niet bevoegd om een vordering tot schadevergoeding in de vorm van een bindend advies af te geven. Daarnaast merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de huisarts van verzoekster op 1 december 2017, dus ruim voor de aanvraag, het volgende heeft verklaard: *“had werk dat ze aankon, maar de bazen vonden dat maar niks”*. Voorts is niet gebleken van enige schade en is niet inzichtelijk gemaakt waaruit de schade van verzoekster zou bestaan. De ziektekostenverzekeraar betwist enig causaal verband en stelt dat voor zover er al schade zou zijn geleden, quod non, deze schade niet aan hem toerekenbaar is. De ziektekostenverzekeraar is niet tekort geschoten in de naleving van de verzekeringsovereenkomst.

De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting aangevoerd dat niet is gebleken dat verzoekster door de fysiotherapeut specifiek is behandeld voor de schouderklachten.

- 6.5. De commissie overweegt dat in artikel A.3.2 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg waarop de verzekerde gezien zijn indicatie redelijkerwijs is aangewezen, en dat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn. Uit het advies van het Zorginstituut van 5 juli 2019 volgt dat bij de onderhavige indicatie een operatie is aangewezen nadat een conservatieve behandeling geen of onvoldoende (blijvend) resultaat heeft gehad. Uit de informatie van de fysiotherapeut en het pijncentrum blijkt dat de behandelingen betrekking hadden op de nekhernia op niveau C6-C7. Verzoekster heeft ter zitting aangevoerd dat de fysiotherapeut niet alleen haar nek heeft behandeld, maar ook haar schouders. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet weersproken. Wel heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de fysiotherapeutische behandeling niet specifiek voor de schouderklachten was.

Aangezien de infiltraties geen betrekking hadden op de schouderklachten, en van de fysiotherapie evenmin is gebleken dat deze specifiek gericht was op deze klachten, kan in de situatie van verzoekster niet worden gesteld dat zij reeds een conservatieve behandeling voor de schouderklachten heeft gevolgd. Zij is daarom (nog) niet aangewezen op de aangevraagde behandeling.

Dit betekent dat de toestemming op grond van artikel 20 van Vo.nr. 883/2004 haar terecht werd onthouden, en dat ook op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 september 2019,

H.A.J. Kroon

Artikel 2.1, derde lid Bzv luidt:

“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.”

Artikel 2.4 Bzv luidt:

“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 verslachte 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 gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2 Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.”

Artikel 20 van Vo 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. (...)”

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

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

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

U kunt verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzicht op onze internetsite vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

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

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

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

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

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied

geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en

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

Naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden bovenstaande eisen voor het krijgen van aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan deze eisen of andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan hetgeen gedeclareerd is.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

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

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

B.1. Verzekerde zorg

B.1.1. Indeling verzekerde zorg

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

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

B.1.2. "Andere zorg"

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

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

B.1.3. Opname in andere dan verzekerde klasse

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

B.1.4. Begin en einde van recht op zorg

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

B.2. Buitenlandzorg

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

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

Zorg: waar hebt u recht op?

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

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

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

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

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

Voorbeeld:

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

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

Tip:

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

Let op!

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

B.3. Huisartsenzorg

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

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar hebt u recht op?

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

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

van de KNMG). Dit is bijvoorbeeld een arts infectieziektenbestrijding in dienst van een GGD.

Verwijzing

U bent voor aanvang verwezen door een huisarts of medisch specialist.

Plaats

- De koemelkallergietest vindt plaats in een instelling van de Jeugd Gezondheidszorg (JGZ) waarmee wij schriftelijke afspraken hebben gemaakt over het uitvoeren van deze test.
- De individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten vindt plaats op een locatie waarover wij afspraken hebben gemaakt met de betreffende zorgverlener.

B.3.3. Huisartsenzorg op GGZ gebied

Zorg: waar hebt u recht op?

Huisartsenzorg omvat ook zorg op het gebied van GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) en bestaat uit:

- zorg bij lichte psychische klachten (bijvoorbeeld depressie), als u (nog) geen psychische stoornis hebt die behandeld moeten worden in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of de Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.);
- preventieve zorg bij klachten op het gebied van een depressieve stoornis, een paniekstoornis of problematisch alcoholgebruik.
- zorg bij vermoeden van een lichte psychiatrische stoornis. De stoornis is niet complex, heeft een laag risico en de ziekteverschijnselen zijn van korte duur;
- zorg en begeleiding bij een stabiele chronische situatie in een GGZ problematiek met een laag risico en die niet crisisgevoelig is;

Let op!

De zorg omvat niet een psychische of psychiatrische stoornis waarvoor behandeling nodig is in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.). De huisarts kan in die gevallen dan doorverwijzen.

Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel B.3.1. In aanvulling op deze voorwaarden zijn de volgende voorwaarden van kracht:

- De zorg kan ook worden verleend via internet door middel van een programma dat wij hebben erkend.
- Om vast te stellen of een huisarts u kan behandelen zijn de uitkomst van een oriënterend onderzoeksformulier en een diagnostisch gesprek nodig.

Zorgverlener

Bij voorkeur wordt een huisarts ondersteund door de POH GGZ (Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ), als hij zorg bij lichte psychische klachten verleent.

B.4. Medisch specialistische zorg

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

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. en B.19.3.

In dit artikel komt ook mondzorg door een kaakchirurg voor. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij 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.
- De zorg valt onder 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);
 - 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 hebt u recht op?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;

- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder 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

Een opname komt maximaal 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 weekenden 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.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen 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. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

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

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek;
- inzet van een AED (Automatische Externe Defibrillator) en direct daaraan verbonden kosten.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- 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.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder 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

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Een AED wordt door daartoe bevoegde en bekwame personen ingezet. Dit hoeft geen zorgverlener te zijn zoals wij die in onze voorwaarden beschrijven.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist verwezen worden.
- Voor gebruik van een AED is geen verwijzing 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.

Plaats

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

Gebruik van een AED kan op elke locatie plaatsvinden.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. 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;