



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Medisch-specialistische zorg, MRI-scan, verwijzing door bedrijfsarts, telefonische toezegging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer : 202002123
Zittingsdatum : 28 april 2021

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 22 november 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 februari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 22 februari 2021 aan verzoeker gezonden. Hem is bij die gelegenheid gevraagd of hiermee het geschil is opgelost. Verzoeker heeft op 4 maart 2021 aan de commissie meegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. Een afschrift van deze reactie is op 9 maart 2021 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2.3. Op 6 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021009610) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 april 2021 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 april 2021 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 4 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 6 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft op 10 mei 2021 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 11 mei 2021 naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2.6. De reactie van verzoeker van 10 mei 2021 op het definitief advies van het Zorginstituut is op 1 juni 2021 naar het Zorginstituut gezonden, met de vraag of dit verandering brengt in het advies. Het Zorginstituut heeft op 8 juni 2021 een aanvullend advies uitgebracht. Dit advies is op 9 juni 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft op 10 juni 2021 gereageerd. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Extra Tand 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoeker is bedrijfsarts. Omdat er als gevolg van de uitbraak van COVID-19 lange wachttijden bestonden voor het laten maken van een MRI-scan, heeft een collega bedrijfsarts hem hiervoor

verwezen naar het MRI Centrum te Rotterdam. De kosten van de twee MRI-scans die aldaar zijn gemaakt, heeft hij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. Verzoeker heeft via de persoonlijke omgeving op de website van de ziektekostenverzekeraar vernomen dat deze vergoeding van de MRI-scans had afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 1 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 19 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De gedeclareerde verrichtingen 081392 en 081093 betreffen respectievelijk een 'MRI cervicale wervelkolom inclusief craniovertebrale overgang' en een 'MRI hersenen - standaard'. Op de eerste op 11 maart 2020 ingediende nota's staat geen verwijzer. Later is dat de heer (...) geworden, collega van [verzoeker]. Overigens staat op de laatst ingediende nota's nog steeds niet het type verwijzer. Wellicht ten overvloede ontvangt u bij deze brief de informatieplichting volgens de Regeling medisch-specialistische zorg van de NZa en het standpunt van het voormalige College voor zorgverzekeringen (CVZ), thans Zorginstituut Nederland over het aanvragen van een MRI door een huisarts. Zoals daaruit blijkt is het CVZ van mening "dat de aanvraag van een huisarts voor een MRI bij indicaties zoals omschreven in de NHG-richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep, behoort tot het aanvaarde zorgarsenaal van huisartsen en dat dit zorg is zoals huisartsen plegen te bieden. Daarmee behoort het aanvragen van de diagnostiek en het gebruikmaken van de resultaten ervan, indien is voldaan aan de voorwaarde dat dit is omschreven in de richtlijnen en standaarden, tot de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'." Wij beschouwen onze brief van 16 november 2020 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen als hier ingelast en herhaald weergegeven. [Verzoeker] stelt dat wij hebben gezegd dat wij bij een restitutiepolis ook ongecontracteerde zorg vergoeden. Dit ligt iets anders: met een restitutiepolis vergoeden wij de zorg van niet-gecontracteerde zorgverleners tot maximaal het marktconforme tarief. Het moet echter wel steeds gaan om zorg die in de verzekering is opgenomen en die voldoet aan wat wij onder het kopje 'medische noodzaak' hebben beschreven. Wij zien in dit geval echter niet die medische noodzaak. Onze klantenservicemedewerkers beoordelen niet de medische noodzaak van een onderzoek of behandeling. [Verzoeker] heeft zelf de MRI-onderzoeken geëntameerd omdat hij verwachtte dat de neuroloog, met wie hij op 15 april 2020 een afspraak had, deze onderzoeken ook zou voorschrijven en hij daar niet op wilde wachten. Deze onderzoeken staan niet beschreven in de richtlijnen en standaarden van de eerstelijns verwijzers.

Wij hebben geen reactie gehad op onze vraag wie de verwijzer naar de neuroloog was. De digitale declaratie van de neuroloog van € 265,97 vermeldt geen specialisme van de voorschrijver en een niet bestaande AGB-code 01999997. Het gedeclareerde DBC-zorgproduct is 069799013: '1 of 2 polikliniekbezoeken consultaties op afstand bij migraine of een andere vorm van hoofdpijn'. Wij hebben vermeld dat MRI's aangevraagd door een neuroloog in de DBC van de neuroloog zouden vallen. Uit het gedeclareerde DBC-zorgproduct maken wij op dat deze geen MRI-onderzoeken bevat.

Voorstel

Wij begrijpen dat [verzoeker] zich zorgen maakte over zijn lichamelijke klachten en snel wilde weten wat er aan de hand was. Wij zijn het niet eens met zijn handelwijze en de zorg is door zijn handelwijze onnodig kostbaar. Wij willen hem echter wel enigszins tegemoet komen. Volgens de NZa website opendisdata.nl is in 2020 het landelijk gemiddeld gecontracteerde tarief voor zorgproduct 069799013 € 285. Als er één of twee MRI's op aanvraag van de neuroloog waren geweest, dan zou het zorgproduct 069799011 zijn geweest: Diagnostiek/ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij migraine en/of een andere vorm van hoofdpijn. Het landelijk gemiddeld gecontracteerde tarief hiervoor is in 2020 € 575. Dit tarief geldt dus ongeacht of er één of twee MRI's zouden zijn. Als de neuroloog kan verklaren dat deze voor [verzoeker] de desbetreffende twee MRI-onderzoeken of één ervan nodig had gevonden, willen wij alsnog het

verschil van € 290 tussen de beide genoemde DBCzorgproducten aan hem vergoeden. Graag horen wij via u of [verzoeker] zich hierin kan vinden. (...)"

- 3.6. Verzoeker heeft in reactie hierop op 4 maart 2021, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) Ik ga niet akkoord met het voorstel van de IZA. Ik vind het standpunt wat ze in deze innemen uitermate flauw en ik houd er ook niet van om als een zorgprofiteur/fraudeur weggezet te worden. De verwijzing van de MRI is destijds door collega bedrijfsarts (...) gedaan. Zoals u weet ben je als bedrijfsarts medisch specialist en sta je ook als zodanig geregistreerd bij de overheid. We zijn dus geen huisartsen. In hoeverre dit de IZA argumentatie ondergraaft moeten ze zelf maar zien. Binnen de verzekeringspolisvoorwaarden die ik als klant van de IZA heb, staat dat een bedrijfsarts gewoon ook een verwijzing kan doen. Er worden hierin geen voorbehouden beschreven. Ik heb destijds voor de zekerheid meermaals gebeld (check en dubbel check) met de klantenservice van IZA, omdat ik natuurlijk ook begreep dat het best een bijzondere situatie was (ikzelf behoorlijk ziek, regulier afgeschaalde zorg in het ziekenhuis vanwege Covid-19 en langere wachttijden). Vanuit de klantenservice van IZA heb ik alleen maar een bevestiging gehad dat de onderzoeken vergoed zouden worden. Overigens als het niet vergoed werd had ik het ook zelf betaald. De declaraties voldeden volgens de IZA in eerste instantie niet. Ook hier is meermaals overleg over geweest met de klantenservice en na veel vijven en zessen zijn de declaraties IZA lege artis ingediend en die zouden ze ook in hun bezit moeten hebben (meermaals zelfs denk ik). Nu de klantenzorg van de IZA geen aantekeningen schijnbaar maakt van gesprekken/hulpvragen van haar klanten is het inderdaad moeilijk bewijs te produceren van de inhoud van de antwoorden die gegeven zijn op mijn vragen.

Ik heb volledig te goeder trouw gehandeld met aandacht voor mijn gezondheid en dit ook inhoudelijk professioneel zelfs mede beoordeeld. De indicatie voor het laten maken van een MRI (cervicaal en cerebrum) was er gewoon. De IZA klantenservice heeft aangegeven dat de onderzoeken gewoon vergoed worden en volgens de polisvoorwaarden kan een bedrijfsarts gewoon verwijzen. Nogmaals....belangrijk om te realiseren voor de IZA is dat zowel ik als de verwijzer, collega (...), dus geen huisarts, maar bedrijfsarts zijn. Wat me ook zeer verbaast en ook zorgen baart is dat de IZA nu ook op de stoel van de dokter gaat zitten. De heer (...) geeft namelijk in zijn brief aan "Wij zien in dit geval echter niet die medische noodzaak". Verder heeft de IZA verzekering schijnbaar ook kennis van vertrouwelijke medische informatie met betrekking tot mijn gezondheid. Ik moet zeggen dat ik de handelwijze van de IZA meer en meer betreur en ook dat ik de handelwijze van de IZA als een maatschappelijke belangrijke organisatie met zorgen bezie.

Wat ik wil.

Ik wil een bindende uitspraak van de SKGZ over deze kwestie. Moet de IZA de kosten van de medische onderzoeken betalen of niet. Ik wil dat de IZA kleur beken[t] en aangeeft dat ze fout gehandeld hebben en ook hun procedures (werkwijze klantenservices, polisvoorwaarden) nog eens bezien. Voor wat betreft de declaratie van de neuroloog. Dit staat volledig los van deze gestarte procedure en wordt met kop en staart door de IZA erbij gehaald. Ik adviseer de IZA contact op te nemen met het (...) Ziekenhuis of de neuroloog hierover. (...)"

- 3.7. Op 6 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...) Plegen te bieden

Een bedrijfsarts levert grotendeels zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. Om en nabij beschikt een bedrijfsarts over een professioneel arsenaal dat vergelijkbaar is met dat van de huisarts. De vraag is dus of de verwijzing voor de MRI-scans valt onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dat is immers de omschrijving in het Bzv. Het Bzv kent de omschrijving 'zorg zoals bedrijfsartsen die plegen te bieden' niet. Daarnaast heeft het Zorginstituut in het verleden geuid dat bedrijfsartsen, net als huisartsen, mogen verwijzen voor diagnostiek.

Verwijzing voor een MRI door [de] een huisarts

Diagnostiek is alleen nuttig voor een behandelaar als deze de uitkomsten van de diagnostiek kan toepassen in zijn medisch beleid, met andere woorden de uitkomsten van de diagnostiek geven de behandelaar een handvat om niets te doen, te behandelen of door te verwijzen. De huisarts verwijst de verzekerde in deze situatie niet door voor behandeling, maar laat (een deel van) de diagnostiek door anderen uitvoeren en gebruikt de resultaten van de diagnostiek voor het stellen van een diagnose en het bepalen van de behandeling. De verantwoordelijkheid voor de interpretatie van diagnostiek en de behandeling worden in dit geval niet uit handen gegeven.

Er kan niet in algemene zin bepaald worden of het bovenstaande geldt voor uitkomsten van een MRI-scan die een huisarts aanvraagt. Dit kan namelijk verschillen per indicatie. De richtlijnen van de huisartsen geven aan in welke gevallen de diagnostische resultaten van een MRI-scan een toegevoegde waarde hebben voor het medisch beleid van de huisarts. In die gevallen scharen we de verwijzing onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.

Richtlijnen

Indien een MRI wordt aangevraagd door een huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden voor huisartsen, behoort dit tot het zorgarsenaal van de huisarts. In het geval van verzoeker is onduidelijk voor welke indicatie de MRI-scans zijn aangevraagd.

Op basis van de NHG-richtlijnen en standaarden kan een huisarts een MRI aanvragen bij niet-traumatische knieklachten bij mogelijke meniscusschade en wellicht een MRI bij ernstige oorzaken van rugpijn, of indien een operatie voor een discushernia wordt overwogen.

Polisvoorwaarden

Hierboven is aangegeven in welke gevallen een verwijzing voor een MRI-scan te scharen valt onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en daarmee onder de Zvw valt. Functioneel gezien geldt dit dan ook voor de verwijzing door bedrijfsarts. Dat de bedrijfsarts dit zou mogen doen, betekent echter nog niet dat zijn verwijzing ook in alle gevallen vergoed wordt. De polis van verzoeker moet hiervoor uitsluitel geven: is de bedrijfsarts opgenomen als verwijzer opgenomen naar 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Dat is immers de noemer waaronder het uitvoeren en interpreteren van een MRI-scan valt.

Redelijkerwijs aangewezen op

De MRI-scans komen alleen voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering wanneer verzoeker ook redelijkerwijs aangewezen was op deze onderzoeken. Het dossier bevat geen informatie met betrekking tot de indicatie waarvoor de MRI-scans zijn aangevraagd. Daarom kan niet beoordeeld worden of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de MRI-scans.

Conclusie

Een MRI hersenen lijkt op basis van NHG-richtlijnen en standaarden niet tot het zorgarsenaal van de huisarts te behoren. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is echter niet duidelijk voor welke indicatie de MRI-scans zijn voorgeschreven. Daarom kan niet beoordeeld worden of sprake is van 'zoals huisartsen die plegen te bieden' en of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de MRI-scans. Het is onduidelijk of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de MRI-scans ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier geen advies uitbrengen. (...)"

3.8. Het Zorginstituut heeft op 6 mei 2021, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Uit het verslag 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.

Het Zorginstituut merkt naar aanleiding van het verslag van de hoorzitting het volgende op. Verzoeker heeft tijdens de hoorzitting aangegeven voor welke indicatie de MRI-scans zijn aangevraagd. Er is echter geen informatie over de indicatie door de verwijzend arts aangeleverd. Het voorlopig advies wijzigt daarom niet. Op basis van de beschikbare informatie kan niet beoordeeld worden of sprake is van 'zoals huisartsen die plegen te bieden' en of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de MRI-scans. (...)"

3.9. De verwijzend bedrijfsarts heeft op 10 mei 2021, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Collega (...) wendde zich tot mij met een hulpvraag en het verzoek hem te verwijzen voor aanvullend diagnostisch onderzoek in afwachting van een consult bij de neuroloog waar hij een afspraak had. De door collega (...) aangegeven en inmiddels ook bij u bekende gezondheidsklachten rechtvaardigden mijns inziens de indicatie voor het uitvoeren van een MRI scan van het brein en van de Cervicale wervelkolom. Er was tijd te winnen de onderzoeken nu te doen en zoals aangegeven, de indicatie was aanwezig gezien de differentiaal diagnostische overwegingen bij dit klachten patroon/beloop (...)"

3.10. Het Zorginstituut heeft op 8 juni 2021 over verzoeker verklaard:

"(...) Aanvullende informatie

Tijdens de hoorzitting verklaarde verzoeker met betrekking tot de indicatie dat het ging om progressieve hoofdpijn gedurende meer dan vier maanden, onvoldoende reagerend op pijnmedicatie. Het was een halfzijdige pijn. Het was een kloppende hoofdpijn die erger werd bij hoesten, niezen en persen. En met begeleidende verschijnselen zoals duizeligheid, vertigo en 's nachts wakker worden van de pijn. Er was echter geen informatie over de indicatie door de verwijzend arts aangeleverd. Het voorlopig advies wijzigde daarom niet. Op basis van de beschikbare informatie kon niet beoordeeld worden of sprake is van 'zoals huisartsen die plegen te bieden' en of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de MRI-scans.

De verwijzend bedrijfsarts heeft daarna het volgende verklaard:

"(...)De door [verzoeker] aangegeven en inmiddels ook bij u bekende gezondheidsklachten rechtvaardigden mijns inziens de indicatie voor het uitvoeren van een MRI scan van het brein en van de Cervicale wervelkolom. Er was tijd te winnen de onderzoeken nu te doen en zoals aangegeven, de indicatie was aanwezig gezien de differentiaal diagnostische overwegingen bij dit klachten patroon/beloop."

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Zoals aangegeven in het voorlopig advies behoort het aanvragen van een MRI tot het zorgarsenaal van de huisarts, indien een MRI wordt aangevraagd voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden voor huisartsen. Op basis van de NHG-richtlijnen en standaarden kan een huisarts een MRI aanvragen bij niet-traumatische knieklachten bij mogelijke meniscusschade en wellicht een MRI bij ernstige oorzaken van rugpijn, of indien een operatie voor een discushernia wordt overwogen. Dit is bij verzoeker niet het geval. Een MRI hersenen behoort op basis van NHG-richtlijnen en standaarden niet tot het zorgarsenaal van de huisarts. Er is daarom geen sprake van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van een 'MRI cervicale wervelkolom inclusief craniovertebrale overgang' en een 'MRI hersenen - standaard'. Er is geen sprake van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van de MRI-scans, omdat geen sprake is van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de MRI-scans te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

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. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft toegelicht dat bij hem op 11 maart 2020 twee MRI-scans zijn uitgevoerd bij het MRI Centrum in Rotterdam. Een consult bij de neuroloog in het ziekenhuis stond gepland op 15 april 2020 en dit was de snelste mogelijkheid. Er bestonden namelijk significante wachttijden, onder andere door de uitbraak van COVID-19. Aangezien aanvullend onderzoek was geïndiceerd en dit pas na 15 april 2020 mogelijk was, wederom met een wachttijd van zes weken, heeft verzoeker besloten de MRI-scans naar voren te halen. Zijn klachten waren dusdanig ernstig dat verder uitstel niet goed was geweest. Een collega bedrijfsarts heeft verzoeker toen verwezen naar het MRI Centrum. Alvorens de afspraak te maken, heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker vertelde hem dat de zorgverzekering de kosten van deze zorg zou dekken. Verzoeker heeft vervolgens de afspraak gemaakt met het MRI Centrum, alwaar men hem vertelde dat declaratie bij de ziektekostenverzekeraar problematisch was, zodat hij de kosten zelf moest voorschieten. Verzoeker heeft toen opnieuw telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hem werd weer verteld dat zijn verzekering de kosten van het MRI Centrum zou dekken.

6.3. Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij door zijn collega bedrijfsarts is verwezen voor een MRI omdat hij last had van progressieve hoofdpijn gedurende meer dan vier maanden, onvoldoende reagerend op pijnmedicatie. Het was een halfzijdige pijn. Het was een kloppende hoofdpijn die erger werd bij hoesten, niezen en persen. En met begeleidende verschijnselen zoals duizeligheid, vertigo en 's nachts wakker worden van de pijn. Binnen dit gebied is er royaal ruimte

om verder te kijken, zeker gelet op het feit dat hij boven de 50 jaar is. Het grootste deel van de artsen zal in dat geval verder kijken.

- 6.4. Verzoeker heeft de kosten van de MRI-scans gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Vergoeding werd afgewezen omdat op de factuur informatie ontbrak. Het MRI Centrum heeft deze daarop conform de aanwijzingen van de ziektekostenverzekeraar aangevuld. Het ging om de naam van de specialist bij het MRI Centrum, zijn AGB-code, de AGB-code van het MRI Centrum, de naam van de verwijzer en ook zijn AGB-code. Tussentijds heeft verzoeker nog diverse keren contact opgenomen met de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar, waarbij men aangaf het vreemd te vinden dat de declaraties waren afgewezen. Er is tweemaal een melding gedaan om dit te corrigeren, maar hierop heeft verzoeker niet meer vernomen. Pas na een klacht te hebben ingediend bij de SKGZ, vernam verzoeker waarom vergoeding van de kosten werd afgewezen. Deze aanvullende regels van de ziektekostenverzekeraar zijn echter niet vermeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Ook zijn deze niet genoemd tijdens de diverse telefonische contacten. De notities van de gemaakte gesprekken zijn overigens wel heel summier, zodat de workflow/scripting van de klantenservice duidelijk niet op orde is. Verzoeker wil dat de ziektekostenverzekeraar zijn afspraken nakomt, en erkent dat in zijn situatie een fout is gemaakt.


Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar verwacht van een zorgaanbieder dat deze op de hoogte is van de geldende richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), waaronder declaratiebepalingen en informatievoorziening bij het declareren. Het MRI Centrum is door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Een gecontracteerde zorgaanbieder declareert de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar. De gedeclareerde verrichtingen met zorgproductcodes 081392 en 081093 betreffen een 'MRI cervicale wervelkolom inclusief craniovertebrale overgang' en een 'MRI hersenen standaard'. Verzoeker heeft de nota's hiervan twee keer bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De eerste keer ontbraken op de facturen meerdere vereisten die zijn genoemd in artikel 37 van de NZa Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-20AZaz01a). Het MRI Centrum heeft op de nota's vermeld: "Dit onderzoek valt niet onder ons contract met uw zorgverzekeraar". De tweede keer ontbraken overigens nog steeds relevante gegevens, waaronder het type van de verwijzer en de consumentenomschrijving.
- 6.6. Verzoeker is zelf bedrijfsarts en heeft een maatschap met vijf collega's. Eén van deze collega's heeft hem verwezen naar het MRI Centrum. Hierbij wordt oneigenlijk gebruik gemaakt van de met veel zorg omklede verwijzfunctie van de bedrijfsarts. Zoals in de leidraad van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) is te lezen, is deze voorbehouden aan uitvoering geven van de arbeidsgeneeskundige begeleiding met als doel te komen tot een diagnose, waarbij moet worden opgemerkt dat de verwijzer voor de specifieke diagnose en diagnostiek ook bevoegd en bekwaam dient te zijn. Ook de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) geeft nadrukkelijk aan dat het voorschrijven van medicatie en verwijzen van familie, collega's en voor zichzelf strikt wordt afgeraden. Gelet op de onderlinge samenwerking binnen de maatschap kan hier geen sprake zijn van een behandelovereenkomst tussen patiënt en behandelaar, en ook niet vanuit de insteek van arbeidsgeneeskundige zorg. De rol van de huisarts is die van poortwachter en het toegangsportaal voor de tweede lijn. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker niet is ingeschreven bij een huisarts, en dat er daarom ook geen consulten zijn geweest. Op welke wijze dan toegang is verschaft tot de door hem genoemde specialist die hij op 15 april 2020 heeft bezocht, blijft vooralsnog onduidelijk. Ook deze verwijzing dient te voldoen aan de in de wet vastgelegde criteria. Directe toegang tot medisch-specialistische zorg is slechts mogelijk in geval van een spoedeisend belang.
- 6.7. Een MRI kan onderdeel zijn van een DBC in verband met medisch specialistische behandeling. Een MRI kan ook als losstaande verrichting worden gedeclareerd. Hiervoor is een contract gesloten met het MRI Centrum. Deze onderzoeken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als zij zijn voorgeschreven door een huisarts, waarbij deze vorm van diagnostiek ook is opgenomen in de NHG-richtlijn (Nederlands Huisartsen Genootschap). Bij de bij verzoeker gemaakte MRI-scans is


dit niet aan de orde. Dit is ook de reden dat het MRI Centrum aan verzoeker heeft meegedeeld dat deze vorm van diagnostiek geen deel uitmaakt van de overeenkomst. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat niet is komen vast te staan dat de behandelend medisch specialist deze MRI-scans noodzakelijk zou achten. Als dit het geval was geweest, had hij deze aangevraagd en waren deze ten laste van het te declareren DBC-zorgproduct gekomen. Over de telefonische mededelingen van medewerkers van de klantenservice merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de gegeven informatie juist is. De collega's van de klantenservice gebruiken een database waarin zij kunnen zoeken naar een antwoord op een vraag. Er is bijvoorbeeld gezocht wat er wordt vergoed voor een MRI-scan of CT-scan. In de database staat dat de huisarts in dat geval kan verwijzen voor een MRI-scan of CT. De huisarts kent alle richtlijnen die hieromtrent gelden. Bij twijfel kan contact worden gezocht met de huisarts. Het is mogelijk dat een bedrijfsarts verwijst voor een MRI-scan, en de nota kan achteraf worden ingediend. Uit de telefoonnotities blijkt niet dat door verzoeker de volledige context is geschetst.

Overwegingen


- 6.8. De commissie stelt voorop dat zij hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt over de rol van de bedrijfsarts, de richtlijnen van de KNMG, en de toegang tot de neuroloog voor kennisgeving aanneemt. Het handelen van de collega bedrijfsarts van verzoeker vormt immers geen onderwerp van deze procedure en het zelfde geldt voor de behandeling door de neuroloog. Aan de orde is of het hier zorg betreft 'zoals huisartsen die plegen te bieden' en of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de zorg die in het geding is, te weten de MRI-scans, uitgevoerd in het MRI Centrum. De commissie overweegt als volgt. In artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op medisch-specialistische zorg. Eén van de voorwaarden is dat een verwijzing nodig is. Bij de opsomming van mogelijke verwijzers wordt onder andere een bedrijfsarts genoemd. Vast staat dat een bedrijfsarts verzoeker heeft verwezen voor de MRI-scans.
- 6.9. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 8 juni 2021 is een bedrijfsarts in dit opzicht gelijk te stellen met een huisarts. Een huisarts mag verwijzen voor een MRI-scan als deze de uitkomsten van de diagnostiek kan toepassen in zijn medisch beleid. De uitkomsten van de diagnostiek geven de behandelaar een handvat om niets te doen, te behandelen of door te verwijzen. Indien een MRI-scan wordt aangevraagd door een huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden voor huisartsen, behoort dit tot het zorgarsenaal van de huisarts en voldoet daarmee aan het criterium 'plegen te bieden'. Het Zorginstituut verklaart dienaangaande: *"Op basis van de NHG-richtlijnen en standaarden kan een huisarts een MRI aanvragen bij niet-traumatische knieklachten bij mogelijke meniscusschade en wellicht een MRI bij ernstige oorzaken van rugpijn, of indien een operatie voor een discushernia wordt overwogen. Dit is bij verzoeker niet het geval. Een MRI hersenen behoort op basis van NHG-richtlijnen en standaarden niet tot het zorgarsenaal van de huisarts. Er is daarom geen sprake van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden."* Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut en concludeert dat met betrekking tot de MRI-scans in kwestie – een 'MRI cervicale wervelkolom inclusief craniovertebrale overgang' en een 'MRI hersenen-standaard'- geen sprake is van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de MRI-scans ten laste van de zorgverzekering.
- 6.10. Verzoeker heeft aangevoerd dat hem diverse keren telefonisch is meegedeeld dat een bedrijfsarts mag verwijzen voor een MRI-scan. De commissie merkt hierover op dat deze informatie in beginsel juist is, mede gelet op het eerder aangehaalde artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Zoals hiervoor is toegelicht moet het – wil aanspraak bestaan op vergoeding – dan wel gaan om 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', en moet er sprake zijn van een indicatie conform de NHG-richtlijnen en standaarden voor huisartsen. De telefoonnotities die door de betreffende medewerkers zijn gemaakt, zijn zeer summier. Hieruit kan niet worden afgeleid of verzoeker heeft verteld vanwege welke indicatie de MRI-scans werden gevraagd. Het is aan verzoeker aannemelijk te maken dat hem, in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering,



een toezegging is gedaan die moet leiden tot de conclusie dat door de ziektekostenverzekeraar alsnog een vergoeding moet worden verleend. Hierin is hij niet geslaagd.




6.11. Voor zover verzoeker stelt dat hem door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte is gevraagd de nota aan te vullen, omdat op voorhand al bekend kon zijn dat de MRI-scans niet voor vergoeding in aanmerking zouden komen, tekent de commissie het volgende aan. De ziektekostenverzekeraar moet uit een ingediende nota zonder verdere navraag kunnen opmaken of hij gehouden is tot vergoeding. Als de nota niet volgens de daarvoor geldende richtlijnen is opgesteld, zoals in dit geval, kan de ziektekostenverzekeraar ervoor kiezen deze af te wijzen vanwege onvolledigheid dan wel navraag te doen. De ziektekostenverzekeraar heeft voor het laatste gekozen, en heeft op basis van de van verzoeker ontvangen nadere informatie – die overigens nog steeds niet volledig was – alsnog besloten tot afwijzing. Deze afwijzing was gebaseerd op een inhoudelijke beoordeling, die eerder niet kon plaatsvinden bij gebrek aan informatie.




6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 6 juli 2021,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Dit krijgt u vergoed

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

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

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische dissectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;

- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

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

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

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

Hier kunt u terecht

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

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde IGO's vindt u op onze website.

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

Oogheelkunde:	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
KNO:	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
Chirurgie:	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
Dermatologie	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
Gynaecologie:	Vulvaire en vaginale afwijkingen
Plastische chirurgie:	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

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

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

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (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.

Hier kunt u terecht

Bij een 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

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.