
Bijlage 1:**Medisch specialistische zorg en uitsluitingen**

Medisch specialistische zorg in deze overeenkomst betreft geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden en zoals deze mede worden 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 met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.

Uitgesloten behandelingen in deze overeenkomst:

- Alle onvruchtbaarheidsonderzoeken en –behandelingen vanaf de leeftijd - van de verzekerde – van 43 jaar zijn in Nederland wettelijk van vergoeding uitgesloten
- Sterilisatie en hersteloperaties na sterilisatie
- Orthopedie: Discus- en wervelprotheses en MOM-heupprotheses
- Alle behandelingen bij snurken
- Totale duimprothese bij de behandeling van carpometacarpale 1 artrose
- Ballon kyphoplastiek (BKP)
- Percutane vertebroplastiek
- Geestelijke gezondheidszorg / psychiatrische zorg. Met uitzondering van acute zorg en consultaties vanuit een ander specialisme tijdens een ziekenhuisopname.
- Pijnblokkades bij chronisch lage rugpijn minimaal invasieve interventies (o.a. facet infiltratie / facet denervatie)

Bijlage 2

Toelichting op machtigingsaanvragen

Algemeen: voor een aantal behandelingen geldt in Nederland dat, hetzij op grond van de wet of de verzekeringsovereenkomst hetzij op basis van interne richtlijnen van de Zorgverzekeraar, er voorafgaand aan de behandeling een schriftelijke aanvraag (=machtiging) moet worden ingediend bij de Zorgverzekeraar door de behandelend specialist. In de aanvraag moeten de onderzoeksbevindingen (diagnose) en de (reden van de) voorgestelde behandeling (medische indicatie) zijn vermeld.

Indien voldaan is aan de voorwaarden geeft de Zorgverzekeraar op advies van de medisch adviseur een machtiging af voor de aanvragende zorgaanbieder. Voldoet de aanvraag niet aan de aanspraak dan volgt een schriftelijke afwijzing en kan de ingreep uitsluitend op eigen kosten van de patiënt worden uitgevoerd. Daarnaast kan voor behandelingen die naar Nederlandse wetgeving niet voor vergoeding in aanmerking komen (zie onderstaande toelichting) door de behandelend specialist vooraf toestemming worden gevraagd om de behandeling toch te kunnen uitvoeren.

Het ziekenhuis houdt geen rekening met individuele afspraken tussen zorgverzekeraar en patiënt. Het ziekenhuis rekent niet af onder contract met gedeeltelijke vergoedingen.

Als een machtigingsplichtige behandeling uitgevoerd wordt zonder schriftelijke voorafgaande toestemming van de Zorgverzekeraar zal de behandeling niet worden vergoed.

Voor de **volgende behandelingen** dient de behandelend medisch specialist ten alle tijde voorafgaand aan de behandeling een aanvraag tot toestemming in te dienen:

PLASTISCHE CHIRURGIE

- Voor alle behandelingen uitgevoerd vanuit plastische chirurgie is voorafgaande toestemming een vereiste. Behandelingen vanuit cosmetisch oogpunt kunnen niet worden aangevraagd.

ANAESTHESIOLOGIE/PIJNBESTRIJDING:

- (Proef)behandeling met **neurostimulator**.

Opmerking: hiervoor gelden indicatie-criteria waaraan voldaan dient te zijn voordat een dergelijke behandeling kan worden vergoed.

HEELKUNDE:

- Bariatrische heelkunde en alle behandelingen die samenhangen met morbide obesitas
- Alle varices behandelingen

GYNAECOLOGIE:

- IVF/ICSI en vergelijkbare infertiliteitsbehandelingen

UROLOGIE

- Plaatsen sling urethra bij de man bij incontinentie
- Circumcisie

MOND/KAAKCHIRURGIE:

- tandextracties onder narcose voor volwassenen en kinderen
- **Osteotomiën en implantaten** met de daaraan verbonden behandelingen.

Opmerking: een aanvraag moet zijn vergezeld van:

Röntgenfoto's, behandelplan, begroting en eventuele verdere informatie die van belang is.

Paradontale en primaire endodontische behandelingen kunnen niet als kaakchirurgische behandelingen worden gedeclareerd

NEUS/KEEL en OORHEELKUNDE:

- Behandelingen in verband met **OSAS**.
- **Cochleaire implantaten:**
 - o Cochleaire implantaten (pre-)implantatie bij volwassenen is geen verzekerde zorg bij de volgende indicaties:
 - Bilaterale cochleaire implantaten bij (zeer) slechthorende en dove volwassenen
 - implantatie van een tweede cochleair implantaat bij volwassenen met een verworven ernstige dubbelzijdige doofheid
 - Tinnitus
- Bilaterale cochleaire implantatie bij kinderen is alleen aanspraak bij tweezijdig dove en zeer slechthorende kinderen tot de leeftijd van 5 jaar.

OOGHEELKUNDE:

- **Refractiechirurgie** waartoe behoren:
Eximerlaser, PRK (Photorefractieve keratectomie), PTK (Phototherapeutische keratectomie) LASIK en intraoculaire implantatielenzen.
- Opmerking: indicaties tot vergoeding zijn zeer beperkt.

DERMATOLOGIE:

- Behandelingen (poliklinisch/dagbehandeling/opname) die betrekking hebben op correctie van uitwendig zichtbare afwijkingen aan de huid of het aangezicht, inclusief littekencorrecties en laserbehandelingen.
- Alle varices behandelingen

Orthopedie:

- Posterieur interspinaal implantaat (spacer, ISP, IPD) inclusief osteosynthesemateriaal bij de volgende indicaties;
 - o Patiënten met neurogene claudicatio intermittens (NCI) met hoogstens graad I spondylolisthesis
 - o patiënten met spondylosis en röntgenologisch aangetoonde wervelkanaalstenose maar zonder de klassieke neurogene claudicatio klachten
 - o patiënten met indicatie preventie van postoperatieve rugpijn na wervelkanaalstenose operatie in verband met NCI

Algemeen

- Cosmetische indicaties komen niet in aanmerking voor vergoeding.

- Opmerking: sommige aanvullende verzekeringen bieden onder voorwaarden wel aanspraak op (gedeeltelijke) vergoeding. De verzekerde kan dit navragen bij de Zorgverzekeraar.

Hulpmiddelen:

Wanneer een medisch specialist **een hulpmiddel** voor noodzakelijk medisch gebruik voorschrijft dient er door de Zorgverzekeraar te worden getoetst of aan de wettelijke indicatie-eisen is voldaan en er aanspraak op eigendoms- of bruikleenverstrekking bestaat. Het gaat hierbij om de volgende hulpmiddelengroepen:

- Gelaatsprothesen;
- Orthopedische schoeisel;
- Gezichts- en gehoorhulpmiddelen;
- Thuisdialyse apparatuur;
- Robotarm;
- Schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen;
- Hulpmiddelen voor toediening van voedsel: eet apparaat;
- CPAP-apparatuur;
- BAHA-hoortoestel en solo-apparatuur;
- Lymfepress apparatuur;

Opmerking: van de behandelend specialist wordt slechts gevraagd om de medische situatie die aanleiding geeft tot het voorschrijven van het hulpmiddel schriftelijk kenbaar te maken en deze aanvraag aan de verzekerde te overhandigen.