



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen VGZ voor de Zorg N.V. te Arnhem

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, cataractoperatie met plaatsing torische lenzen beiderzijds, hoogte vergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 201902515

Zittingsdatum : 3 juni 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,
tegen

VGZ voor de Zorg N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 20 november 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 17 februari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 21 februari 2020 aan verzoeker gezonden. Bij brief van 28 februari 2020 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 6 maart 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 31 maart 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020012991) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 1 april 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 juni 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 16 juni 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Tand Goed en IZZ Buitenland Wereld (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is op 12 november 2018 in geopereerd in verband met een netvliesloslating van het linkeroog. Als gevolg van deze operatie is de grijze staar die reeds in het oog aanwezig was, zeer snel toegenomen. Scherp zien werd hierdoor onmogelijk. Op advies van de oogarts heeft verzoeker ten minste zes maanden gewacht met een cataractoperatie. Op 1 augustus 2019 is hij in Ahaus, Duitsland, geopereerd. Door de aanwezigheid van staar en een hoge negatieve sferische afwijking van -6 is ook het rechteroog op 7 augustus 2019 geopereerd. Tijdens de ingreep zijn torische lenzen geplaatst. Verzoeker heeft de kosten van de operaties bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

3.3. De behandelend oogarts heeft op 3 mei 2019 over verzoeker verklaard:

"(...) Op 28-12-2018 bezocht bovengenoemde patiënt de polikliniek Oogheelkunde voor het laatst in verband met status na ablatio retinae OS.

Voorgeschiedenis

De patiënt heeft een medische voorgeschiedenis van ablatio retinae OS (12-11-2018) en myopia gravior -7D. De patiënt heeft een chirurgische voorgeschiedenis van PPV netvliesloslating (Links, 12-11-2018).

Anamnese

Gaat goed, visus OS blijft wazig, kan dichtbij nog wel redelijk zien. Destijds preoperatief is er geen uitleg gegeven over prognose visus.

Oogheelkundig onderzoek

Visus OD met correctie: 1,0
Visus OS met correctie: 0,16 ; stenopeïsch:0,6
Oogdruk OS in mmHg AT: 16

Spleetlamp/ funduscopie OS

Cornea: punctata
Voorste oogkamer: rustig
Lens: 1+ a 2+ nucleair,; 1+ a 2+ corticaal
Macula: normaal
Perifeer: aanliggende retina

Conclusie

Status na pars plana vitrectomie met 20% SF6 gastamponade bij ablatio retinae met afliggende macula OS. Alnu is de retina aanliggend, visus stenopeïsch veel hoger dan preoperatief, oogdruk is goed. Tevens sicca beeld, langer mee bekend, gebruikt geen lubricantia.

Beleid

Hypromellose s.c. 4ddl ODS proberen.
Advies: warme compressen + babyshampoo.

Destijds is patiënt via collega (...) naar ons verwezen. Wij hebben echter van patiënt begrepen dat er naar uw kliniek terugverwezen dient te worden. Wij verwijzen patiënt dan ook gaarne terug naar uw kliniek. (...)"

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 juli 2019 aan verzoeker meegedeeld een vergoeding te verlenen van € 1.750,18 per oog, wat neerkomt op totaal € 3.500,36.

3.5. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 februari 2020 meegedeeld:

"(...) De DBC die op de aanvraag staan van Ahaus hebben zij aangehouden om de vergoeding te bepalen. De DBC zp 070401008 is voor de operatie gebruikt en de DBC zp 079799020 is voor de injectie gebruikt. De totale maximale vergoeding waar [verzoeker] recht op heeft is € 1750,80 per oog. Deze maximale vergoeding staat in de goedkeuring met zorgvoornemenummer 3414233.

De nota's van de Augenkliniek Ahaus van totaal € 2881,78 hebben wij volledig aan [verzoeker] betaald. Wij hebben een bedrag van € 125,86 ingehouden op het verplicht eigen risico 2019. Per oog heeft de Augenkliniek € 1.290,89 in rekening gebracht.

Torische lenzen

Voor de nota's van de torische lenzen is geen zorgproduct vastgesteld. De torische lenzen van € 1200 per oog zijn verzekerde zorg bij afwijkingen >-4.5. Bij [verzoeker] is dit >3.0 en 4.0. [Verzoeker] voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding omdat de aandoening met een bril kan worden gecorrigeerd. Als men de plaatsing van de torische lenzen uitvoert bij de staaroperatie dan worden extra kosten hiervoor niet in rekening gebracht als er wordt voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding torische lenzen. Deze kosten maken dan onderdeel uit van de DOT. [Verzoeker] voldoet niet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van de torische lens. De plaatsing is ook geen onderdeel van de cataractoperatie.

Aanvullende vergoeding

Wat kunnen wij nog betekenen voor [verzoeker]? Meneer heeft een machtiging voor de cataractoperatie voor een totaal bedrag van € 3500,36. [Verzoeker] heeft voor deze operatie maximaal een vergoeding van € 2581,78 ontvangen. Wij zijn bereid het verschil van € 918,58 aan [verzoeker] eenmalig en onverplicht tegemoet te komen en zo het maximale gemachtigde bedrag aan hem te vergoeden. Dit betekent niet dat wij een akkoord geven voor de plaatsing van de torische lenzen.

Conclusie

De afwijzing van de torische lenzen handhaven wij. Wij zijn bereid [verzoeker] eenmalig onverplicht financieel tegemoet te komen in het verschil van het maximale bedrag van de machtiging € 3500,36 en de tot nu toe verstrekte vergoeding van € 2581,78. Dit is een bedrag van € 918,58. (...)"

3.7. De gemachtigde van verzoeker heeft bij brief van 28 februari 2020 verklaard:

"(...) IZZ heeft echter geen nieuwe informatie aangeleverd. In haar brief - die u als bijlage heeft bijgevoegd - ziet cliënt geen reactie op de door hem aangevoerde, hierna nogmaals uitgeschreven, argumenten waarom de lenzen volledig vergoed zouden moeten worden:

- Toepassing van het Standpunt torische lenzen bij staar met astigmatisme van het Zorginstituut d.d. 17 juni 2014 in casu leidt tot een onredelijke en onbillijke uitkomst;
- Van een patiënt niet verwacht kan worden dat hij opteert voor een minder goede lens, terwijl er een betere, geschiktere lens voorhanden is;
- De ingreep vanuit het kostenperspectief bezien wel degelijk doelmatig is. Door deze lens worden toekomstige zorgkosten bespaard.

Cliënt verzoekt de geschillencommissie van de SKGZ primair om IZZ te veroordelen tot vergoeding van de kosten van de torische lenzen ter hoogte van € 2.400,-. Subsidiair verzoekt cliënt de geschillencommissie van de SKGZ IZZ te veroordelen tot vergoeding van ten minste de waarde van reguliere lenzen, te weten hoogte van € 1.200,-. IZZ biedt een lager bedrag dan gevorderd. Bovendien hecht cliënt waarde aan een inhoudelijke toets. Daarom verzoekt cliënt om een verdere inhoudelijke behandeling. (...)"

3.8. Bij brief van 31 maart 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) **Torische lenzen**

In het standpunt 'torische lenzen bij staar met astigmatisme' van het Zorginstituut van 2014 wordt geconcludeerd:

"Slechts enkele patiëntcategorieën zijn voor de behandeling van staar met astigmatisme aangewezen op het implanteren van torische intra-oculaire lenzen, namelijk patiënten voor wie een bril of contactlenzen geen oplossing vormen. Dat geldt in principe voor patiënten met een astigmatisme sterker dan 4,5D en patiënten met keratoconus dat voldoet aan een

stageringscriterium (Krumeich klasse 1 of 2). Voor alle overige patiënten geldt deze behandeling wel als effectief, maar niet als medisch noodzakelijk. Zij zijn er daarom niet op aangewezen. (...)"

Verzoeker is van mening dat de lenzen volledig vergoed zouden moeten worden. Toepassen van het standpunt leidt volgens hem tot onredelijke en onbillijke uitkomst. Verzoeker ontkent niet dat hij niet voldoet aan deze voorwaarden. De behandelend oogarts in Duitsland heeft aangegeven aan dat sprake is van astigmatisme rechts C -3,25D en links C -4,00D. Conform het standpunt kan verzoeker volstaan met een bril of contactlenzen die ook niet voor vergoeding in aanmerking zouden komen. Verzoeker is daarom niet redelijkerwijs aangewezen op torische lenzen. Vergoeding ten laste van de basisverzekering is dan ook niet mogelijk. Het standpunt is nog steeds geldend.

DBC zorgproductcodes

De adviestaak van het Zorginstituut beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding.

De door verweerder toegepaste DBV zorgproductcode 070401008 (Staaroperatie bij een ziekte van de ooglens 17A385) lijkt passend. En, alhoewel er geen een aparte zorgvraag lijkt te zijn is DBC zorgproductcode 079799020 (Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog 15B617) passend bij de gegeven dexamethason injectie.

Het advies

Het Zorginstituut heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Gelet op het bovenstaande adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek voor zover dat ziet op de vergoeding van torische lenzen ten laste van de basisverzekering. Verder merkt het Zorginstituut op dat de door verweerder toegepaste DBC zorgproductcodes passend lijken. (...)"

3.9. Bij brief van 16 juni 2020 heeft het Zorginstituut over verzoekster 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.

Naar aanleiding van het verslag van de hoorzitting merkt het Zorginstituut het volgende op. Slechts enkele patiëntcategorieën zijn voor de behandeling van staar met astigmatisme aangewezen op het implanteren van torische intra-oculaire lenzen (IOLs), namelijk patiënten voor wie een bril of contactlenzen geen oplossing vormen. Dat geldt in principe voor patiënten met een astigmatisme sterker dan 4,5D en patiënten met keratoconus dat voldoet aan een stageringscriterium (Krumeich klasse 1 of 2).

Voor alle overige patiënten geldt dat zij een gelijkwaardig alternatief hebben in de vorm van een aanvullende bril of contactlens, en zij dus niet zijn aangewezen op torische IOLs. De plaatsing van torische IOLs is in hun geval niet aangewezen, omdat de plaatsing van torische lenzen aanzienlijk duurder is dan van niettorische lenzen.

Zoals ook in het voorlopig advies is aangegeven voldoet verzoeker niet aan de voorwaarden voor vergoeding van IOLs. Conform het standpunt kan verzoeker volstaan met een bril of contactlenzen die ook niet voor vergoeding in aanmerking zouden komen. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de torische lenzen volledig te vergoeden, dat wil zeggen tot een bedrag van € 2.400,-;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar ten minste de kosten van reguliere lenzen dient te vergoeden, dat wil zeggen een bedrag van € 1.200,-.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 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.

Zorgverzekering

6.2. Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de operatie de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.3. Tussen partijen is niet in geschil dat een cataractoperatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. De ziektekostenverzekeraar is voor de operatie uitgegaan van het op de nota vermelde DBC-zorgproduct met code 070401008. Deze code heeft als omschrijving: "*Standaard cataract operatie | Zonder VPLD | Oog lens (...) Staaroperatie bij een ziekte van de ooglens*". Het betreft een code uit het zogenoemde vrije segment, zodat hiervoor geen vast tarief bestaat. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de operatie een vergoeding verleend van totaal € 2.581,78.

6.4. Hetgeen partijen verdeeld houdt zijn de kosten van de torische lenzen. Hiervoor zijn door de oogarts twee aparte facturen opgesteld van elk € 1.200,-. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze nota's in eerste instantie afgewezen. Later heeft hij besloten hiervan coulancehalve € 918,58 aan verzoeker te vergoeden. Dit is het verschil tussen het bedrag dat hij voor zijn naturaverzekeringen heeft afgesproken voor een cataractoperatie met DBC-zorgproductcode 070401008 en het bedrag dat aan verzoeker is uitgekeerd. Verzoeker is echter van mening dat hij aanspraak heeft op vergoeding van het totale bedrag van € 2.400,- dan wel de helft daarvan, namelijk € 1.200,-. Dit laatste bedrag is volgens hem het bedrag dat hij had moeten betalen voor reguliere lenzen.

6.5. De commissie overweegt dat plaatsing van een monofocale lens in valt onder het DBC-zorgproduct voor een cataractoperatie. Deze ingreep wordt ook met één bedrag in rekening gebracht. Er bestaan

wel codes voor de meerkosten van een multifocale lens of een torische lens. Deze mogen echter alleen in rekening worden gebracht als hiervoor een verzekeringsindicatie bestaat.

Voor torische lenzen geldt dat deze voor vergoeding in aanmerking komen als sprake is van een astigmatisme sterker dan 4,5 dioptrie of een keratoconus van Krumeich klasse 1 of 2. Vast staat dat verzoeker niet aan deze criteria voldoet. Daarom heeft hij alleen aanspraak op vergoeding van het bedrag voor de cataractoperatie, al dan niet met plaatsing van monofocale lenzen.

Verzoeker heeft geen aanspraak op een hoger bedrag dan het bedrag van de nota. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie per oog € 1.290,89 vergoed.

Uiteindelijk heeft hij besloten alsnog het door hem gemachtigde bedrag van € 1.750,80 per oog te vergoeden. Hierin zijn de operatie en plaatsing van monofocale lenzen begrepen.

Verzoeker heeft aangevoerd dat € 1.750,80 niet voldoende is om de kosten van de operatie en een monofocale lens te dekken. Volgens hem kost een monofocale lens € 600,-- per oog. Hij heeft deze stelling echter niet onderbouwd, zodat hij geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 1.750,80 per oog, ten laste van de zorgverzekering.

- 6.6. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de beslissing de torische lenzen niet te vergoeden in strijd is met de redelijkheid en billijkheid. Hij heeft echter niet onderbouwd waarom het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is als de kosten van torische lenzen geheel of gedeeltelijk voor zijn rekening blijven. De ziektekostenverzekeraar kan ook niet tegemoet komen aan de wens van verzoeker om een bedrag te vergoeden gelijk aan de kosten van reguliere lenzen. De zorgverzekering voorziet niet in die mogelijkheid.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor torische lenzen, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde

- embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en 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 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

Bij een gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige. Kraamzorg als onderdeel van integrale geboortezorg mag worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO). Meer informatie over integrale geboortezorg vindt u in artikel 14.1, Verloskundige zorg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisaties vindt u op onze website.

Extra informatie

Maakt u gebruik van een niet-gecontracteerde kraamverzorgende of verpleegkundige? Stuur u dan bij de nota voor kraamzorg een kopie mee van:

- De indicatiestelling volgens het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP) en
- Het diploma kraamverzorgende als de kraamzorg is verleend door een kraamverzorgende.

U kunt kopieën opvragen van deze documenten bij uw kraamzorgorganisatie en/of bij de zelfstandig werkende kraamverzorgende of verpleegkundige.

Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in uw zorgverzekering?

Bevalling en kraamzorg thuis	
Bevalling thuis	Ja.
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,40 per uur.
Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Ja.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,40 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.
Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 215 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is 2 x € 125: € 250 per dag Af: eigen bijdrage is 2 x € 17,50: € 35 per dag <hr/> € 215 per dag
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 215 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	Ja. De eigen bijdrage is € 370,73 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,40 per uur.

Medische noodzaak

Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Artikel 15. 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
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur
- 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 2019 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 2021 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 juli 2021 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.

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)