



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, bril- en lensintolerantie, telefonisch toezegging  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,  
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019 en 2020  
Zaaknummer : 202000869  
Zittingsdatum : 16 december 2020

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

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 17 juni 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 26 augustus 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 21 september 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020037041) aan de commissie geadviseerd nader onderzoek te (laten) doen. In dat kader dient te worden onderzocht of bij verzoeker sprake is van:
  - volstrekte brilintolerantie volgens de voorwaarden van de Circulaire refractiechirurgie, en
  - contactlensintolerantie volgens de voorwaarden van de Circulaire refractiechirurgie.
- 2.4. Een kopie van het advies van het Zorginstituut is op 25 september 2020 aan partijen gestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in de begeleidende brief gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 28 oktober 2020 per brief de uitkomst van het nader onderzoek meegedeeld. Een kopie van deze reactie is op 3 november 2020 aan verzoeker gezonden. Verzoeker is hierbij in de gelegenheid gesteld op het betreffende stuk te reageren. Op 6 november 2020 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De reacties van 28 oktober 2020 en 6 november 2020 zijn op 9 november 2020 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met de vraag een voorlopig advies uit te brengen. Op 18 november 2020 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 23 november 2020 aan partijen gestuurd, waarna verzoeker op 2 december 2020 per e-mail heeft gereageerd. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 2.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2020 gehoord.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de e-mail van verzoeker van 2 december 2020 zijn op 21 december 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 21 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie zijn definitief advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 22 januari 2021 aan partijen gezonden die daarbij in de gelegenheid zijn gesteld op het advies te reageren. Op 28 januari 2021 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 3 (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. De behandelend oogarts heeft op 6 december 2019 per brief over verzoeker verklaard:

*"Reden van komst:  
Astenoïsche klachten bij hoge hypermetropie*

*Anamnese :*

*Heeft maximale sterkte CL geprobeerd, hiermee kon hij rustiger en beter zien dan met maximaal sterkte in een bril.*

*Maar kreeg rode, jeukende en branderige ogen van de lenzen, en linker lens viel er ook steeds uit. Cl specialist concludeerde intolerantie voor lenzen .*

*Hoofdpijn is met maximaal sterke lenzen wel weg , moeheid in de ogen ook, en kan de kleinste lettertjes lezen .*

*Deze sterkte in een bril echter word niet verdragen , raar en naar gevoel in ogen en hoofd.*

*Een lagere sterkte geeft weer hoofdpijn en moeheid en leesklachten.*

*(...)*

*Onderzoek :*

*Visus OD ec 0.7 refr 0.8 OSec0.8 refr 0.9*

*Refractie ; OD S+2.75 C-0.50 x 15 OS S+2.50 C -0.75 x 165*

*Cyclometing OD S+4.50 C-0.50 x 20 OS S+3.75 C-0.75 x 165*

*Tensie OD NCT 15 OS NCT 16 mmHg*

*pachymetrie 0.476 mm beide ogen*

*Spleetlamp :*

*oogleden zonder afwijkingen, heldere corneae, diepe voorste oogkamers, heldere lenzen, os temporale rand cornea op de conjunctiva een soort pingueculum. naevus, zit daar al jaren al vanaf kleins af aan , OS > OD rode conjunctivae , conjunctivae follicels , allergisch aspect*

*Fundoscopie :*

*maculae en papillen gb*

*Conclusie :*

*1. accommodatie spasme in de loop van de dag en de week met bril, sterkere bril word niet verdragen*

*2. accommodatie probleem met maximaal sterke lenzen wel over, maar intolerant voor lenzen cq allergie.*

*3 voorstel cl specialist : implant lenzen., meneer geïnformeerd bij eigen verzekering, word vergoed als verwezen door oogarts."*

3.3. Op 6 december 2019 heeft de arts van het ZBC verzoeker verwezen voor een lensimplantatie beiderzijds. Dit vanwege een aanwezige bril- en lensintolerantie. Een en ander wordt bemoeilijkt doordat verzoeker last heeft van een zogenoemd bloemkoolroosje dat steeds groter wordt. Verzoeker heeft telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar, en in vervolg hierop heeft hij gevraagd de refractiechirurgie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft zowel op 16 als op 20 maart 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van refractiechirurgie niet worden vergoed.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 31 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 18 november 2020 heeft het Zorginstituut het volgende geconcludeerd:

*"Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van volstreekte brilintolerantie op basis van een (objectieveerbare) medische oorzaak. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op refractiechirurgie ten laste van de basisverzekering."*

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde lensimplantatie moet vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

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

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) 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 voert aan dat hij door de arts van het ZBC is verwezen voor een lensimplantatie. Dit omdat bij hem sprake is van een bril- en contactlensintolerantie. Volgens de behandelend oogarts kampt verzoeker met astenopische klachten bij hoge hypermetropie. Met contactlenzen kon verzoeker weliswaar rustiger en beter zien dan met maximale sterkte in een bril, maar hij kreeg hierbij rode, jeukende en branderige ogen en de linker lens viel er steeds uit. Het dragen van een bril is voor verzoeker geen goed alternatief, omdat hij van een bril met sterke glazen een raar en naar gevoel in zijn hoofd en ogen krijgt. Volgens de oogarts heeft dit te maken met een accommodatieprobleem. Bijkomend probleem is dat verzoeker een bloemkoolroosje in het linker oog heeft dat groeit.

Vanwege de verwachte kosten heeft verzoeker zowel op 17 januari 2020 als op 17 februari 2020 telefonisch contact gehad met verschillende, met name genoemde medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens beide contactmomenten is aan hem meegedeeld dat de kosten volledig ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

6.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij een aanvraag heeft ontvangen voor refractiechirurgie. Voor deze vorm van zorg heeft Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) een circulaire opgesteld, waarnaar wordt verwezen. Bij verzoeker is met name niet gebleken dat sprake is van een contactlensintolerantie en een volstreekte brilintolerantie.

In vervolg op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 21 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar bij de twee oogartsen van verzoeker informatie opgevraagd. Zij gaven aan dat een volstreekte brilintolerantie op basis van astenopische klachten bestaat.

Aangezien astenopische klachten veel voorkomen, en deze ook een gevolg kunnen zijn van niet-ooggerelateerde oorzaken, is aan deze beide oogartsen gevraagd of zij dit verder konden onderbouwen, deze klachten konden objectiveren en relateren aan de oogafwijkingen. Ook is aan hen gevraagd om een onderbouwing van de contactlensintolerantie met behulp van de bekende vragenlijst. Er bleek geen ingevulde vragenlijst beschikbaar aangaande de contactlensintolerantie, maar de verwijzend oogarts had wel aanwijzingen voor een dergelijke intolerantie. De oogartsen konden de brilintolerantie niet objectiveren. De gegeven antwoorden maken dat de ziektekostenverzekeraar geen reden ziet zijn eerdere afwijzende beslissing te herzien.

Voor zover verzoeker stelt dat hem bij twee gelegenheden een telefonische toezegging is gedaan, stelt de ziektekostenverzekeraar dat uit de gemaakte notities niet kan worden opgemaakt wat er besproken is, enkel dat verzoeker heeft gevraagd naar de vergoeding van kunstoflenzen. In dit soort situaties oordeelt de ziektekostenverzekeraar altijd in het voordeel van de verzekerde. Dit betekent dat het voor mogelijk wordt gehouden dat aan verzoeker onjuiste informatie is gegeven. Een en ander leidt echter niet tot een vergoeding omdat de gemaakte fout daarna tijdig is hersteld.

- 6.4. De commissie overweegt dat het Zorginstituut op 25 augustus 2008 een standpunt heeft uitgebracht over refractiechirurgie. Conclusie van dit standpunt is dat een verzekerde hierop aanspraak heeft als de refractieafwijkingen niet met een bril kunnen worden gecorrigeerd én de verzekerde geen contactlenzen kan verdragen. Aansluitend op dit standpunt hebben ZN en het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) nadere afspraken gemaakt en voorwaarden geformuleerd. Deze zijn gepubliceerd in de door de ziektekostenverzekeraar overlegde circulaire van 4 mei 2016 van ZN. Voor de duidelijkheid merkt de commissie op dat deze circulaire en de hierin opgenomen adviezen niet bindend zijn. Dit staat er niet aan in de weg dat de commissie in individuele gevallen de circulaire hanteert wanneer dat haar passend en doeltreffend voorkomt bij de beoordeling van verzoeken van individuele verzekerden tot verstrekking of vergoeding van refractiechirurgie, zoals in de situatie van verzoeker.
- 6.5. In de hiervoor genoemde circulaire is vermeld dat aanspraak kan worden gemaakt op refractiechirurgie bij:
- myopie van ten minste -10D met contactlensintolerantie,
  - anisometropie van ten minste 4D met contactlensintolerantie,
  - hypermetropie van ten minste 6D met contactlensintolerantie, of
  - astigmatisme van ten minste 4,5D met contactlensintolerantie.
- Daarnaast staat in de circulaire dat ook als niet wordt voldaan aan bovengenoemde criteria aanspraak kan bestaan. Dit is aan de orde als zich in uitzonderingsgevallen bijzondere indicaties voordoen. Als voorbeeld van deze uitzonderingsgevallen wordt een volstrekte brilintolerantie bij gebleken contactlensintolerantie genoemd (zoals allergische aandoeningen, neusbrugafwijkingen, oorafwijkingen).
- 6.6. Bij verzoeker is sprake van hypermetropie. Bij onderzoek is de refractie rechts S +2.75 C -0.50 x 15 en links S +2.50 C -0.75 x 165; bij cyclometing rechts S +4.50 C -0.50 x 20, links S +3.75 C -0.75 x 165. Hieruit volgt dat de refractieafwijking van de beide ogen van verzoeker minder is dan 6 dioptrie (6D), waardoor hij niet voldoet aan de voorwaarden zoals deze zijn genoemd in de circulaire ten aanzien van hypermetropie. De andere, met name genoemde indicaties zijn bij verzoeker niet aan de orde.
- 6.7. Wat betreft de vraag of bij verzoeker mogelijk sprake is van een uitzonderingsgeval - te weten een contactlensintolerantie én een volstrekte brilintolerantie, hetgeen een indicatie zou kunnen zijn voor refractiechirurgie -, geldt het volgende.
- In de circulaire van ZN wordt een contactlensintolerantie gedefinieerd als "een tijdelijke of blijvende reactie met oogklachten gerelateerd aan het dragen van contactlenzen, ontstaan uit verminderde compatibiliteit/acceptatie tussen contactlens en oog omgeving, hetgeen kan leiden tot verkorte draagduur en staken van het dragen van de lenzen." Of hieraan wordt voldaan wordt beoordeeld aan de hand van verschillende criteria. Op 20 en 28 oktober 2020 hebben de aanvragend en de verwijzend oogarts verklaringen afgelegd. Uit deze verklaringen volgt volgens het Zorginstituut dat

bij verzoeker sprake is van een contactlensintolerantie. De ziektekostenverzekeraar heeft deze conclusie niet gemotiveerd weersproken zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat bij verzoeker een contactlensintolerantie bestaat.

- 6.8. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat bij hem tevens sprake is van een volstrekte brilintolerantie op basis van astenop(isch)e klachten. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, komen dergelijke klachten vaker voor en hoeven deze niet ooggerelateerd te zijn, hetgeen bijvoorbeeld kan gelden voor de hoofdpijnklaften. Hiernaar gevraagd, hebben de beide oogartsen aanvullend verklaard dat de hoofdpijn en moeheid in de ogen bij contactlensgebruik met maximaal sterke lenzen verdwenen. Verzoeker heeft echter een contactlensintolerantie en een bril met sterke glazen wordt door hem niet verdragen. Deze veroorzaakt een "raar gevoel in de ogen en hoofd". Een lagere brilsterkte veroorzaakt hoofdpijn, moeheid en leesklachten. Uit het voorgaande volgt dat verzoeker blijkbaar klachten ervaart bij het dragen van een bril met de juiste sterkte. Daarmee kan echter nog niet worden gesproken van een volstrekte brilintolerantie. In de circulaire worden in dat verband oorafwijkingen, neusbrugafwijkingen en allergische klachten als oorzaak genoemd. Deze zaken spelen bij verzoeker niet en de verklaringen van de beide oogartsen bieden hiervoor ook geen aanknopingspunten. Daarom kan niet worden gesproken van een uitzonderingsgeval als bedoeld in de circulaire. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van refractiechirurgie in de vorm van lensimplantatie ten laste van de zorgverzekering.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekeraar biedt geen dekking voor refractiechirurgie zodat het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Telefonische toezegging**

- 6.10. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij op 17 januari 2020 en 17 februari 2020 met verschillende, met name genoemde medewerkers van de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact heeft gehad. Tijdens deze twee contacten hebben de betreffende medewerkers volgens verzoeker verklaard dat de kosten van refractiechirurgie volledig worden vergoed. Het enige voorbehoud dat is gemaakt, is dat sprake moet zijn van contactlensintolerantie. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat van het gesprek met verzoeker op 17 januari 2020 geen gespreksnotitie is gemaakt. Uit de notitie van het op 17 februari 2020 gevoerde gesprek valt niet op te maken dat aan verzoeker een toezegging is gedaan. De ziektekostenverzekeraar erkent dat dit mogelijk wel is gebeurd, maar verbindt hieraan geen financiële consequenties. Een en ander is op 16 en 20 maart 2020 rechtgezet, en verzoeker had toen nog geen kosten gemaakt voor de refractiechirurgie.
- 6.11. In het algemeen geldt, dat het lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan tijdens een telefoongesprek, te reconstrueren. Nu verzoeker zich beroept op mededelingen die tijdens de gesprekken op 17 januari 2020 en 17 februari 2020 zijn gedaan, is het aan hem om aannemelijk te maken dat de gesprekken hebben plaatsgevonden en dat aan hem, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, van de zijde van de ziektekostenverzekeraar een eenduidige en ongeclausuleerde toezegging is gedaan. Onderscheid dient hierbij te worden gemaakt tussen het gesprek op 17 januari 2020 en dat op 17 februari 2020. Met betrekking tot het gesprek op 17 januari 2020 is namelijk door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij hiervan geen telefoonnotitie heeft gemaakt. Door verzoeker is niet nader onderbouwd dat hij op 17 januari 2020 met de ziektekostenverzekeraar heeft gesproken. Daarom staat niet vast dat op 17 januari 2020 telefonisch contact heeft plaatsgevonden, laat staan dat in het betreffende gesprek een telefonische toezegging is gedaan.
- 6.12. Anders is dit voor het op 17 februari 2020 gevoerde telefoongesprek. Omdat de ziektekostenverzekeraar van dit gesprek wél een notitie heeft gemaakt, staat vast dat verzoeker op genoemde datum met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft gesproken.

Vervolgens is de vraag of in het betreffende gesprek, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een eenduidige en ongeclausuleerde toezegging is gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft van het gesprek de volgende notitie gemaakt:

*"Wat krijg ik vergoed voor een staaroperatie, ooglaserbehandeling of lensimplantatie"*

- 6.13. Hoewel dit uit de notitie zelf niet valt op te maken, is door de ziektekostenverzekeraar, daarnaar ter zitting gevraagd, bevestigd dat verzoeker een toezegging is gedaan. De ziektekostenverzekeraar verbindt hieraan echter niet de consequentie dat de kosten van refractiechirurgie moeten worden vergoed, dit omdat hij (i) de op 17 februari 2020 gedane toezegging nadien heeft herroepen en (ii) verzoeker ten tijde van die herroeping op 16 en 20 maart 2020 nog geen kosten had gemaakt. De commissie overweegt dat een toezegging alleen kan worden herroepen als deze is gedaan op basis van een onjuiste voorstelling van zaken door verzoeker. Met andere woorden dat de ziektekostenverzekeraar bij een juiste voorstelling van zaken een ander, negatief, antwoord had gegeven. Om dit te achterhalen is van belang te weten te komen wat tijdens het telefoongesprek op 17 februari 2020 is besproken en hoe verzoeker zijn zaak daar heeft gepresenteerd. Vast staat dat dit gesprek door de ziektekostenverzekeraar werd opgenomen, en dat die opname op een later tijdstip, in verband met de geldende privacywetgeving, is vernietigd. In dit verband merkt de commissie op dat tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar eind maart 2020 discussie is ontstaan over de inhoud van het gevoerde telefoongesprek. De geluidsopnames - die hierover duidelijkheid hadden kunnen bieden en toen nog beschikbaar waren - zijn nadien door de ziektekostenverzekeraar vernietigd. Hierdoor is verzoeker in bewijsnood gekomen. Het was voor hem toen immers niet meer mogelijk aan te tonen dat de toezegging werd gedaan op basis van een onjuiste voorstelling van zaken zijnerzijds. De commissie neemt om die reden als vaststaand aan dat van dit laatste geen sprake is geweest, waarmee het dan voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk was terug te komen op zijn toezegging. Hij dient daarom de gedane toezegging na te komen en de kosten van de refractiechirurgie te vergoeden.

- 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) de kosten van refractiechirurgie moet vergoeden, en
- (ii) het entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet vergoeden.

Zeist, 2 februari 2021,

L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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



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 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:

- 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 fysicus audioloog, 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. Brengt de gynaecoloog aangesloten bij de IGO voor verloskundige zorg een apart tarief in rekening op grond van een NZa-beleidsregel? Dan vergoeden wij de nota tot maximaal de in Nederland geldende marktprijs.

#### **Let op**

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### 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 of kaakchirurg.

### Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst 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 voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

- Oogheelkunde:** Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.
- KNO-heelkunde:** Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- Heelkunde:** Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- Dermatologie:** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

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.

### Let op

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

---

### Extra informatie

1. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
2. 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 16. Revalidatie

### 16.1. Revalidatie

#### Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

## **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 gehemeltespelten, 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.