



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Medisch-specialistische zorg, weigering vergoeding knieoperatie, schadevergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv

Zaaknummer : 202001799

Zittingsdatum : 28 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (Prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
- hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 25 februari 2021 heeft verzoeker per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 26 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 27 mei 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 28 juli 2021 gehoord.
- 2.4. Na de hoorzitting heeft verzoeker nog een e-mail aan de commissie gezonden over kwesties die niet tijdens de zitting zijn besproken.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZieZo Selectief (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker had veel klachten aan zijn knieën. Hij heeft daarom in 2018 een orthopedisch chirurg geconsulteerd.
- 3.3. De behandelend orthopedisch chirurg heeft op 1 mei 2018 per brief over verzoeker verklaard:

**“Reden consult**  
*knieklachten li > re*

**Anamnese**

*komt uit Hongarije al 45 jaar hier. heeft veel pijn in de knieën, van huisarts een injectie gehad in de linker knie , ging 50% beter, maar de glucose waarden ging teveel omhoog.  
Loopt normaal gesproken met kinderwagen (met kleinkinderen) als rollator.  
Klachten zijn al 20 jaar zo, maar nu steeds erger  
startstijfheid +, nachtpijn -  
Doet alles wat hij wil, maar soms wel pijnlijk. Heeft leren leven met de pijn. moet nog 1 jaar werken tot pensioen, wil dit volmaken.  
Heeft zelf brace gekocht voor de knie, helpt wel iets  
Soms wat instabiel. slotklachten -*

*werk: programmeur, lopen en zitten  
vg/  
obesitas*

**Lichamelijk onderzoek**

*140 kg, 173 cm, BMI 48 varus been as, morbide obese man, waggelend looppatroon  
heup li: soepele pijnvrije rotaties  
Knie li: Knie li hydrops +, flex/ext 100-5-0 (beperkt door omvang benen),  
MCL en LCL goed, VSL en lachman -, MGS +, lgs -*

**Aanvullend onderzoek**

*x-knie bdz: ernstige mediale en patellafemorale arthrose bdz*

**Conclusie**

*gonarthrose li en re bij morbide obese patiënt*

**Beleid**

*Nu geen mogelijkheden tot operatief ingrijpen gezien hoge BMI, dit ook met patiënt besproken en geadviseerd om gewicht te verliezen. Aangezien patiënt ook niet goed tegen injectie met kenacort kan hebben we nu afgesproken om hyaluronzuur te proberen met een valgiserende brace. Indien dit links goed bevalt valt dit voor rechts ook te proberen”*

- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd van zijn beslissing om de operatieve behandeling van de rechterknie niet te vergoeden. Op 15 juli 2020 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij geen aanvraag heeft ontvangen voor een ingreep aan de desbetreffende knie. Er is dan ook geen sprake van het afwijzen van een aanvraag.

4. Geschil

- 4.1. Daarnaast door de commissie bij gelegenheid van de hoorzitting nog eens nadrukkelijk gevraagd, heeft verzoeker aan de commissie verzocht te beslissen dat:

(i) de zorgverzekeraar ten onrechte heeft geweigerd de operatieve behandeling van zijn rechterknie te vergoeden;  
(ii) de zorgverzekeraar aan hem een bedrag van € 100.000,- moet betalen als schadevergoeding.

- 4.2. De zorgverzekeraar 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 18 van de algemene 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 en artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Standpunt verzoeker**

- 6.2. Verzoeker is in 2018 in het ziekenhuis geopereerd aan zijn linkerknie. Hij had echter ook klachten aan zijn rechterknie. Met de behandelend arts had hij afgesproken dat eerst de linkerknie zou

worden gedaan, en dat na de vakantie de rechterknie zou worden geopereerd. Vervolgens vernam hij van het ziekenhuis dat de zorgverzekeraar de operatie aan de rechterknie niet zou vergoeden, met als reden dat het ziekenhuis niet door hem was gecontracteerd.

Doordat verzoeker niet kon worden geopereerd aan zijn rechterknie, is hij kreupel geworden. Hij kon daardoor zijn werk als zelfstandige niet langer verrichten. Hierdoor had hij vanaf 1 augustus 2018 geen inkomsten meer. Pas met ingang van 1 december 2019 had hij weer inkomsten, omdat hij vanaf die datum een AOW-uitkering kreeg. Verzoeker schat de misgelopen inkomsten over deze periode op € 75.000,--. Daarnaast heeft hij zijn woning met verlies moeten verkopen en heeft hij schulden gemaakt om zijn vaste lasten te betalen. Deze schulden bedragen ongeveer € 25.000,--. Hij vordert daarom een schadeloosstelling van € 100.000,-- van de zorgverzekeraar.

### **Standpunt zorgverzekeraar**

- 6.3. De zorgverzekeraar stelt dat hij geen aanvraag heeft ontvangen voor een operatie aan de rechterknie van verzoeker. Er is dus ook geen sprake van een afwijzing. Daarbij hoefde voor de ingreep geen toestemming te worden gevraagd.

De zorgverzekeraar denkt dat sprake is van een misverstand. Het betreffende ziekenhuis is inderdaad niet door hem gecontracteerd. Als gevolg daarvan zijn de kosten van de behandeling aan de linkerknie niet volledig vergoed. Het deel van de nota dat niet is vergoed, is door het ziekenhuis bij verzoeker in rekening gebracht. Mogelijk denkt verzoeker om die reden dat een aanvraag voor de operatie aan zijn rechterknie werd ingediend en dat deze is afgewezen.

Ten aanzien van de gevorderde schadevergoeding voert de zorgverzekeraar aan dat hij zich tegenover verzoeker niet schuldig heeft gemaakt aan een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van een verbintenis. De zorgverzekeraar heeft immers, anders dan door verzoeker is gesteld, de operatie aan de rechterknie van verzoeker niet afgewezen. Daarom is een schadevergoeding volgens de zorgverzekeraar niet aan de orde.

### **Overwegingen**

#### *Weigeren behandeling van de rechterknie*

- 6.4. Op grond van artikel 30 ('verzekerde zorg basisverzekeringen') van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch-specialistische zorg.

Verzoeker heeft aangevoerd dat de zorgverzekeraar de aanvraag voor de behandeling aan zijn rechterknie heeft afgewezen. De zorgverzekeraar heeft daartegenover gesteld dat hij geen aanvraag heeft ontvangen, en dat bovendien geen toestemming hoeft te worden gevraagd voor de desbetreffende behandeling.

De commissie heeft verzoeker, bij brief van 26 februari 2021, gevraagd om toezending van een document waaruit blijkt dat de zorgverzekeraar de vergoeding van de ingreep aan zijn rechterknie heeft geweigerd. Hierop heeft de commissie niets van verzoeker mogen ontvangen. Evenmin is gebleken dat door of ten behoeve van verzoeker een aanvraag is ingediend bij de zorgverzekeraar voor een operatie aan de rechterknie van verzoeker. Aangezien niet is gebleken dat een aanvraag is ingediend bij de zorgverzekeraar en/of dat de aanvraag is afgewezen door de zorgverzekeraar, kan niet worden geconcludeerd dat de zorgverzekeraar de behandeling aan de rechterknie heeft geweigerd.

Ter zitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat hij in mei 2021 – dus na indiening van de onderhavige klacht – is geopereerd aan zijn rechterknie en dat bij hem in dit verband een eigen risico in rekening is gebracht van € 385,--. Dit maakt het vorenstaande niet anders. De vraag of en, zo ja, tot welk bedrag de zorgverzekeraar deze operatie vergoedt, is, nu deze operatie in mei 2021

en dus na indiening van de onderhavige klacht plaatsvond, in deze procedure niet aan de orde en wordt dan ook onbesproken gelaten.

#### *Schadevergoeding*

- 6.5. De commissie kan op grond van artikel 15.3 van haar reglement een vergoeding toekennen voor materiële schade.

Een verplichting van de zorgverzekeraar tot – de door verzoeker gevorderde – schadevergoeding kan voortvloeien uit (i) de zorgverzekeringsovereenkomst tussen verzoeker en de zorgverzekeraar, meer in het bijzonder doordat laatstgenoemde is tekortgeschoten in de nakoming van een of meer verplichtingen jegens de verzoeker, dan wel (ii) de wet, meer in het bijzonder doordat de zorgverzekeraar jegens verzoeker onrechtmatig heeft gehandeld. Van het een noch het ander is in het aan de commissie voorgelegde geval sprake.

Verzoeker legt aan zijn verzoek ten grondslag dat de zorgverzekeraar een aanvraag voor een operatie aan de rechterknie ten onrechte heeft afgewezen en dat dit heeft geleid tot de door hem gestelde schade. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat een verzoek als door hem bedoeld aan de zorgverzekeraar is verzonden en deze heeft bereikt. Reeds hierom kan van een tekortschieten door de zorgverzekeraar geen sprake zijn, terwijl evenmin sprake is van een onrechtmatig handelen van de zorgverzekeraar en verzoeker ook geen andere feiten heeft gesteld die tot een dergelijk oordeel zouden moeten leiden.

Uit het voorgaande volgt dat een grondslag voor de verbintenis tot schadevergoeding ontbreekt.

- 6.6. Zoals hiervoor reeds overwogen, heeft de door verzoeker aan de commissie voorgelegde klacht betrekking op (i) de operatie aan de rechter knie, en (ii) een schadevergoedingsvordering. Nadat de zitting was afgesloten, heeft verzoeker nog per e-mail andere kwesties onder de aandacht van de commissie gebracht die door de commissie als te laat worden aangemerkt en vanuit een oogpunt van hoor en wederhoor verder niet in behandeling worden genomen. Daartoe zal door verzoeker, zo nodig, een separate klachtprocedure moeten worden gevolgd.

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 augustus 2021,

A.I.M. van Mierlo

# BIJLAGEN



1. Polisvoorwaarden

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

## 29 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het doel van het verblijf is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

### Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

### Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
- 2 Wanneer uw verblijf is gestart op 1 januari 2018 of later, moet u als uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, voor de 60e dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatieve zorg. Bij de aanvraag voor toestemming dient uw zorgplan te worden toegevoegd.

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- b wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven;
- c wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

### Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker). Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website.

## 30 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a een ziekenhuis;
- b een zelfstandig behandelcentrum of
- c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbondenaan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) toegelaten instelling.

### De zorg bestaat uit:

- a medisch-specialistische zorg;
- b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

### Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts, arts-assistent, klinisch fysisch audioloog, verloskundige (alleen als het om verloskundige zorg gaat), de optometrist (alleen als het om oogzorg gaat) of een andere medisch specialist.
- 2 Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- 3 De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 4 Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- 5 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

**Let op!** In de volgende artikelen van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

Artikel 8	Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
Artikel 13	Audiologisch centrum
Artikel 17	Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
Artikel 20	Astmacentrum in Davos
Artikel 21	Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
Artikel 22	Mechanische beademing
Artikel 23	Thuisdialyse
Artikel 24	Transplantaties van organen en weefsels
Artikel 25	Plastische chirurgie
Artikel 26	Revalidatie
Artikel 31	Bevalling en verloskundige zorg
Artikel 32	IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
Artikel 34	Oncologieonderzoek bij kinderen
Artikel 40	Trombosedienst

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d behandelingen met sterilisatie als doel;
- e behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.





Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel 16 en 17 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

### Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandigbehandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker). Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website.

### Selectieve contractering ZieZo Selectief

**Let op!** Heeft u ZieZo Selectief? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 4.3.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor ZieZo Selectief een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker). Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website.

## Zwanger (worden)/baby/kind

### 31 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische indicatie (31.1) en geen medische indicatie (31.2).

#### 31.1 Met medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- verloskundige zorg door een medisch specialist. Daaronder valt ook zorg door een verloskundige in een ziekenhuis die onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist werkt;
- het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker). Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website.

#### 31.2 Zonder medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 34,- per verblijfsdag (€ 17,- voor de moeder en € 17,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 245,- per dag (€ 122,50 voor de moeder en € 122,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 34,- ook het bedrag dat boven de € 245,- per dag uitkomt;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker). Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website.

### 32 In-vitrofertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie

U heeft recht op IVF (32.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (32.2), sperma invriezen (32.3) en eicelvitricatie (32.4).

#### 32.1 IVF

Wilt u een IVF-behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

#### Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap

Een IVF-poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
- terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Pas als de follikelpunctie geslaagd is (fase b), tellen wij de poging mee. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's worden teruggeplaatst. Als dit niet tot





---

# 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 het Interimbesluit forensische zorg.
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 gehemeltespelen, 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.

## 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.