

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500001

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster.

en

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 30 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 13 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 februari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. De brief van 27 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025004482) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 april 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 22 respectievelijk 23 juli 2025 verklaard niet te willen worden gehoord

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Tand Sterk en OHRA Balans (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een behandeling in Alicante, Spanje, te weten een CAIRS-behandeling (Corneal Allogenic Intrastromal Ring Segments) gevolgd door een CXL crosslinking.
- 2.3. Bij brief van 16 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.5. Bij brief van 27 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde behandeling, te weten een CAIRS-behandeling gevolgd door een CXL crosslinking, uit te voeren in Alicante, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3.2. Bij brief van 15 januari 2025 heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar bij zijn beoordeling geen gebruik heeft gemaakt van de meest recente literatuur. Hij heeft zich gebaseerd op literatuur uit 2018 en 2023. In december 2023 en in 2024 zijn echter nog ten minste vijf relevante wetenschappelijke artikelen gepubliceerd, die de ziektekostenverzekeraar ten onrechte buiten beschouwing heeft gelaten.

Verzoekster heeft vergevorderde keratoconus en een contactlensintolerantie. Zonder lenzen is zij maatschappelijk blind. Hiervoor dient een oplossing te worden gevonden. Volgens de behandelend oogarts is de enige behandelmogelijkheid in Nederland een hoornvliestransplantatie (DALK of PKP). Deze behandeling heeft evenwel nadelen en kost veel geld. Verzoekster heeft in dit verband een verklaring van haar behandelend oogarts van 29 november 2024 overgelegd, waarin de kosten en effectiviteit van een hoornvliestransplantatie worden vergeleken met de aangevraagde behandeling in Spanje.

Verder heeft verzoekster het verschil tussen een CAIRS-behandeling en behandeling met INTACS (ICRS) (Intrastromale Corneale Ringsegmenten) toegelicht. Deze behandelingen kunnen met elkaar worden vergeleken. Echter, voor een behandeling met INTACS (ICRS) is een minimale dikte van het hoornvlies vereist, namelijk 449 microns. Bij vergevorderde keratoconus is het hoornvlies dunner dan deze minimale dikte en is een behandeling met INTACS (ICRS) niet mogelijk. In die gevallen kan worden gekeken naar een CAIRS-behandeling, omdat deze ook bij dunnere hoornliezen kan worden toegepast. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster een aantal wetenschappelijke artikelen overgelegd.

3.3. Volgens verzoekster heeft een andere zorgverzekeraar de CAIRS-behandeling in combinatie met een Bowman-Layer hoornvliestransplantatie ten behoeve van een verzekerde wel vergoed. Ter onderbouwing heeft zij hiervan stukken overgelegd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 29 november 2024 en 13 februari 2025 gesteld dat medisch specialistische behandelingen alleen ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed als een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het moet duidelijk zijn dat de behandeling in kwestie ook de meest passende is. Anders gaat het om een zogenoemde ondoelmatige behandeling. Een ondoelmatige behandeling komt niet voor vergoeding in aanmerking. Verder dient de behandeling te voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’. Dit betekent dat er voldoende bewijs moet zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is. Hierbij wordt gekeken naar alle beschikbare nationale en internationale wetenschappelijke informatie. Het uitgangspunt bij de beoordeling of de zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, is dat het niveau van bewijs hoog is dat de behandeling voldoende beproefd is. In dat verband wordt nagegaan hoe de internationale medische wetenschap tegenover een bepaalde behandeling staat. Behandelingen die niet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ maken geen deel uit van het verzekerde

pakket. Uit artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekeringen volgt namelijk dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten. Dit is in vergelijkbare zin opgenomen in artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of de voorgestelde zorg voldoet aan de geldende voorwaarden en voor vergoeding in aanmerking komt. Dit is een andere vraag dan de vraag of een verzekerde daadwerkelijk is geholpen met de voorgestelde zorg. Bij de beoordeling of de aangevraagde zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden alle relevante gegevens betrokken, namelijk literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen, hanteert de ziektekostenverzekeraar evidence based medicine als leidend principe. Volgens dit principe wordt een behandeling als effectief beschouwd wanneer uit kwalitatief verantwoorde studies, zoals Randomized Controlled Trials (RCT’s), blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot dan toe de voorkeur had binnen de internationale beroepsgroep. Indien dergelijke studies ontbreken, kan het oordeel worden gebaseerd op bewijs van lagere orde, zoals gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep.

- 4.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft een PubMed-search uitgevoerd naar wetenschappelijke evidence voor de aangevraagde behandeling. Deze zoektocht heeft zeventien publicaties opgeleverd die betrekking hebben op de CAIRS-behandeling bij keratoconus. In zijn brief van 29 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar twee publicaties. De gevonden publicaties geven aan dat verder onderzoek naar de effecten van de behandeling nodig is. Bovendien zijn de publicaties niet gebaseerd op vergelijkende studies, maar beperkt tot een kleine groep patiënten en bevatten zij geen gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep (RCT). Verder blijkt uit de stukken dat de behandelend oogarts in Nederland van oordeel is dat de CAIRS-behandeling een innovatieve behandeling is, die niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

De door verzoekster overgelegde publicaties illustreren dat de CAIRS-behandeling weliswaar innovatief is, maar dat de studies geen hoogwaardig wetenschappelijk bewijs bieden, zoals vereist voor het voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Daarnaast zijn er publicaties door verzoekster aangehaald die deels een andere onderzoeksvraag hebben, namelijk een vergelijking tussen de CAIRS-behandeling en andere behandelmodaliteiten. Deze vergelijkingen sluiten echter niet aan bij de aangevraagde behandeling, namelijk uitsluitend de CAIRS-behandeling. Ook zijn publicaties opgenomen die een modificatie van de CAIRS-techniek beschrijven, en daarmee afwijken van de standaardbehandeling waarvoor vergoeding is aangevraagd. Op basis van deze publicaties kan niet tot de conclusie worden gekomen dat de behandeling voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Zorg die niet aan dit criterium voldoet valt buiten het basispakket.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 27 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Stand van de wetenschap en praktijk

Het in de Zvw gestelde criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ betreft één geïntegreerde wettelijke maatstaf, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, verenigd zijn. Bij de beoordeling of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ wordt, zoals aangegeven in het rapport Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk, uitgegaan van de

principes van evidence-based medicine (EBM). Hierbij wordt op gestructureerde wijze een literatuuronderzoek gedaan naar wetenschappelijke studies naar de te beoordelen behandeling.

Een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling is niet voldoende om te kunnen vertrouwen op de effectiviteit van een behandeling. De relatieve effectiviteit (effect van de nieuwe behandeling vergeleken met de standaardbehandeling) moet namelijk ook zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies. In dit geschil wordt dus de effectiviteit van CAIRS vergeleken met de effectiviteit van een geaccepteerde standaardbehandeling zoals hoornvliestransplantatie (DALK of PKP).

Voor wat betreft toepassing in de praktijk blijkt dit veelal uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Uit het dossier is op te maken dat verweerder dit heeft beoordeeld. Daarnaast leverde verzoekster nog vier recente artikelen aan. De in het dossier vermelde artikelen werden door het Zorginstituut ook in de literatuur gevonden.

Richtlijnen

Om de toepassing van CAIRS in de praktijk te onderzoeken is er op 11 maart 2025 naar specialistenrichtlijnen gezocht.

Op de website van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) is naar een richtlijn over keratoconus gezocht, maar deze is niet aangetroffen. Ook is naar internationale richtlijnen gezocht in Embase, Medline Ovid, Guidelines International Network (GIN), Dynamed EBSCO, Guideline Central en European Medicines Agency Scientific Guidelines (EMA). Er werden twee richtlijnen gevonden. In de richtlijn op de site van Dynamed werd ICRS eventueel met CXL aanbevolen, CAIRS werd niet vermeld. In de richtlijn van de American Academy of Ophthalmology werd alleen een aanbeveling gevonden voor CXL, ICRS en CAIRS werden niet genoemd.

Literatuur

Om relevante literatuur over CAIRS bij keratoconus te beoordelen werd op 28 februari 2025 gezocht naar klinische studies met betrekking tot ‘implants’ bij keratoconus in Embase via Embase.org (1971 heden), Medline via Ovid (1946-heden) en Cochrane Central via Wiley (1992-heden).

Na ontdebelling werden 153 studies geselecteerd. De meeste studies betroffen de al langer bestaande behandeling met synthetische ICRS. Er bleven uiteindelijk negen studies over, waarbij specifiek de behandeling met CAIRS werd besproken. Vanuit de negen geselecteerde studies werden nog twee studies gevonden. Hiernaast waren er al twee studies in het dossier vermeld. De in totaal dertien geselecteerde studies waren observationeel van aard, er werd geen RCT gevonden.

De twee case studies met slechts twee en drie patiënten (Bteich 2023, resp. Coscarelli 2024) werden niet verder geanalyseerd. In twee studies vond naast CAIRS ook CXL plaats (Jacob 2018, Yucekul 2024). In een retrospectieve studie was een groep patiënten die met CAIRS werd behandeld achteraf gematched met een groep die ICRS kreeg. Dit betroffen twee groepen van 34 behandelde ogen (Asfar 2024). Het aantal patiënten in de 11 studies varieerde van 15 tot 71. Dit betrof in totaal 403 personen en 525 behandelde ogen. De follow-up bedroeg zes maanden tot drie jaar. Uitkomsten waren gecorrigeerde of ongecorrigeerde gezichtsscherpte, hoornvlietmetingen zoals kromming van het hoornvlies en hoornvlietdikte, en complicaties. Alle studies lieten statistisch significante verbeteringen zien na CAIRS. Deze persisteerden tot drie jaar na de behandeling. In de studie, waarbij met CAIRS behandelde patiënten achteraf gematched werden

met patiënten die ICRS kregen, traden gelijkwaardige verbeteringen op. Het aantal complicaties (zoals verschuiving van de graft, geelwitte deposities of afname van zichtringen) was zeer gering.

Het gaat bij een nieuwe behandeling om de relatieve effectiviteit, dus de effectiviteit van de nieuwe behandeling (CAIRS) in relatie tot de standaardbehandeling (hoornvliestransplantatie). In de literatuur werd geen goed opgezette RCT aangetroffen. De gevonden observationele (deels retrospectieve) studies kunnen door het ontbreken van een goede controlegroep ernstige vertekening van het effect (bias) geven.

Daardoor is de kwaliteit van het bewijs en daardoor het vertrouwen in de effectiviteit en veiligheid van CAIRS gering.

Conclusie richtlijnen en literatuur

CAIRS is een veelbelovende behandeling voor keratoconus. CAIRS bij keratoconus is echter nog geen behandeling die breed door de beroepsgroep wordt gedragen en aanbevolen. Wegens het ontbreken van onderzoek van voldoende kwaliteit, kan niet worden geconcludeerd dat CAIRS bij keratoconus voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Een CAIRS behandeling bij keratoconus voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een CAIRS behandeling bij keratoconus maakt geen onderdeel uit van het basispakket.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de 'stand van de wetenschap en praktijk' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Spanje - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling om toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat de zorg volgens hem niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarom niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. De

commissie merkt in dit verband op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat de voorwaarde met betrekking tot het voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ onverkort geldt.

- 7.3. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, moet de commissie beoordelen of de CAIRS-behandeling gevolgd door een CXL crosslinking voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, zoals bedoeld in artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 is zo’n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’) ontbreekt.
- 7.4. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezochte en geselecteerde evidence op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats: (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen; (2) systematische literatuursearch; (3) samenvatten van het bewijs; (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en (5) van evidence naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.
- 7.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot een CAIRS-behandeling bij keratoconus. Het advies van 27 maart 2025 bevat hiervan de uitkomst. Volgens het Zorginstituut is CAIRS een veelbelovende behandeling voor keratoconus. Het is echter nog geen behandeling die breed door de beroepsgroep wordt gedragen en aanbevolen. Wegens het ontbreken van onderzoek van voldoende kwaliteit, kan niet worden geconcludeerd dat CAIRS bij keratoconus voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Deze behandeling maakt geen deel uit van het basispakket. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd – waaronder de door haar genoemde voordelen van deze behandeling ten opzichte van het in Nederland geboden alternatief - geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over.

Uit het voorgaande volgt dat verzoekster geen aanspraak heeft op een CAIRS-behandeling gevolgd door CXL crosslinking, ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent tevens dat de toestemming op grond van de verordening haar terecht werd onthouden.

- 7.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij desalniettemin aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling, omdat een andere zorgverzekeraar in een vergelijkbaar geval hiervoor wel toestemming heeft verleend. De commissie volgt verzoekster hierin niet. Rechtsongelijkheid is aan de orde als identieke gevallen ongelijk worden behandeld. Dit laatste is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt. Niet alleen betreft het geval waarnaar door verzoekster wordt verwezen geen beslissing van de ziektekostenverzekeraar, maar uit de door haar overgelegde geanonimiseerde akkoordverklaring blijkt evenmin op grond van welke specifieke aanvraag vergoeding wordt verleend. Daarnaast heeft te gelden dat indien een andere zorgverzekeraar om hem moverende redenen besluit tot een onverplichte vergoeding, dit niet ertoe kan leiden dat de ziektekostenverzekeraar wordt verplicht om zorg die niet binnen het basispakket valt te vergoeden.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 augustus 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

Artikel 114

- 1.** De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
- 2.** De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
- 3.** De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
- 4.** Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

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, 2.6, 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 veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

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 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;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde 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;
 - 5°. 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 gehemeltespelingen, 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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Combinatie basisverzekering

Uw basisverzekering is een 'combinatieverzekering'. Voor een deel van uw verzekering vergoeden wij de kosten van de verzekerde zorg (restitutie). Voor een ander deel bent u verzekerd voor zorg (in natura). Als het gaat om zorg in natura dan staat dit bij de vergoeding van de betreffende zorg. Staat dit er niet bij dan is de zorg op basis van restitutie.

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een verzekeringspasje als uw verzekering is ingegaan. Met dit pasje kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u ook een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit?
- Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep.
- Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.

- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit?
- Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie.
Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig.
- De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit?
- Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.

Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
- de ingangsdatum van uw dienstverband;
- inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.

- Levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn.
- Instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen als de hulpmiddelen niet geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.
- Esketamine neusspray (Spravato).
Dit valt onder het artikel 'Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Digitale medisch specialistische zorg (Skinvision).
Medisch specialistische zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor skinvision.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een huidplekje.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het account van de app moet aan uw relatienummer zijn gekoppeld.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.), opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om al deze zorg:
 - medisch specialistische behandelingen (geneeskundige zorg);
 - aanvullende medische handelingen (zoals het aanleggen van gips of een ECG-onderzoek);
 - medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
 - laboratoriumonderzoek;

- verpleging.
- Opname bij medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om deze zorg:
 - opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg;
 - verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor medisch specialistische zorg; en
- Vergoeding van 100 %, maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor opname bij medisch specialistische zorg.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Plastische chirurgie, orgaantransplantatie, geriatrische revalidatie, vruchtbaarheidsbehandeling en voorwaardelijke zorg zijn ook medisch specialistische zorg, maar zijn in een apart artikel beschreven.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Verloskundige.
- Medisch specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Sportarts.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.
- Optometrist of orthoptist.
Deze zorgverlener mag bij oogaandoeningen verwijzen naar een oogarts.
- GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Triage-audicien.
Een triage-audicien mag bij een gehoorandoening verwijzen naar een KNO-arts of audiologisch centrum.
- Klinisch fysicus-audioloog.
Een klinisch fysicus-audioloog mag verwijzen voor audiologische zorg

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.
- Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.
- Besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.
- Sterilisatiebehandelingen en behandelingen om sterilisatie terug te draaien.
- Correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen).
- Parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener.
- Zorg of middelen die na behandeling nodig zijn (of die in het verlengde van de behandeling liggen).
- Bevolkingsonderzoek.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De opname komt voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering.
Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname in het buitenland geldt het Nederlandse verpleegtariaf.
Een ziekenhuis of instelling voor medisch specialistische zorg in het buitenland kan twee of meer verschillende (verpleeg)klassen hebben. Voor de hoogte van de vergoeding geldt het Nederlandse verpleegtariaf.
- Opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ziekenhuis of Z.B.C.

Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza), waarmee wij bedoelen:

- een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
- een algemeen ziekenhuis

- een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis)
- een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Plastische chirurgie.
Het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Daarnaast de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en laboratoriumonderzoek. Als er een opname nodig is, omvat de zorg ook opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg, opname, verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor plastische chirurgie.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een afwijking in uw uiterlijk met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door objectief onderzoek is vastgesteld dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Bijvoorbeeld onbehandelbare, continu aanwezige smetplekken in de huidplooï bij een forse overhang van de buik.
 - U heeft een verminking die is ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting.
Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.
 - U heeft verlamde of verslapte bovenoogleden.
De verlamming of verslapping heeft een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
 - U heeft agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.
De ingreep bestaat uit het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen of transvrouwen. Bij transvrouwen moet de genderincongruentie (transseksualiteit) zijn vastgesteld. Dit doet een zorgaanbieder die meewerkt aan een transgenderennetwerk.
 - U heeft correctie nodig van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (transseksualiteit).
 - U heeft een aangeboren misvorming.
Zoals een lip-, kaak- of gehemeltespleet, misvorming van het benig aangezicht. Of er is sprake van goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken, misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
 - U heeft een borstverkleining nodig.
Hiervan is sprake bij cup DD/E of groter (of cup D als u kleiner bent dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Deze klachten komen door de zwaarte van uw borsten en beperken u aanzienlijk. Andere behandelingen of therapieën hebben uw klachten niet verholpen. Uw gewicht is stabiel en niet te hoog.