



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, behandeling spataderen, indicatie  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden  
aanvullende ziektekostenverzekering 2020  
Zaaknummer : 202001105  
Zittingsdatum : 3 maart 2021

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

---

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 13 oktober 2020 heeft verzoeker per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 3 december 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Op 15 december 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020052363) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 21 december 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 maart 2021 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 4 maart 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. De commissie heeft het Zorginstituut hierbij gevraagd om zijn voorlopig advies te verduidelijken. Op 18 maart 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut een toelichting gegeven op hetgeen in het voorlopig advies is vermeld. Een kopie hiervan is op 19 maart 2021 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft hiervan op 27 maart 2021 gebruik gemaakt. Een kopie van zijn reactie is op 31 maart 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de natura-verzekering Bewuzt (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Bewuzt Tandongevallen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar vergoeding van een flebectomie (spataderbehandeling) beiderzijds gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hier afwijzend op beslist.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 7 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch, en op 21 april 2020 per e-mail, aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.4. De eerste behandelend vaatchirurg heeft, voor zover hier van belang, op 12 september 2019 over verzoeker verklaard:

*"Lichamelijk onderzoek: forse varices vanuit de liezen naar onderbenen beiderzijds. Geen oedeem.*

*Duplex/veneus: insufficiëntie van vena femoralis communis beiderzijds, vanuit de crosse vena saphena magna beiderzijds na korte stukje rechte VSMaa (rechts 10 cm; links 5 cm) forse convoluten. Rest suff en open. Wel beiderzijds insufficiënte perforante.*

*Conclusie: beiderzijds forse varices met ook klachten van onrust en jeuk. Duplex laat insufficiënte vena femoralis communis en vena saphena magna crosse zien met daaruit rechts VSMaa (10 cm recht) en links VSMaa (5 cm recht) met daaruit forse convoluten naar de onderbenen. Tevens b.d.z. insufficiënte perforantes."*

- 3.5. De tweede behandelend vaatchirurg heeft, voor zover hier van belang, op 8 juli 2020 over verzoeker verklaard:

*"[Verzoeker] heeft klachten passende bij veneuze insufficiëntie (spataders). Bij eerder echo onderzoek bleek er sprake van een insufficiënte vena saphena magna anterolaterale tak, met insufficiënte crosse, refhix tijd van meer dan 0.5 seconde en een diameter van meer dan 3mm. We hebben hier een laserbehandeling voor gesteld en aangegeven dat dit verzekerde zorg is. Helaas loopt de anterolaterale tak snel buiten de fascie en oppervlakkig onder de huid. Dit kan niet met een laser behandeld worden. Op de poli is met hem/u besproken dat een flebectomie (oppervlakkig weg halen van de spataders) in Nederland valt onder de niet-verzekerde zorg. Ik kan mij goed voorstellen dat hij van deze spataders veel last heeft en dat cosmetiek niet zijn drijfveer is voor een operatie. Echter is met hem besproken dat een flebectomie desondanks in Nederland volgens de afspraken met het Zorginstituut Nederland valt onder de niet verzekerde zorg. Dit is ook zo besproken door mijn collega [naam eerste vaatchirurg] op 12-02-2019."*

- 3.6. Op 15 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

**"Juridisch kader**

*Het Zorginstituut heeft op 31 juli 2014 een standpunt ingenomen over invasieve behandeling van spataderen. Op 20 februari 2017 zijn er aanvullende afspraken gemaakt door zorgverzekeraars, beroepsgroepen en patiëntenorganisaties. Deze afspraken zijn gemaakt met het doel de uitvoering van het varices standpunt van het Zorginstituut uit 2014 en de nieuwe DOT structuur, welke per 1 januari 2016 effectief is, te verhelderen en te uniformeren tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit document is nog steeds geldend.*

**Beoordeling**

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*Bij verzoeker is sprake van insufficiënte venae perforantes. Vaak is het niet nodig om dit gelijktijdig of vlak na uitschakeling van insufficiënte stamvenen te behandelen in een aanvullende behandeling. Bij verzoeker zijn echter de insufficiënte stamvenen al jaren daarvoor behandeld en zijn er zogenaamde neovarices ontstaan. In het document 'Afspraken over aanspraken en declaraties chronische oppervlakkige veneuze pathologie (spataderen)' is hierover in de laatste alinea volgende opgenomen:*

*"Opnieuw optredende klachten ten gevolge van insufficiënte venae perforantes, een diameter > 3 mm en een refluxduur > 500 ms zijn ook verzekerde zorg. De behandeling van een dergelijke insufficiënte vena perforans op een andere locatie is bij voorkeur ook middels een percutane thermische ablatie, maar kan afhankelijk van de anatomie ook behandeld worden middels een open flebectomie of foamsclerotherapie."*

Verzoeker voldoet niet aan deze voorwaarde. De neovarices (de nieuw ontstane spatader) van verzoeker is behandeld met een thermische ablatie. Hierdoor is de verbinding naar het oppervlakkige veneuze systeem verbroken en is het niet meer medisch noodzakelijk om de oppervlakkige aderen verder te behandelen. De flebectomie is in dat geval een aanvullende behandeling die niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

### **Conclusie**

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van een flebectomie beiderzijds ten laste van de basisverzekering. Verzoeker voldoet niet aan de indicatievoorwaarden.”

3.7. Op 18 maart 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...)

Voorwaarden voor vergoeding in het standpunt

In het standpunt is aangegeven dat voor vergoeding ten laste van de basisverzekering sprake moet zijn van symptomatische insufficiëntie van stamvenen (VSM en/of VSP, en/of ook o.a. VSMaa5) ter plaatse van de crosse (overgang oppervlakkiger naar diepe ader) waarbij er reflux (terugvloed in de stamvene) is over een aaneengesloten lang traject, met een refluxduur van ten minste 0,5 seconde (500 ms) en waarbij de vene (ader) een diameter van ten minste 3 mm heeft.

Voorwaarden voor vergoeding in het afsprakendocument

In het afsprakendocument is deze aanspraak enigszins verruimd. Volgens het standpunt is alleen behandeling van genoemde stamvenen mogelijk ten laste van de basisverzekering (mits voldaan wordt aan bovengenoemde criteria). In het afspraken document zijn naast stamvenen ook neovarices (nieuwe varices/spataderen na eerdere behandeling) en venae perforantes opgenomen. Behandeling hiervan kan onder de basisverzekering vallen mits deze bijpassende klachten en symptomen veroorzaken, er sprake is van axiale reflux over een aaneengesloten lang traject, en deze verbonden zijn met het diepe systeem, waarbij de verbindingen met het diepe veneuze systeem minimaal 3 mm in doorsnede zijn en de refluxduur minstens 500 ms bedraagt.

Doorgaans is endoveneuze thermische ablatie, waar inwendige laserbehandeling toe behoort, de aangewezen behandeling. In het afsprakendocument is echter ook opgenomen dat flebectomie in uitzonderingsgevallen tot de verzekerde zorg kan behoren. Namelijk indien de varix (spatader) voldoet aan bovengenoemde criteria, en endoveneuze ablatie onmogelijk is, bijvoorbeeld doordat deze ader zeer tortueus (kronkelig) en/of te oppervlakkig is.

Hierbij geldt verder (zie punt 5 in genoemd afsprakendocument) dat zorgaanbieders hun bevindingen van het duplexonderzoek voldoende documenteren.

### Vragen SKGZ

Verzoeker geeft aan dat de situatie in het voorlopig advies van het Zorginstituut niet geheel correct is weergegeven. In het verleden (de SKGZ noemt 2017, volgens de brief van de eerste vaatchirurg was dit in 2015) zijn de opliggende aderen niet behandeld maar alleen de diepliggende aderen. De SKGZ vraagt of dit van invloed is op de beoordeling. Daarnaast vraagt de SKGZ, naar aanleiding van de klachten die verzoeker in 2019ervaarde als gevolg van de opliggende aderen, wat ook door de vaatchirurg (brief 12-2-2019) benoemd is, of dit nog invloed heeft op de beoordeling door het Zorginstituut van deze kwestie.

### Beoordeling situatie van verzoeker

Naar aanleiding van het hoorzittingsverslag en de vragen van de SKGZ is het dossier nogmaals bestudeerd.

Hetgeen verzoeker en de SKGZ hebben aangegeven heeft geen invloed op de beoordeling.

Behandeling van spataderen door middel van endoveneuze ablatie (zoals inwendige laser, ook 'dichtbranden' en 'thermische ablatie' genoemd), wat de vaatchirurg aangaf te zullen doen, is er namelijk op gericht om de verbinding tussen het diepe en het oppervlakkige systeem te sluiten. Spataderen/opliggende aderen worden immers veroorzaakt en onderhouden doordat een deel van het bloed vanuit het diepe systeem terugvloeit ('reflux') naar de oppervlakkiger aderen (terwijl dit bloed eigenlijk via de dieper gelegen aderen richting het hart hoort te gaan).

Door de verbinding tussen diepe en oppervlakkig aders te sluiten, kan deze reflux hier niet meer

*plaatsvinden. Behandeling van opzittende aders is daardoor niet medisch noodzakelijk. Hoewel een operatieverslag bij de voorliggende stukken ontbreekt, is uit de voorliggende informatie op te maken dat deze verbinding bij verzoeker kennelijk door endoveneuze ablatie gesloten is.*

#### Flebectomie

*Zoals in het afspraken document is aangegeven, zijn er uitzonderingsgevallen waarbij flebectomie wel tot de verzekerde zorg kan behoren. De vraag die beantwoord moet worden is, of dit bij verzoeker ook het geval is geweest. Omdat uit de voorliggende gegevens is op te maken dat het eerste gedeelte van de insufficiënte venen inclusief de crosse met endoveneuze laser is behandeld, en omdat beide vaatchirurgen aangeven dat de flebectomie niet tot de verzekerde zorg behoorde (waardoor er kennelijk vanuit gegaan kan worden dat de verbinding tussen het diepe en oppervlakkige systeem afdoende gesloten was) is de conclusie dat de flebectomie niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.*

#### **Conclusie**

*Het voorlopig advies wijzigt niet. Verzoeker voldoet niet aan de indicatievoorwaarde en kan geen aanspraak maken op vergoeding van een flebectomie beiderzijds ten laste van de basisverzekering."*

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de op 13 januari 2020 bij hem uitgevoerde flebectomie beiderzijds, ten bedrage van € 1.000,-, te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

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. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) 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.

6.2. Verzoeker heeft toegelicht dat bij hem enkele jaren geleden een diepliggende ader is dicht gebrand. Hierbij is men niet tot bovenaan in de lies gegaan. In de afgelopen jaren kreeg verzoeker klachten van pijn, jeuk, en vermoeide en onrustige benen. Ook werden de bovenliggende aderen steeds dikker. De huisarts vond de situatie zo ernstig dat hij niet verwees naar een privékliniek, maar naar een ziekenhuis voor verdere behandeling. De eerste behandelend vaatchirurg adviseerde een laserbehandeling beiderzijds van de diepliggende ader in de lies, en een flebectomie beiderzijds van de bovenliggende aderen. Hierbij vertelde hij dat zonder behandeling het risico bestond van aderontstekingen en open wonden. Omdat de behandeling een cosmetisch karakter had, zou verzoeker – volgens de eerste behandelend vaatchirurg – de kosten zelf moeten betalen.

Tijdens de poliklinische behandeling bleek de situatie evenwel gecompliceerder, waarna verzoeker voor de flebectomie alsnog een OK-afpraak moest maken. Hij concludeerde hierop dat gezien de ernst geen sprake was van een cosmetische, maar van een medisch noodzakelijke behandeling, en heeft de nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, die deze echter afwees. Volgens verzoeker ten onrechte. Als reden voor de afwijzing werd opgegeven dat vergoeding alleen mogelijk is bij een lekkende hoofdader. De betreffende hoofdadere werden drie jaar daarvoor al dicht gebrand.

Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker toegelicht dat in het voorlopige advies van het Zorginstituut zijn persoonlijke situatie niet goed is beschreven. Ongeveer vier jaar geleden zijn alleen de diepliggende aderen behandeld en niet de opliggende aderen. Als gevolg hiervan zijn de opliggende aderen dikker geworden en zijn klachten ontstaan. Verzoeker heeft nogmaals benadrukt dat de behandeling geen cosmetisch karakter had, maar was bedoeld om klachten te verhelpen.

In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut heeft verzoeker op 27 maart 2021 herhaald dat bij de eerste ingreep de diepliggende spataderen zijn dichtgebrand. Daarna zijn de reeds aanwezige opliggende aderen dikker geworden doordat het bloed via een aftakking naar de opliggende aderen is gaan stromen. Daarnaast blijft verzoeker het bijzonder vinden dat men in Nederland kennelijk moet wachten tot er problemen ontstaan voordat een behandeling wordt vergoed. In zijn geval was niet de vraag of er een probleem zou ontstaan, maar alleen wanneer het probleem zich zou gaan voordoen.

6.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar moet sprake zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Daarnaast moet de zorg geïndiceerd en doeltreffend zijn. Tussen het Zorginstituut, de wetenschappelijke verenigingen van vaatchirurgen en dermatologen, en Zorgverzekeraars Nederland zijn afspraken gemaakt. Hieruit volgt dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de bij hem uitgevoerde flebectomie beiderzijds. Dit is door beide vaatchirurgen afzonderlijk geconcludeerd. Verzoeker is hier door de beide vaatchirurgen ook op gewezen.

6.4. De commissie overweegt dat de behandeling van spataderen, zoals in het geval van verzoeker, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook is sprake van zorg zoals vaatchirurgen die plegen te bieden. Deze zorg is onder voorwaarden gedekt onder de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft op 31 juli 2014 hierover een standpunt ingenomen, 'Invasieve behandeling van varices: wanneer te verzekeren basiszorg?'. Op 20 februari 2017 zijn met zorgverzekeraars, beroepsgroepen en patiëntenorganisaties ter zake aanvullende afspraken gemaakt. Deze zijn vastgelegd in het document 'Afspraken over aanspraken en declaraties chronische oppervlakkige veneuze pathologie (spataderen)'. Beide documenten zijn te vinden op de website van het Zorginstituut: [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/07/31/invasieve-behandeling-van-varices---wanneer-te-verzekeren-basiszorg](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/07/31/invasieve-behandeling-van-varices---wanneer-te-verzekeren-basiszorg) en [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/convenant/2017/02/20/afspraken-over-aanspraken-en-declaraties-chronische-oppervlakkige-veneuze-pathologie-spataderen](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/convenant/2017/02/20/afspraken-over-aanspraken-en-declaraties-chronische-oppervlakkige-veneuze-pathologie-spataderen).

Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 15 december 2020 geconcludeerd dat een flebectomie onder omstandigheden aangewezen kan zijn. In de situatie van verzoeker was het niet medisch noodzakelijk de oppervlakkige aderen verder te behandelen, omdat de diepliggende spataderen al waren behandeld met behulp van een thermische ablatie, waardoor het probleem van de reflux zich niet meer kon voordoen. Dit volgt ook uit 5.4 (pagina 26) van het bovengenoemde standpunt van 31 juli 2014 waarin staat: "*Bij adequate behandeling van de stamvarix/stamvarices is er geen sprake meer van axiale reflux en reflux in de crosse, en is er dan ook geen medische noodzaak voor behandeling van eventueel aanwezige rest- en zijtakvarices.*" De commissie neemt voornoemd advies over en concludeert dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten omdat hij geen (verzekering)indicatie had voor een flebectomie beiderzijds.

6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 april 2021,

G.R.J. de Groot

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

# 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 gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
  - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## 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.

# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Bewuzt Basis is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

---

#### Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

---

#### Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

### 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

---

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

---

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

<b>Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in uw zorgverzekering?</b>	
<b>Bevalling en kraamzorg thuis</b>	
Bevalling thuis	Ja.
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,50 per uur.
<b>Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum</b>	
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Ja.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,50 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.
<b>Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum</b>	
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 219 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend:
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Maximale vergoeding is 2 x € 127,50:           €   255 per dag
	Af: eigen bijdrage is 2 x € 18,00:                 €     36 per dag
	€   219 per dag
Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 219 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 € 376,17 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 € 4,50 per uur.
<b>Medische noodzaak</b>	
Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.	

## Artikel 16. 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. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- 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 2022 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 2022 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 januari 2022 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;
- j. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura anti-bacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, 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 fysisch audioloog, klinisch technoloog, 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, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysisch audioloog of klinisch technoloog.

## Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg 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 toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

<b>Oogheekunde:</b>	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
<b>KNO:</b>	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
<b>Chirurgie:</b>	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
<b>Dermatologie</b>	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
<b>Gynaecologie:</b>	Vulvaire en vaginale afwijkingen
<b>Plastische chirurgie:</b>	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

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.

---

## Extra informatie

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 17. Revalidatie

## 17.1. Revalidatie

### Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (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).

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u 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, bedrijfsarts of medisch specialist.

### Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.