



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, protontherapie, prostaatcancer

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

Zaaknummer : 201900679

Zittingsdatum : 9 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer 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 ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 11 juni 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 12 augustus 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker heeft op 26 augustus 2019 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 28 augustus 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 9 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019041316) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 24 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.5. Verzoeker heeft op 23 en 30 september 2019 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 30 september 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 oktober 2019 gehoord.
- 2.7. Na de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar besloten alsnog een coulancevergoeding toe te kennen aan verzoeker voor de behandeling met protontherapie in Duitsland. De commissie heeft verzoeker daarom gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoeker wilde deze beslissing aanhouden in afwachting van de afwikkeling van de coulancevergoeding. De behandeling van het geschil is daarom aangehouden. Daarna heeft tussen partijen, al dan niet via de commissie, veelvuldig contact plaatsgevonden over de uitvoering van de coulancevergoeding. Verzoeker heeft de commissie op 20 januari 2020 verzocht alsnog een bindend advies uit te brengen. Vervolgens zijn partijen geïnformeerd over het hervatten van de procedure.
- 2.8. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 21 januari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 28 januari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft hierbij wel een toelichting gegeven. Het advies is daarom aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 3 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Aanvullend Tand 1 ster en Extra Aanvullend KBO-PCOB zijn niet in geschil, en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is bekend met prostaatcancer. Hij heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor de behandeling hiervoor met protontherapie, uit te voeren te München, Duitsland.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 2 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. De radiotherapeut-oncoloog van Holland PTC heeft op 19 maart 2019 het volgende verklaard: *"Vanmorgen heb ik het besproken in het artsenoverleg. Het [is] inderdaad zo dat in het document uit 2009 prostaatcarcinoom genoemd wordt als toekomstige model-based indicatie. Helaas is er op dit moment nog geen landelijk model-based indicatieprotocol opgesteld door de beroepsgroep voor het prostaatcarcinoom. Daarbij heeft geen van de protonencentra in Nederland op dit moment protocollen voor voorbereiding en bestraling van het prostaatcarcinoom."*
- 3.6. De radiotherapeut i.o. van het VUmc heeft op 19 maart 2019 het volgende verklaard: *"Mogelijk ten overvloede, maar hier ook nog het visiedocument uit 2009 waarin prostaatcancer wel genoemd wordt. Aangezien we als beroepsgroep niet weten naar welke planningsparameters we zouden moeten kijken om te zien of er daadwerkelijk een voordeel bij prostaatcancer is, is deze niet opgenomen in het huidige landelijk indicatie protocol."*
- 3.7. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op 2 april 2019 het volgende verklaard: *"Protontherapie heeft geen bewezen meerwaarde boven de gewone (= fotonen bestraling); pat. moet redelijkerwijs op de behandeling zijn aangewezen, een soort rug-tegen-de-muur situatie. Momenteel is de beroepsgroep er niet op berekend om voor elke vorm van kanker een planningsvergelijking te maken, waardoor de 'wens' van het Zorginstituut om bij model based indicaties een planningsvergelijking te maken, niet uit te voeren is. De planningsvergelijking kan ook gemaakt worden, als de beroepsgroep radiotherapeuten (Nvro) een indicatieprotocol heeft opgesteld. De behandelaars van meneer en ook andere radiotherapeuten geven al aan dat een dergelijk protocol voor prostaatcarcinoom nog niet voorhanden is.
(...)
Verzekerde heeft geen eigen planningsvergelijking en daarmee wordt er niet voldaan aan de criteria voor vergoeding. Overigens geven de Duitse artsen zelf ook aan dat de klinische betekenis van de verschillen in de planningstudies voor prostaatcancer nog duidelijk moeten worden uit aanvullend onderzoek. Als men naar de onderzoeksresultaten kijkt dan wordt er tussen IMRT en protontherapie slechts een klein verschil gevonden en dat verschil zit hem in de lage dosisgebieden waarvan geen[s]zins aangetoond is dat deze relatief kleine verschillen in de relatief lage dosis gebieden zullen leiden tot een dermate klinisch relevant verschil in toxiciteit dat protonenbestraling bij prostaatcancer als superieur t.o.v. fotonenbestraling gezien kan worden. Nogmaals, voor de individuele verzekerde is dit in het geheel niet aangetoond omdat een individueel planningsvergelijk ontbreekt.
(...)"*

3.8. De behandelend psychiater heeft op 27 juni 2019 het volgende verklaard: *"Dat bovengenoemde cliënt sinds 1998 bij onze instelling in zorg is wegens een ernstige psychiatrisch aandoening. Hij bezoekt hiervoor regelmatig onze instelling. Ik ondersteun hierbij [verzoeker] ten zeerste in zijn wens voor protonen therapie in het buitenland. Door mogelijke negatieve consequenties voortkomend uit standaard (fotonen) bestraling, bestaat er teveel kans dat er wankel evenwicht ontstaat, waarbij overschrijding draagkracht tot een verdere recidieve psychose kan leiden."*

3.9. Bij brief van 9 september 2019 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarnaast heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Alleen indien een behandelaar-radiotherapeut met toepassing van het landelijk indicatieprotocol heeft geconcludeerd dat voor de betreffende verzekerde een klinisch relevant voordeel is te verwachten is de verzekerde redelijkerwijs aangewezen op protonentherapie. Voor het prostaatcarcinoom bestaat op dit moment geen recht op vergoeding van protonentherapie ten laste van de basisverzekering bij ontbreken van een landelijk indicatieprotocol. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van protonentherapie ten laste van de basisverzekering."

3.10. Het Zorginstituut heeft op 28 januari 2020 het definitieve advies uitgebracht. Hierin heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"Volledigheidshalve merkt het Zorginstituut op dat de studie die verzoeker heeft aangedragen een studie betreft naar de vraag of behandeling met protonentherapie bestaande uit een schema met weinig bestralingssessies gelijke effectiviteit heeft ten opzichte van het standaard bestralingsschema (bestaande uit meerdere bestralingssessies) in termen van tumorcontrole. Secundair wordt er in deze studie naar bijwerkingen gekeken. Deze studie beantwoordt derhalve niet primair de vraag of protonentherapie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze vraag is al positief beantwoord in het eerder gepubliceerde standpunt van het Zorginstituut. De door verzoeker genoemde studie is daarom niet van invloed op het advies van het Zorginstituut. Alleen indien een behandelaar-radiotherapeut met toepassing van het landelijk indicatieprotocol heeft geconcludeerd dat voor de betreffende verzekerde een klinisch relevant voordeel is te verwachten is de verzekerde redelijkerwijs aangewezen op protonentherapie. Voor het prostaatcarcinoom bestaat op dit moment geen recht op vergoeding van protonentherapie ten laste van de basisverzekering bij ontbreken van een landelijk indicatieprotocol. De beroepsgroep van radiotherapeuten [is] wel voornemens een landelijk indicatieprotocol voor te bereiden."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem toestemming te verlenen voor het ondergaan van protonentherapie te München, Duitsland.

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 kan daarover bindend advies uitbrengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de zorgverzekering. Uit de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat voornoemd artikel ook van toepassing is op deze verzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en zorg in het buitenland zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepaling uit Vo. nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker wil naar een andere EU-lidstaat gaan, te weten Duitsland, om daar een behandeling met protontherapie te ondergaan. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker meegedeeld, dat hij van mening is dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor de aangevraagde operatie, zodat noch op grond van de verordening noch op basis van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. De commissie overweegt als volgt.

- 6.3. Bij verzoeker is in 2012 prostaatkanker gediagnosticeerd. Sindsdien staat hij onder controle. Eind 2018 liep de PSA-waarde exponentieel op. Daarom is hem na het maken van een MRI-scan geadviseerd zich te laten behandelen. Radiotherapie is hierbij voorgesteld als mogelijke behandeling. Verzoeker heeft zich hierover nader geïnformeerd. Hij heeft geconcludeerd dat de voorgestelde behandeling negatieve consequenties kan hebben, zoals impotentie, incontinentie, radiatie prostatitis en cystitis, vermoeidheid na bestraling, en een toenemende kans op secundaire tumoren. Verzoeker wil de voorgestelde behandeling daarom niet ondergaan. Een behandeling met protontherapie heeft veel minder bijwerkingen. Daarom kiest verzoeker hier voor.
- Protontherapie is in Nederland echter niet beschikbaar voor de indicatie prostaatkanker. Daarom is verzoeker op zoek gegaan naar een zorgaanbieder in het buitenland. Hij kan in het ziekenhuis in München worden behandeld.
- De ziektekostenverzekeraar wil de behandeling echter niet vergoeden, en beroept zich hiervoor op het in Nederland geldende protocol. Verzoeker benadrukt dat de Nederlandse beroepsgroep geen protocol heeft opgesteld voor protontherapie bij prostaatkanker. Het is voor verzoeker dus onmogelijk om te voldoen aan de door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarden. De zorgverzekering biedt aanspraak op de door verzoeker gewenste behandeling, maar het wordt hem onmogelijk gemaakt deze te ondergaan.
- Verzoeker benadrukt dat de situatie een zware wissel op hem trekt. Dit wordt onderschreven door de behandelend psychiater. Deze ondersteunt verzoeker in zijn wens om protontherapie te ondergaan.
- Verzoeker heeft contact opgenomen met het Maryland Proton Treatment Center. Hij heeft zijn medische gegevens aan deze zorgaanbieder gezonden om een individuele planningsvergelijking te maken. Het Maryland Proton Treatment Center heeft hem gewezen op de 'Study of Hypofractionated Proton Radiation for Low Risk Prostate Cancer'. Verzoeker merkt op dat in dit stuk de waarden in Gray staan vermeld voor protontherapie. De waarden hiervan voor fotontherapie zijn in Nederland bekend. Hierdoor kunnen beide met elkaar worden vergeleken. Verzoeker merkt hierbij op dat zowel voor protonen- als fotontherapie geldt dat men per sessie de intensiteit van de straling kan aanpassen. Bij het vergelijken van de therapieën moet hiermee rekening worden gehouden.
- Tot slot merkt verzoeker op dat hij de bij de fotontherapie behorende hormoontherapie heeft geweigerd, omdat deze leidt tot labiliteit. Bij de protontherapie met een lage intensiteit wordt geen hormoontherapie gegeven. Dit is de reden dat de behandelend psychiater zijn verzoek om protontherapie ondersteunt. De hormoontherapie kan namelijk leiden tot instabiliteit en emotionele veranderingen waardoor de psychische klachten van verzoeker kunnen toenemen.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het advies van het Zorginstituut van 12 april 2018. Hieruit volgt dat protontherapie onder de dekking van de zorgverzekering valt. Er is echter

alleen aanspraak op protonentherapie als de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen. Als uit de planningsvergelijking, waarin fotonentherapie wordt vergeleken met protonentherapie, blijkt dat voor betrokkene een klinisch relevant verschil in complicatierisico op radiatieschade is te verwachten ten gunste van protonentherapie, bestaat recht op vergoeding van protonentherapie ten laste van de zorgverzekering. Een dergelijke vergelijking kan alleen worden gemaakt als er een door de beroepsgroep (NVRO) opgesteld indicatieprotocol per indicatiegebied beschikbaar is. Op dit moment is alleen voor de hoofd-halstumoren een dergelijk protocol voorhanden. Voor protonentherapie bij de indicatie prostaatcancer is op dit moment nog geen protocol opgesteld door de beroepsgroep.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat in het geval van verzoeker de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat een dergelijke individuele planningsstudie niet aanwezig is. In de verklaring van het Rinecker Proton Therapy Center van 11 april 2019 wordt verwezen naar een algemene planningsvergelijking. Dit is geen individuele planningsvergelijking van verzoeker. Hierbij merkt de medisch adviseur op dat ook de Duitse artsen aangeven dat de klinische betekenis van de verschillen in de planningsstudies voor prostaatcancer nog duidelijk moeten worden aan de hand van aanvullend onderzoek.

In reactie op de verklaring van de psychiater merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit het standpunt van het College voor Zorgverzekeringen (thans het Zorginstituut) van 22 augustus 2011 blijkt dat op individueel niveau de voor- en nadelen van protonen- ten opzichte van fotonenbestraling dienen te worden afgewogen. Uit de bijgevoegde casus blijkt dat deze afweging op basis van de individuele medische gegevens dient te worden gemaakt. De ziektekostenverzekeraar acht de verklaring van de psychiater onvoldoende om af te wijken van de adviezen van het Zorginstituut. Na de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar intern overlegt met zijn medisch adviseur. Op 15 oktober 2019 schrijft de ziektekostenverzekeraar het volgende: *"Gezien de bijzondere omstandigheden van dit specifieke geval, en dan met name de omstandigheid dat verder uitstel van behandeling van verzekerde, kan leiden tot gezondheidsschade, achten de medisch adviseurs het nu wenselijk om de behandeling met protonentherapie zonder individuele planningsvergelijking te vergoeden."* Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de behandeling met protonentherapie in Duitsland alsnog coulancehalve te vergoeden. Verzoeker hoeft hiervoor geen individuele planningsvergelijking te overleggen.

- 6.5. De commissie overweegt dat op grond van artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering alleen aanspraak bestaat op zorg als betrokkene hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 9 september 2019 toegelicht dat een verzekerde alleen redelijkerwijs is aangewezen op protonentherapie als *"een behandelaar-radiotherapeut met toepassing van het landelijk indicatieprotocol heeft geconcludeerd dat voor de betreffende verzekerde een klinisch relevant voordeel is te verwachten"*. Op dit moment bestaat echter geen landelijk indicatieprotocol voor prostaatcarcinoom. Daarom heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van protonentherapie ten laste van de zorgverzekering. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over. Dit betekent dat de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht werd geweigerd en dat ook op basis van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat. Dat het alternatief voor de gevraagde behandeling mogelijk (ernstige) bijwerkingen heeft, zoals door verzoeker is aangevoerd, maakt het voorgaande niet anders. Ook het feit dat bij verzoeker sprake is van een psychiatrische aandoening en een eventueel risico van recidieve psychose kan niet leiden tot een ander oordeel. Dat de ziektekostenverzekeraar na de hoorzitting heeft besloten alsnog een coulancevergoeding te verlenen, maakt het voorgaande niet anders. De commissie zal niet treden in deze beslissing.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Coulancevergoeding

- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 oktober 2019 besloten de behandeling met protontherapie in Duitsland alsnog uit coulance aan verzoeker te vergoeden. Verzoeker heeft daarna gevraagd of de reis- en verblijfkosten ook worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit afgewezen, omdat de protontherapie uit coulance wordt vergoed en hij geen aanleiding ziet deze coulancevergoeding uit te breiden met reis- en verblijfkosten. Verzoeker heeft vervolgens meegedeeld dat behandeling in München niet meer mogelijk is, omdat deze instelling op korte termijn wordt gesloten. Hij vraagt daarom of de coulancevergoeding ook geldt voor behandeling in Essen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 november 2019 verklaard dat hij akkoord gaat met behandeling in Essen. De ziektekostenverzekeraar zal in contact treden met de zorgaanbieder over de coulancevergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie meegedeeld dat hij een garantieverklaring heeft afgegeven aan de zorgaanbieder in Essen. Verzoeker heeft de commissie echter meegedeeld dat de zorgaanbieder zekerheid wil hebben en een S2-formulier wil van de ziektekostenverzekeraar. Hierover is veelvuldig door partijen gecommuniceerd. Verzoeker heeft meermaals geklaagd over de uitvoering van de coulancevergoeding. Ondertussen is verzoeker op zoek gegaan naar een andere zorgaanbieder. Uiteindelijk heeft verzoeker besloten in Praag te willen worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 22 januari 2020 meegedeeld dat hij akkoord gaat met behandeling in Praag tot maximaal € 35.000,-. Dit is het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar was overeengekomen met de zorgaanbieder in Essen. De meerkosten van de behandeling in Praag blijven voor rekening van verzoeker.
- 6.8. Het al dan niet toekennen van een coulancevergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken. Ten aanzien van de uitvoering van een coulancevergoeding door de ziektekostenverzekeraar of over de acceptatie hiervan door een zorgaanbieder is de commissie niet bevoegd.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 februari 2020,

L. Ritzema

Artikel 2.1, derde lid Bzv

“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.”

Artikel 2.4 Bzv

“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 verslachte 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 gehemeltespleten, 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.”

Artikel 20 van Vo 883/2004

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

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

Algemene voorwaarden basisverzekeringen

1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- e het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2018-09-07#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.1_Artikel2.2.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het invoeren van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a een gewapend conflict;
- b een burgeroorlog;
- c een opstand;
- d binnenlandse onlusten;
- e oproer en muerij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, grieprik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- a keuringen;
- b grieprikken;
- c behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- d behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e behandelingen met sterilisatie als doel;
- f behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- h het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.



14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekosten-verzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtcoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.



30 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 verstandelijk gehandicapten.
- 2 Wanneer uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, moet u 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 palliatief terminale zorg.
- 3 Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
- 4 De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4.

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. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
- 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 of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

31 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), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via www.agbcode.nl.

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 (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), de optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg of een andere medisch specialist.
- 2 Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- 3 Naar een longarts mag u ook zijn doorverwezen door een GGD-arts als het gaat om een verdenking van TBC.
- 4 De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 5 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.
- 6 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 9	Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
Artikel 14	Audiologisch centrum
Artikel 18	Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
Artikel 21	Astmacentrum in Davos
Artikel 22	Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
Artikel 23	Mechanische beademing
Artikel 24	Thuisdialyse
Artikel 25	Transplantaties van organen en weefsels
Artikel 26	Plastische chirurgie
Artikel 27	Revalidatie
Artikel 32	Bevalling en verloskundige zorg
Artikel 33	IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
Artikel 35	Oncologieonderzoek bij kinderen
Artikel 42	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 17 en 18 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 zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c 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 of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? 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 de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



Zwanger (worden)/baby/kind

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

32 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische indicatie (32.1) en geen medische indicatie (32.2).

32.1 Met medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- a 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;
- b 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.

