



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : EU/EER, België, tweede Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC), stand wetenschap en praktijk, tweede debulking operatie, hoogte vergoeding, marktconform tarief

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 : 201902094

Zittingsdatum : 1 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
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 e-mailbericht van 27 februari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 17 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 17 juni 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020019763) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 19 juni 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 juli 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 14 juli 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 15 juli 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 15 juli 2020 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend drie sterren en Aanvullend Tand drie sterren (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is als gevolg van een contact met asbest bekend met een mesotheliom van het buikvlies. Door de behandelend arts in werd hem een Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (hierna: HIPEC) aangeraden. Omdat de wachttijd in lang was, is verzoeker uitgeweken naar Brussel, België. Aldaar heeft hij een eerste HIPEC ondergaan. Ook is bij hem een zogenoemde debulkingoperatie uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft beide behandelingen aan hem vergoed. Omdat nieuwe plekjes op het buikvlies werden gevonden, stelde de arts een tweede HIPEC en debulking voor.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 oktober 2019 aan verzoeker meegedeeld dat een tweede HIPEC niet wordt vergoed. De debulkingoperatie wordt vergoed tot het Belgische tarief dan wel tot het Nederlandse marktconforme tarief. Dit laatste tarief bedraagt volgens de ziektekostenverzekeraar € 14.144,69.

3.4. De behandelend arts heeft bij brief van 28 oktober 2019 over verzoeker verklaard:

“De tweede debulking met HIPEC was zeker nuttig gezien er nog residuele tumor werd gevonden na de goede respons op de IV chemotherapie en er een volledige debulking kon worden uitgevoerd zonder complicaties. Een lange remissie wordt verhoopt (...).”

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 15 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. De behandelend oncoloog in heeft op 29 november 2019 over verzoeker verklaard:

“(...) Op verzoek van patiënt en echtgenote onderstaand nogmaals onze overwegingen als multi disciplinair en zelfs internationaal MDO de overwegingen om nogmaals een HIPEC procedure bij patiënt te verrichten.

Het maligne mesothelioom van het peritoneum (MMP) is een zeer zeer zeldzame aandoening waar geen grote randomized trials naar gedaan zijn. We moeten het dus hebben van enkele gepubliceerde gegevens waarbij de studie van Wong et al. uit het Moffitt Cancer Center in Florida nog het meest in de buurt komt voor wat betreft de toepasbaarheid bij voornoemde patiënt. Zij onderzochten 26 patiënten die een HIPEC hadden ondergaan voor MMP waarvan 8 patiënten nogmaals een HIPEC procedure ondergingen. Patiënten die zo'n tweede HIPEC voor MMP ondergingen hadden een betere overleving (80 maanden) versus een enkele HIPEC (27 maanden). Een lagere PCI score (bij patiënt een PCI van 5) en totale verwijdering van alle rest afwijkingen in de buik (ook bij patiënt het geval) resulteerde in een betere overleving. (...).”

3.7. Bij brief van 6 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld voor de tweede debulkingoperatie het Belgische tarief van € 18.871,36 aan verzoeker te vergoeden.

3.8. Bij brief van 17 juni 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

“(...) Er zijn geen studies van goede methodologische kwaliteit verricht op basis waarvan geconcludeerd kan worden dat een tweede HIPEC behandeling bij een recidief peritoneaal mesothelioom effectief is. In een nog niet gepubliceerde consensus richtlijn wordt weliswaar herhaalde debulking operatie met HIPEC genoemd als behandeloptie bij een recidief peritoneaal mesothelioom, maar de aanbeveling is zwak en er wordt gerefereerd naar de twee genoemde retrospectieve studies. Een tweede HIPEC behandeling bij een recidief peritoneaal mesothelioom voldoet daarom niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de tweede HIPEC behandeling ten laste van de basisverzekering.

Voor het bepalen of een interventie uit het basispakket vergoed mag worden, wordt een interventie in combinatie met een indicatie beoordeeld. Dat HIPEC bij een andere indicatie wel verzekerde zorg is, verandert bovengenoemde conclusie daarom niet.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Een tweede behandeling bij een recidief peritoneaal mesothelioom met HIPEC voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en maakt geen onderdeel uit van het basispakket. (...).”

3.9. Bij brief van 15 juli 2020 heeft het Zorginstituut over verzoeker verklaard:

"(...) Naar aanleiding van de aanvullende informatie merkt het Zorginstituut het volgende op. Zorg die een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep 'pleegt te bieden' en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Vervolgens dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie.¹ Het is niet zo dat een verzekerde recht heeft op een prestatie omdat de verzekerde meent redelijkerwijs te zijn aangewezen op die prestatie. De beoordeling van de criteria 'plegen te bieden' en 'de stand van wetenschap en praktijk' is een algemene beoordeling waarin individuele omstandigheden geen rol spelen. Het Zorginstituut kan zich voorstellen dat dit teleurstellend is voor verzoeker nu hij verklaart dat zijn situatie zeer uitzonderlijk is en de behandeling hem heeft geholpen. Het is echter niet mogelijk op individuele basis de omvang van het verzekerde pakket te bepalen. (...)".

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) gehouden is de tweede HIPEC alsnog aan hem te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, en
- (ii) de tweede debulkingoperatie moet vergoeden tot een hoger bedrag dan € 18.871,36.

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 18 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg in het buitenland en uit Vo. nr. 883/2004 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 voorafgaand aan de gecombineerde (tweede) HIPEC en debulkingoperatie de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Het betreft hier geplande zorg in een andere EU-lidstaat, te weten België, als bedoeld in artikel 20 Vo.nr. 883/2004. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker meegedeeld dat hij van mening is dat een tweede HIPEC geen verzekerde prestatie is. In dat geval bestaat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg. De commissie overweegt ten aanzien hiervan als volgt.

Tweede HIPEC

6.3. De vraag is of een tweede HIPEC bij een mesothelioom van het buikvlies zorg is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling hiervan richt de commissie zich naar het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn, die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.

- 6.4. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter moeten worden gemotiveerd.
- 6.5. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.6. Het Zorginstituut heeft de zorg die in geschil is beoordeeld. Het advies van 17 juni 2020 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat een tweede HIPEC bij een mesothelioom van het buikvlies niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering is. De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over.

Tweede debulkingoperatie

- 6.7. Voor de tweede debulkingoperatie heeft de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk een vergoeding verleend van € 18.871,36. Dit is het bedrag dat ten laste van de Belgische sociale ziektekostenverzekering zou zijn gekomen, en dat dus ook zou zijn vergoed bij toepassing van de verordening. Verzoeker heeft een nota ontvangen van totaal € 37.590,40, zodat € 18.719,04 voor zijn rekening blijft. Hij is van mening dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden tot een hogere vergoeding. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het Nederlandse marktconforme tarief € 14.144,69 bedraagt. Dit heeft hij berekend op grond van het gemiddeld door hem gecontracteerde tarief met een opslag van 25%. Omdat de uitkomst lager is dan het bedrag dat al is uitgekeerd, bestaat volgens de ziektekostenverzekeraar geen mogelijkheid tot een hogere vergoeding. Volgens de ziektekostenverzekeraar is sprake van een keuze tussen de beide stelsels. Wordt voor het ene stelsel gekozen, dan is het andere stelsel niet meer aan de orde. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat door het Belgische ziekenhuis teveel kosten onder het bedrag van € 18.871,36 zijn gebracht, onder andere kosten die betrekking hebben op de HIPEC. Hij vordert dit bedrag echter niet van verzoeker terug.
- 6.8. De commissie overweegt dat in de Europese Patiëntenrichtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) is bepaald dat een uitvoeringsorgaan, voorafgaand aan een behandeling, de verzekerde moet informeren over de vergoedingsmogelijkheden. De richtlijn is geïmplementeerd in de Nederlandse wetgeving, zodat de ziektekostenverzekeraar hieraan is gebonden. In geval een beroep kan worden gedaan op zowel de verordening als op de voorwaarden van de zorgverzekering is het inderdaad aan betrokkene hier een keuze tussen te maken. In de situatie van verzoeker is aanvankelijk echter alleen gesproken over een vergoeding op grond van de zorgverzekering. De mogelijkheid om – op basis van de verordening – te kiezen voor het Belgische stelsel werd hem toen niet geboden. Dit is ook begrijpelijk, omdat sprake was van een gecombineerde aanvraag, die ook betrekking had op de tweede HIPEC, een behandeling die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals hiervoor is geconcludeerd. Het verzoek om toestemming op grond van de verordening voor de gecombineerde aanvraag werd daarom terecht afgewezen. Hieruit volgt wel dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde keuzemogelijkheid ten aanzien van de tweede debulkingoperatie op dat moment niet bestond.
- 6.9. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar echter een tarifieringsverzoek gedaan bij de Belgische mutualiteit. De commissie leidt hieruit af dat indien uitsluitend een tweede debulkingoperatie zou zijn

aangevraagd door verzoeker werd voldaan aan artikel 20 Vo.nr. 883/2004 en voor deze behandeling toestemming was verleend. In artikel 26, zevende lid, van Vo. nr.987/2009 is bepaald dat in een dergelijke situatie, waarin toestemming is verleend en kosten voor rekening van de verzekerde zijn gebleven, recht bestaat op aanvulling tot het tarief volgens de sociale ziektekostenverzekering van de bevoegde lidstaat, in dit geval de Nederlandse zorgverzekering. Uiteraard mag de vergoeding de werkelijk gemaakte kosten niet te boven gaan. Onder andere het eigen risico is hierbij onverkort van toepassing. Ongeacht het feit dat de onder 6.8 benoemde keuzemogelijkheid dus niet bestond, komt daarom langs deze weg toch de vraag aan de orde tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden bij toepassing van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.10. Bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding op basis van de zorgverzekering is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproductcode 029199211 (declaratiecode 15C118) met als omschrijving: "*Overige maligniteit abdomen | Oper tract digest (zeer) zwaar/ debulking | Met endoluminale scopie in operatief traject | Zonder VPLD/ Met VPLD 1-28 | Nieuwv maligne spijsvertering (...)* Operatie aan het maagdarmkanaal met behulp van kijkbuis-apparatuur en het maximaal wegnemen van tumorweefsel met maximaal 28 verpleegdagen bij kanker buikorganen (...)". Het betreft een code uit het zogenoemde vrije segment, waarbij de tarieven geen vaststaand gegeven vormen. De juistheid van het gehanteerde DBC-zorgproduct vormt geen onderdeel van geschil, zodat de commissie hiervan uitgaat. De ziektekostenverzekeraar heeft het marktconforme tarief bepaald op € 14.144,69. Dit bedrag bestaat uit het gemiddeld gecontracteerde tarief met een opslag van 25%.
- 6.11. Op grond van artikel 15.1 van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten op basis van het 'marktconform tarief'. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in de toelichting op artikel 28 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) bepaald dat de term 'marktconform tarief' niet meer mag worden gebruikt als synoniem voor het 'gemiddeld gecontracteerde tarief' of andere varianten hiervan die vaak door verzekeraars worden gehanteerd als uitgangspunt om bij natura- en combinatiepolissen de vergoedingsbeperving te berekenen voor niet-gecontracteerde zorg. Hiermee staat vast wat het 'marktconform tarief' niet is, maar blijft de vraag onbeantwoord wanneer kan worden gesproken van een excessief tarief als bedoeld in de toelichting op de onderliggende weten regelgeving. De commissie merkt in dit verband op dat het aan de betrokken verzekeraar is te stellen en te onderbouwen dat sprake is van een tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend is te achten (artikel 2.2., tweede lid, sub b Bzv). Vergelijk in dit verband de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven van 28 juli 2020, gepubliceerd op Rechtspraak.nl onder ECLI:NL:CBB:2020:489.
- 6.12. De commissie overweegt in dit verband dat daartoe eerst het begrip 'markt' moet worden gedefinieerd. Het ligt in de rede hierbij uit te gaan van de gehele Nederlandse zorgverzekerdenmarkt en de op die markt gehanteerde tarieven. De wetgever verwijst immers naar de Nederlandse marktomstandigheden. Daarbij doet zich voor verschillende verzekeraars het probleem voor dat zij geen zicht hebben op de in deze markt gehanteerde tarieven, bijvoorbeeld omdat zij alleen naturapolissen aanbieden binnen een bepaalde regio of zich uitsluitend richten op verzekerden die kiezen voor een restitutiepolis. De commissie heeft daarom eerder (vgl. o.a. GcZ 4 december 2019, 201901150) een meer algemeen geldend kader voor de bepaling van het 'marktconforme tarief' voor medisch specialistische zorg vastgesteld.
- 6.13. Geconstateerd moet worden dat de zorgverzekerdenmarkt voor circa 2/3e deel bestaat uit verzekerden die zijn verzekerd op basis van de Zvw en hebben gekozen voor een naturapolis dan wel een combinatiepolis met gecontracteerde zorg of een restitutiepolis met gecontracteerde zorg. De betreffende verzekerden zijn in principe aangewezen op zorg en overige diensten, geleverd door gecontracteerde zorgaanbieders. Via Open DIS-data van de NZa kan worden achterhaald wat het gemiddeld gecontracteerde tarief is voor een bepaalde behandeling, waarbij overigens de laagste en hoogste declaraties reeds buiten de berekening zijn gelaten. Het hanteren van dit gemiddelde stuit echter af op het bepaalde in eerder genoemde regeling met nummer TH/NR-010.

- 6.14. Om die reden heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd bij de NZa navraag te doen naar het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde betrokken tarief voor de behandeling met DBC zorgproductcode 029199211. De ziektekostenverzekeraar heeft aan dit verzoek voldaan, en heeft meegedeeld dat hij van de NZa heeft vernomen dat bij de betreffende zorgproductcode geen tarief is opgenomen in Open DIS-data. Daarom moet worden teruggevallen op de hoofdregel dat de ziektekostenverzekeraar moet onderbouwen waarom het in rekening gebrachte tarief in redelijkheid niet passend is te achten.
- 6.15. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk een vergoeding berekend van € 14.144,69 voor de tweede debulkingoperatie, waaruit is af te leiden dat op dat moment het meerdere door hem in redelijkheid niet passend werd geacht. Naar aanleiding van het tarifieringsverzoek is een hogere vergoeding toegekend, zodat niet het bedrag van € 14.144,69 voor het vervolg als uitgangspunt moet worden genomen, maar € 18.871,36. Hoewel een onderbouwing ontbreekt, is dit het bedrag dat feitelijk wordt vergoed. Hierbij is van belang dat de ziektekostenverzekeraar de stelling heeft betrokken dat de vergoeding eigenlijk te hoog is, omdat hierin ook kosten zijn betrokken die zien op de – niet onder de dekking van de zorgverzekering vallende – tweede HIPEC. Het lag vervolgens op de weg van verzoeker deze stelling te weerleggen, althans aannemelijk te maken dat al dan niet na aftrek van de kosten die de tweede HIPEC betreffen, door hem voor de tweede debulkingoperatie kosten zijn gemaakt die het bedrag van € 18.871,36 overschrijden. De vergoeding ten laste van de zorgverzekering kan immers nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte kosten, ongeacht de toegepaste berekeningssystematiek voor de vergoeding. Verzoeker is hiertoe door de commissie in de gelegenheid gesteld en hem is verzocht gespecificeerde nota's over te leggen. Uit de nota's die door hem zijn aangeleverd blijkt niet welk deel van de voor zijn rekening gebleven kosten de tweede debulkingoperatie betreft. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding dan € 18.871,36, ten laste van de zorgverzekering.
- 6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 augustus 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

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 plagen te bieden.



Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “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. (...)*”

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

- 1.** De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
- 2.** De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 3.** Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 4.** Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
- 5.** In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
- 6.** De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

- 1.** Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a.** de zorg niet omvat:
 - 1°.** het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°.** de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°.** de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;

- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.