

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : Curaçao, geneeskundige zorg, laparotomie met aanleggen side-to-side
anastomose, complicatie waarvoor relaparotomie, hoogte vergoeding
Regelgeving : Voorwaarden ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202200744
Zittingsdatum : 5 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 12 december 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 10 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 februari 2023 aan verzoeker gestuurd, met het verzoek hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 21 februari 2023 heeft verzoeker op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 28 februari 2023 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 1 maart 2023 respectievelijk 22 maart 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ONVZ Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Topfit Internationaal en ONVZ Tandfit Module C (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoeker genoten zorg, en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker woont op Curaçao. In 2020 heeft bij hem een hemicolectomie plaatsgevonden, waarna een stoma is geplaatst. De kosten van deze ingreep zijn door de ziektekostenverzekeraar volledig aan verzoeker vergoed. In november 2021 is een laparoscopie uitgevoerd, waarbij de stoma is verwijderd. Na een complicatie heeft een relaparoscopie plaatsgevonden. De kosten van beide ingrepen alsmede die van de benodigde medicatie heeft verzoeker ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze kosten bedragen ANG 1.113, --, ANG 22.917,66, ANG 977,64, ANG 119,42 respectievelijk ANG 249,91 (totaal ANG 25.377,63, omgerekend met een wisselkoers van € 0,4841 geeft € 12.285,31).
- 3.3. Op 21 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de SOS Alarmcentrale meegedeeld dat de maximale vergoeding voor de ingreep € 12.016,62 bedraagt.

- 3.4. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de verleende vergoeding, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 21 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 12.016,62 te vergoeden.
- 4.2. In dat kader heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zich verschuilt achter formele, bureaucratische en voor hem niet navolgbare regelgeving, zonder enige empathie voor de kern van de onvolledige en onrechtvaardige vergoedingssystematiek. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-systematiek is nogal ingewikkeld voor de doorsnee verzekerde in Nederland, laat staan voor in het buitenland wonende verzekerden met een internationale polis met werelddekking. De prijsstellingen voor de verschillende "zorgproducten" zouden te maken hebben met contractuele afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de verschillende ziekenhuizen in Nederland, met een jaarlijkse middeling als grondslag voor prijsstelling naar derden zoals verzoeker. In Nederland zouden de kosten naar verwachting volledig zijn vergoed. Gezien het aantal verzekerden op Curaçao zou het voorstelbaar zijn geweest dat de ziektekostenverzekeraar afspraken had gemaakt met het CMC ziekenhuis in de vorm van DBC's met een reële vergoedingsbasis. Maar dat blijkt niet het geval.
- 4.3. Ten aanzien van de eerste (spoed)opname in 2020 heeft de echtgenote van verzoeker de SOS Alarmcentrale ingeschakeld in verband met een garantiebrieft. Deze financiële afwikkeling is prima verlopen.
- Voor november 2021 werd wederom de SOS Alarmcentrale benaderd vanwege de hersteloperatie, waarvoor een goedkeuring werd gegeven op basis van een opgevraagd budget bij het CMC ziekenhuis. Een dag na thuiskomst van deze hersteloperatie bleek dat een en ander niet in orde was en dat verzoeker helaas met spoed opnieuw moest worden geopereerd. Verzoeker heeft wederom een garantiebrieft aangevraagd bij de SOS Alarmcentrale, uitgaande van een door het ziekenhuis opgestelde begroting. Achteraf blijken de kosten door het CMC ziekenhuis echter niet juist te zijn ingeschat. Verzoeker werd toen pas voor het eerst geconfronteerd met de DBC-systematiek. Zijn ziektegeval is op zich niet buitensporig verlopen, met wel eenmaal een levensbedreigende complicatie met heroperatie. Voorts is er geen overmatige diagnostiek verricht of zijn er bovenmatige ligdagen/polikliniekbezoeken gedeclareerd. Desondanks is de dekking (achteraf) volstrekt onvoldoende. En dat was uiteindelijk de intentie en wat verzoeker was voorgespiegeld: een volwaardige ziektekostenverzekering met een dekking zoals voorheen, maar tegen wel een aanzienlijk hogere premie dan in Nederland.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan reeds aan hem is verleend. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de SOS Alarmcentrale een garantieverklaring heeft afgegeven en dat nota's tot dit bedrag zijn ontvangen via de SOS Alarmcentrale. Daarnaast zijn door de ziektekostenverzekeraar nog andere nota's ontvangen voor zorg, genoten in de periode tussen 1 oktober 2021 en 8 december 2021. Voor die nota's is geen vergoeding verleend, omdat deze boven de maximale vergoeding uit komen. Wel is een extra vergoeding verleend voor het diagnostisch onderzoek dat is uitgevoerd op 1 oktober 2021 en 8 oktober 2021. De extra vergoeding bedraagt € 766,56. Formeel vallen deze kosten ook binnen de maximale vergoeding van € 12.016,62, maar door de werkprocessen en de overdracht van het dossier aan de SOS Alarmcentrale waren de nota's al eerder verwerkt en daardoor zijn deze niet in de maximale vergoeding opgenomen. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de wisselkoers op 15 en 22 november 2021 € 0,484172667836 bedroeg. Er zijn geen kosten voor rekening van verzoeker gebleven die

gerelateerd zijn aan deze wisselkoers. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar op 16 juni 2022 bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geïnformeerd wat de hoogste vergoeding bedroeg voor DBC-zorgproductcode 02199043. De NZa liet de ziektekostenverzekeraar op 17 augustus 2022 weten dat de hoogste vergoeding destijds € 10.803,30 bedroeg.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoeker genoten zorg een verzekerde prestatie vormt onder de ziektekostenverzekering en dat verzoeker hiervoor een verzekeringsindicatie had. Wat hen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding voor deze zorg. In artikel 1, tweede lid, van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering is bepaald dat de kosten van zorg worden vergoed tot maximaal:
 - 1. het tarief dat is overeengekomen tussen de zorgverlener en de ziektekostenverzekeraar;
 - 2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
 - 3. als er geen Wmg-tarief bestaat, een in Nederland geldend marktconform bedrag. Onder het marktconform bedrag verstaat de ziektekostenverzekeraar het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. Bij medisch-specialistische zorg vergoedt de ziektekostenverzekeraar maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Als er bij de verzekerde een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kan de zorgverzekeraar een uitzondering maken.
 Het derde lid van artikel 1 bepaalt dat indien medisch-specialistische zorg buiten Nederland is genoten, deze zorg voor de toepassing van het vorige lid wordt vertaald naar een passend Nederlands DBC-zorgproduct.
 Verzoeker is met het aangaan van de verzekering akkoord gegaan met deze voorwaarden, in dit verband meer in het bijzonder die met betrekking tot de invulling van het begrip 'marktconform bedrag' en inzake de vertaling van de in het buitenland gemaakte kosten van zorg naar een passend Nederlands DBC-product. Om die reden is hij hieraan gebonden, waaraan niet afdoet dat de DBC-systematiek voor verzoeker ingewikkeld is. Zijn stelling dat de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst tegen reële tarieven had kunnen afsluiten met het CMC ziekenhuis neemt de commissie voor kennisgeving aan.
- 7.3. Op basis van de ontvangen nota's heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar het DBC-zorgproduct 029199043 bepaald. Volgens de NZa tariefapplicatie is de bijbehorende omschrijving hiervan: *"Colorectale maligniteit | Oper onderste tract digest ov middel/zwaar | Zonder endoluminale scopie in operatief traject | Zonder VPLD/Met VPLD | Nieuw maligne spijsvertering (...) Operatie aan het maagdarmkanaal met maximaal 28 verpleegdagen bij kanker van dikke darm of endeldarm"*. Het betreft een code uit het zogenoemde vrije segment, waarbij de tarieven niet vast staan, maar door onderhandeling worden bepaald. De gehanteerde DBC-zorgproductcode komt de commissie - met inachtneming van de in het dossier beschikbare informatie over de uitgevoerde behandeling en gegeven het feit dat verzoeker in deze procedure geen alternatieve DBC-zorgproductcode heeft aangedragen - juist voor. Waar het gaat om het 'marktconform bedrag' geldt dat door de ziektekostenverzekeraar onweersproken is gesteld dat de hoogste bij dit DBC-zorgproduct behorende vergoeding volgens informatie van de NZa destijds € 10.803,30 bedroeg. Hiermee staat vast dat 95% van de zorgverleners in Nederland toen een

lager tarief hanteerde. Door de ziektekostenverzekeraar is evenwel een hoger bedrag, namelijk € 12.016,62, als uitgangspunt voor de vergoeding genomen. Dit is reeds aanzienlijk meer dan het 'marktconform bedrag', berekend volgens de verzekeringsvoorwaarden.

Slotsom

7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 april 2023,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Basisfit Internationaal 2021

Artikel 1 Restitutiebasis

- lid 1 De ONVZ Basisfit Internationaal biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. De zorgverlener moet wel voldoen aan de geldende (kwaliteits)wetgeving.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en ONVZ,
 2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
 3. als er geen Wmg-tarief bestaat, een in Nederland geldend marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. Bij medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoedt de zorgverzekeraar maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Als er bij de verzekerde een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kan de zorgverzekeraar een uitzondering maken.
- lid 3 Buiten Nederland genoten medisch-specialistische zorg wordt voor de toepassing van het vorige lid vertaald naar het passende Nederlandse DBC-zorgproduct.
- lid 4 ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Artikel 2 Eigen risico

- lid 1 Voor de ONVZ Basisfit Internationaal kunt u kiezen voor een eigen risico. ONVZ brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de ONVZ Basisfit Internationaal. Het gekozen eigen risico is vermeld op het polisblad. De andere eigen risico bedragen die u kunt kiezen, staan vermeld in de premietabel die onderdeel uitmaakt van voorwaarden van de ONVZ Basisfit Internationaal.
- lid 2 Kosten die niet onder de dekking van de ONVZ Basisfit Internationaal vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 3 Als de ONVZ Basisfit Internationaal in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent ONVZ het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarop de verzekering liep of zal lopen, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar. Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar, dan berekent ONVZ het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarover volwassenenpremie wordt betaald, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- De uitkomsten van deze berekeningen worden afgerond op hele euro's.
- lid 4 Voor medisch-specialistische zorg zoals omschreven in artikel 4, verleend in een Nederlandse zorginstelling, geldt dat voor de verrekening van het eigen risico een DBC of DBC-zorgproduct wordt toegerekend aan het jaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct wordt geopend. Voor medisch-specialistische zorg buiten Nederland geldt, dat voor de verrekening van het eigen risico de kosten van de nota worden toegerekend aan het jaar waarin de behandeldatum van de betreffende nota valt.

Artikel 3 Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen in het woonland die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Huisartsenzorg omvat ook daarmee samenhangend (laboratorium)onderzoek.

Artikel 4 Medisch-specialistische zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Een medisch specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is noodzakelijk dat u voor aanvang van de zorg een verwijzing heeft van een huisarts, jeugdarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.
- Gaat het om behandelingen vermeld op de lijst *Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg 2021* dan vergoedt ONVZ de kosten van zorg alleen als zij voor aanvang van de zorg toestemming heeft gegeven. U kunt deze lijst raadplegen op www.onvz.nl of aanvragen bij het ONVZ Service Center. In Nederland kan uw zorgverlener doorgaans deze toestemming voor u aanvragen.
- lid 2 **a. Ziekenhuisopname**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten tijdens de opname van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling. Daarnaast vergoedt ONVZ de kosten van de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard**
De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:
1. afwijkingen van 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 verslapte bovenoogleden als dit een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemeltspelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.
- d. In-vitrofertilisatie (ivf)**
Voor ivf bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de 1e, 2e en 3e poging per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar.
- Als u bij aanvang van de 1e of 2e ivf-poging jonger bent dan 38 jaar, vergoedt ONVZ de kosten alleen als niet meer dan één embryo wordt teruggeplaatst.
- Een ivf-poging houdt in:
1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in uw lichaam;
 2. de follikelpunctie;
 3. de laboratoriumfase;
 4. het 1 of meer keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.
- Bijzonderheden:
1. Een icsi (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijk gesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie;
 2. De aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen, verband houdend met de 1e, 2e en 3e poging ivf maakt onderdeel uit van artikel 4 Medisch-specialistische zorg- en niet van artikel 17 Farmaceutische zorg;

3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang geen sprake is van een doorgaande zwangerschap;
 4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste 12 weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee 4 dagen korter, dus in totaal 9 weken en 3 dagen;
 5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na een ivf – geldt als nieuwe 1e poging.
- lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:
1. abdominoplastiek (buikwandcorrectie), tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 2. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een – gehele of gedeeltelijke – borstamputatie en bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transsexualiteit (man-vrouw transgenders);
 3. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 4. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek (reconstructie van de huid);
 5. behandelingen gericht op sterilisatie (zowel man als vrouw);
 6. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie (zowel man als vrouw);
- lid 4 Voor vergoeding van kosten voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geldt niet dit artikel, maar artikel 21. Als geestelijke gezondheidszorg echter noodzakelijk is als onderdeel van de integrale behandeling door een medisch specialist, dan worden de kosten niet apart vergoed volgens de artikelen 20 en 21, maar vallen ze onder het DBC-zorgproduct van de medisch-specialistische zorg.
- lid 5 De aanspraak voor mondzorg door de kaakchirurg is omschreven in artikel 16.

Artikel 5 Medisch-specialistische verpleegkundige zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. ONVZ vergoedt deze kosten als de verpleegkundige zorg medisch noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, aansluitend op, of in plaats van, opname in een ziekenhuis. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist verleent de zorg. De zorg omvat niet: verpleegkundige zorg die gepaard gaat met verblijf.
- lid 2 Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als ONVZ voor aanvang van de zorg toestemming heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan van de medisch specialist te worden ingediend. In dit behandelplan is de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.
- lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van persoonlijke verzorging, thuisbeademing, palliatieve terminale zorg, intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening, casemanagement en preventie.

Artikel 6 Geboortezorg

- Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de hierna genoemde kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis vergoedt ONVZ:
- de kosten van ziekenhuisopname volgens artikel 4, lid 2a;
 - de kosten van verloskundige en andere medisch-specialistische zorg, alsmede de bijkomende kosten.