

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, second opinion, spontane intracraniële hypotensie, doelmatigheid, ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.1, 2.4, 2.13 en 2.14 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202200749

Zittingsdatum : 5 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 10 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 november 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 4 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 januari 2023 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 25 januari 2023 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Een kopie van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 22 februari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023001004) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 februari 2023 aan partijen gestuurd. Bij brief van 21 maart 2023 heeft verzoekster op het desbetreffende advies gereageerd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede de reactie van verzoekster van 21 maart 2023 zijn op 12 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 22 februari 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 17 april 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend**** en Aanvullend Tand** (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3.2. Verzoekster heeft in maart 2020 een tweetal operaties ondergaan in het UMC. Nadat zij werd ontslagen uit het ziekenhuis namen de klachten toe. In verband hiermee werd zij verwezen naar een medisch specialist, verbonden aan het Radboud MC voor een second opinion. Verzoekster heeft vervolgens besloten zich te wenden tot een medisch specialist van de Universitätsklinik te Freiburg, Duitsland. Zij is hier op 13 november 2020 per ligtaxi naartoe vervoerd, en werd er van 23 november 2020 tot en met 3 december 2020 behandeld. Op laatstgenoemde datum is zij met de ligtaxi teruggebracht. De kosten van de behandeling belopen € 16.787,38 en die van het vervoer € 3.000,-.

3.3. Uit de stukken blijkt dat verzoekster eerst een schriftelijke second opinion heeft gehad bij Royal Doctors in België. De kosten hiervan zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 1 oktober 2020 is gevraagd om een volgende second opinion, uit te voeren in Freiburg. Hierop is verzocht om aanvullende informatie. Verzoekster gaf bij brief van 15 februari 2021 een toelichting. De ziektekostenverzekeraar herhaalde zijn verzoek bij brief van 22 april 2021. Verzoekster reageerde hierop bij brieven van 16 mei 2021 en 16 november 2021. Bij brief van 3 februari 2022 verklaarde de ziektekostenverzekeraar € 326,27 te vergoeden voor de second opinion. Voor het overige werd vergoeding geweigerd. Verzoekster reageerde hierop bij brief van 10 februari 2022. Op 22 februari 2022 werd zij nogmaals verzocht om aanvullende informatie. Bij brief van 26 april 2022 deelde de ziektekostenverzekeraar haar mee voor de behandeling van een CFS-lek € 686,70 te vergoeden. Voor het overige bleef de afwijzing in stand. De vervoerskosten werden bij brief van 10 juni 2022 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Verzoekster heeft zich hierna gewend tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, maar dit heeft niet geleid tot een andere uitkomst.

3.4. Bij brief van 22 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandeling in Freiburg ten bedrage van 16.787,38 en de vervoerskosten van € 3.000,- volledig moet vergoeden.

4.2. Verzoekster licht toe dat zij op 15 december 2019 van de trap is gevallen. Hierna heeft zij klachten ontwikkeld, in verband waarmee zij in maart 2020 twee zware operaties heeft ondergaan in het UMC. Omdat de artsen aldaar niet wisten hoe het verder moest en omdat er ruimte moest worden gemaakt voor COVID19-patiënten werd verzoekster op 13 maart 2020 naar huis gestuurd. Nadat de klachten verergerden heeft verzoekster Royal Doctors in België geconsulteerd voor een second opinion. Met de uitkomsten is zij teruggegaan naar de behandelend medisch specialist in het UMC. Deze verwees haar door naar een medisch specialist, verbonden aan het Radboud MC. Daar kon zij pas na vier tot zes weken terecht. Op haar telefoontjes werd door het ziekenhuis niet gereageerd. Via de Engelse patiëntenvereniging kwam zij op het spoor van de Universitätsklinik te Freiburg. Aldaar is men gespecialiseerd in hersenvocht lekkage. Prof. Urbach is een vooraanstaand lid van de CSF Leak Association en een autoriteit op het gebied van liquorlekkage.

4.3. Verzoekster wijst erop dat een second opinion deel uitmaakt van het verzekerde pakket van de zorgverzekering en dat zij beschikt over een verwijzing hiervoor. Overigens betreft het geen third opinion, zoals de ziektekostenverzekeraar beweert, aangezien de schriftelijke second opinion bij Royal Doctors werd vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering en deze om die reden in dit verband buiten beschouwing dient te blijven. Verzoekster meent dat de kosten die zij heeft moeten maken ook zouden zijn gemaakt als de Nederlandse medisch specialisten een actievere houding hadden getoond en zij in Nederland was behandeld.

Met betrekking tot het vervoer per ligtaxi merkt verzoekster op dat zij beschikt over een verwijzing hiervoor van de huisarts. Het is voor haar niet mogelijk langer dan twee minuten overeind te komen.

- 4.4. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat de diagnose en behandeling in Nederland gericht waren op de schedelbasis en niet op de wervelkolom. Daarmee hangt samen dat het onderzoek in Nederland naar een verklaring op spinaal niveau niet verder kon worden voortgezet. Omdat een liquorlek op het niveau van de wervelkolom niet kon worden uitgesloten, hebben de artsen in Freiburg aangeboden onderzoek te doen naar de oorzaak van de klachten. De medische verrichtingen hebben zich beperkt tot onderzoeken en er zijn niet meer onderzoeken gedaan dan nodig waren. Daar komt bij dat van een Duitse arts niet kan worden verlangd dat hij contact opneemt met de ziektekostenverzekeraar teneinde navraag te doen welke onderzoeken wel en niet mogen worden uitgevoerd in het kader van een second of third opinion.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en is door haar toegelicht dat zij het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat de onderzoeken die zijn gedaan in Freiburg niet doelmatig zijn, niet kan volgen. Dit omdat verzoekster niet voor niets liggend naar Freiburg is vervoerd. Door de aanwezige pijnklachten kon verzoekster niet langer dan 30 minuten zitten. Een opname in de kliniek was om deze reden ook vereist. Voor zover wordt gesteld dat de in Freiburg gedane onderzoeken onnodig zijn herhaald geldt dat de behandelend artsen zonder deze onderzoeken geen behandelvoorstel kunnen doen. De onderzoeken die al in Nederland waren uitgevoerd hebben de artsen als uitgangspunt genomen. Als de commissie of de ziektekostenverzekeraar meer informatie wenst van de behandelend artsen kan dit, indien gewenst, worden opgevraagd.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel B.25 van de zorgverzekering, verklaard dat hij voor de third opinion een bedrag van € 326,27 heeft vergoed, dit op grond van DBC-code 1821990282/15C978 (*2 of meer polikliniekbezoeken/consultaties op afstand of second opinion(s) bij algemene klachten*). Hierbij maakt het overigens voor de hoogte van de vergoeding niet uit of het een second of third opinion betreft.
Voor de behandeling van het CFS-lek is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 069799004/15A370 (*1 dagbehandeling bij migraine of een andere vorm van hoofdpijn*). Op basis van deze DBC-code is een bedrag van € 686,70 vergoed.
Voor de overige behandelingen geldt dat de medisch specialist in Duitsland onvoldoende heeft onderbouwd waarom de uitgebreide medische onderzoeken tijdens de opname doelmatige zorg waren terwijl deze al in Nederland waren uitgevoerd en de bevindingen daarvan uit het dossier van verzekerde te herleiden waren. Verzoekster was dan ook redelijkerwijs niet aangewezen op de in Duitsland uitgevoerde onderzoeken en behandelingen.
Voor het vervoer per ligtaxi werd geen voorafgaande toestemming verleend. Vergoeding is om die reden geweigerd. Ook als wél voorgaande toestemming was gevraagd, was vergoeding van de kosten afgewezen. Dit omdat niet wordt voldaan aan de criteria om voor vergoeding van zittend ziekenvervoer in aanmerking te komen.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de uitgevoerde onderzoeken niet worden vergoed omdat niet is voldaan aan de geleden voorwaarden. Zo is niet duidelijk geworden met welke reden de onderzoeken zijn uitgevoerd, en waarom niet is teruggegaan naar de behandelend arts in Nederland. Verder is niet aannemelijk gemaakt waarom de onderzoeken alleen in een klinische setting konden plaatsvinden. De conclusie is daarom dat, ondanks het feit dat de oorzaak van het lek onduidelijk was, de uitgevoerde onderzoeken niet doelmatig zijn geweest en dat verzoekster hierop niet redelijkerwijs was aangewezen.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 22 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Niet in geschil is dat een second opinion in de kliniek in Duitsland heeft plaatsgevonden. Verzoekster heeft toestemming gevraagd voor het behandelplan als zijnde een second (third) opinion, de huisarts heeft haar doorverwezen naar de kliniek in Duitsland voor een second (third) opinion en verweerder heeft een second (third) opinion vergoed, conform het tarief van een second opinion.

Bij een second (third) opinion is het gebruikelijk om een medisch dossier met alle eerdere onderzoeksresultaten aan de geconsulteerde arts aan te leveren. Op basis van dat dossier, eventueel aangevuld met een consult en/of een eenvoudig onderzoek of behandeling, bepaalt deze arts of de eerder gestelde diagnose klopt, of dat er nog aanvullend onderzoek nodig is. Vervolgens wordt patiënt weer terug verwezen naar de oorspronkelijke behandelaar voor (verdere) behandeling.

Uit het beschikbare dossier blijkt niet dat de arts in Duitsland een dossier van verwijzer heeft ontvangen en heeft beoordeeld. De third opinion in de kliniek in Duitsland heeft niet ingehouden dat aan de hand van het reeds gevormde dossier is bepaald of de eerder gestelde diagnose klopte, of dat er nog aanvullend onderzoek door de hoofdbehandelaar nodig was. De arts in Duitsland heeft zelf opnieuw en uitvoeriger onderzoek verricht om liquorlekkage craniaal en spinaal alsmede differentiaal diagnoses uit te sluiten. Het argument hiervoor was dat eerder onderzoek in Nederland zich heeft beperkt tot het uitsluiten van craniale liquorlekkage. Deze handelwijze is niet conform de voorwaarden voor een second (third) opinion.

Een second (third) opinion is niet bedoeld om zo uitvoerig en deels herhaald onderzoek te verrichten. Voor aanvullend onderzoek had verzoekster terugverwezen moeten worden naar de hoofdbehandelaar. Op grond van de beschikbare informatie in het dossier is niet gebleken dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de zorg die meer omvatte dan de second opinion, dat wil zeggen een consult en/of een eenvoudig onderzoek of behandeling.

Op grond van de beschikbare informatie in het dossier is ook niet gebleken dat verzoekster behoort tot een groep van verzekerden die aanspraak kan maken op vergoeding van vervoer of dat zij op grond van de hardheidsclausule in aanmerking komt voor een vergoeding van de kosten voor vervoer.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie concludeert het Zorginstituut dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op de geleverde zorg in Duitsland, behoudens een vergoeding voor een third opinion zoals door verweerder aangegeven. Ook is niet gebleken dat verzoekster recht heeft op of in aanmerking komt voor vergoeding van de vervoerskosten.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan, behoudens de kosten voor de third opinion, geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten voor de behandeling in de kliniek in Duitsland en het vervoer naar en van deze kliniek ten laste van de basisverzekering."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en zittend ziekenvervoer alsmede die uit Vo. nr. 883/2004 over zorg in een andere EU-lidstaat 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.

Medisch specialistische zorg

- 8.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan om daar, volgens haar verklaring, een second opinion te vragen. Naar het oordeel van de commissie is van een second opinion evenwel geen sprake, nu het uitgangspunt hierbij is dat betrokkene met de bevindingen van de tweede arts terugkeert naar de behandelend arts. Dit is ook zo bepaald in artikel B.28, onder 5, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat is in dit geval niet gebeurd en was kennelijk ook nooit het voornemen van verzoekster.
Zowel voor de second opinion als voor de medisch specialistische behandeling geldt dat het gaat om planbare zorg, uitgevoerd in een andere lidstaat, waarop artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing is. Volgens dit artikel heeft een verzekerde na voorafgaande toestemming recht op zorg volgens het sociale ziektekostenverzekeringsstelsel van de andere EU- of EER-lidstaat. Hoewel op 25 september 2020 een e-mailbericht is verstuurd waarin sprake is van een S2-formulier, is dit kennelijk nooit ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en is hier ook geen beslissing op gevolgd. Het staat voorts vast dat ook achteraf geen toestemming is verleend door de ziektekostenverzekeraar.
Onder bijzondere omstandigheden kan het toestemmingsvereiste de verzekerde niet worden tegengeworpen, zo volgt uit jurisprudentie van het Europese Hof (Elchinov, C173/09). Dergelijke bijzondere omstandigheden zijn hier niet aan de orde. Verzoekster kon naar haar zeggen binnen vier tot zes weken bij het Radboud MC terecht, het ziekenhuis waarnaar zij voor een second opinion was verwezen. Deze termijn is - gegeven de aard van de zorg en de reeds langer aanwezige klachten - niet onredelijk lang. Dat de second opinion in Freiburg reeds binnen vier weken kon worden gepland, maakt deze conclusie niet anders. Hieruit volgt dat de verordening verder buiten toepassing blijft, en dat het recht op vergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Hiervoor werd reeds geconcludeerd dat aan de voorwaarden voor een second opinion niet is voldaan. Hieraan kan nog worden toegevoegd dat de verwijzing door de huisarts naar de Universitätsklinik geen gerichte verwijzing betreft. Deze werd namelijk pas op 23 november 2020 gegeven, de dag waarop de behandeling aldaar is gestart. Verzoekster bevond zich toen al langer in Freiburg, het vervoer daarheen vond immers al op 13 november 2020 plaats.
De ziektekostenverzekeraar heeft desalniettemin besloten een vergoeding te verlenen op basis van DBC-code 1821990282/15C978 ('2 of meer polikliniekbezoeken/consultaties op afstand of second opinion(s) bij algemene klachten'). Hierbij is hij uitgegaan van een tarief van € 326,27. De juistheid van de gehanteerde DBC-code of van het tarief zijn door verzoekster niet bestreden, zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat, voor zover het de second opinion betreft, de

vergoeding correct is vastgesteld. Of het hier een second dan wel een third opinion betreft is voor de vergoeding niet relevant.

- 8.4. Verzoekster heeft in Freiburg onderzoeken en een behandeling ondergaan. Ten aanzien van de onderzoeken is door de ziektekostenverzekeraar in de eerste plaats gesteld dat sprake is van een herhaling van de onderzoeken die al in Nederland zijn uitgevoerd. De resultaten hiervan hadden in Nederland kunnen worden opgevraagd. Dit is in overeenstemming met het bepaalde in artikel B.28, onder 4, van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin is bepaald: *"Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar"*. Dit is blijkbaar niet gebeurd. Verder blijkt uit de correspondentie dat voor de eventuele extra onderzoeken - hoewel hier herhaaldelijk om is verzocht - geen behoorlijke onderbouwing is aangeleverd. De commissie ziet dan ook geen aanleiding verzoekster hiertoe nogmaals in de gelegenheid te stellen, zoals ter zitting door haar is voorgesteld. Gelezen het advies van het Zorginstituut van 22 februari 2023 concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar om die reden kon concluderen dat verzoekster, behoudens de vergoeding voor de second of third opinion, redelijkerwijs niet was aangewezen op de in Duitsland geleverde zorg.
- 8.5. Verzoekster heeft in Freiburg een behandeling ondergaan van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat kader zijn de artikelen A.4.3.1, A.15, onder d, en B.31 van de voorwaarden van de zorgverzekering van belang. Kort gezegd bepalen deze artikelen dat als zorg wordt gedeclareerd die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder de vergoeding lager is dan wanneer de zorg is verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder. De maximale vergoeding bedraagt maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor de zorg is ingekocht bij een gecontracteerde zorgaanbieder. In de onderhavige situatie is de ziektekostenverzekeraar voor de behandeling van het CFS-lek uitgegaan van DBC-code 069799004/15A370 (*1 dagbehandeling bij migraine of een andere vorm van hoofdpijn*) met een tarief van € 686,78. De juistheid van de DBC- code en berekening van het tarief zijn door verzoekster niet bestreden. Om die reden neemt de commissie als vaststaand aan dat de vergoeding voor de behandeling correct is berekend door de ziektekostenverzekeraar.

Zittend ziekenvervoer

- 8.6. In artikel B.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering is onder andere bepaald:

"Voorwaarden voor het recht op zittend ziekenvervoer

- 1 Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 - 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepaalt deze medewerker ook of er begeleiding noodzakelijk is.*
- 2 Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.*
- 3 Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.*
- 4 In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.*
- 5 U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen."*

De commissie stelt vast dat geen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is gevraagd en verkregen (punt 1) en dat hetzelfde geldt voor het vervoersmiddel, te weten een ligtaxi (punt 3). Om deze redenen heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer. Hetgeen zij heeft aangevoerd over een verwijzing door de huisarts is feitelijk onjuist. Overgelegd is een kopie van een 'Aanvraagformulier vergoeding zittend ziekenvervoer', door de huisarts ondertekend met dagtekening 11 november 2020. Onduidelijk is of dit formulier

toen ook bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend. De afwijzende beslissing dateert immers van 10 juni 2022. Daarbij moet worden geconstateerd dat - indien het formulier wél op genoemde datum werd ingestuurd - de ziektekostenverzekeraar geen redelijke termijn is gegund om hierop te beslissen. Het vervoer heen vond immers al op 13 november 2020 plaats.

Slotsom

8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 mei 2023,

L. Ritzema

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
 - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
 - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
 - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming zich te wenden tot een bepaalde persoon

of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

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°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 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 gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

Let op! Heeft u een restitutiepols? Dan hebben omzetplafonds geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op! dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel C.2.1 leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel A.4.2 genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of zbc hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel 26, 27 lid 1, 28, 31, 33 lid 1 en 2) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Uitzondering hierop vormt de operatie voor prostaatkanker. Hiervoor geldt de selectieve contractering niet. U kunt terecht in alle ziekenhuizen die wij voor prostaatkankeroperaties gecontracteerd hebben.

4.3.3 Voor deze zorg kunt u ook bij niet gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen A.4.3.1 en A.4.3.2 niet. Het gaat om:

- a spoedeisende zorg;
- b verloskunde;
- c behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
- d behandelingen waarvoor u door uw behandeld specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- e zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- f behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- g vervolghandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel A.15.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op! Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.3.4 Restitutiepols (Basis Exclusief)

Heeft u een restitutiepols en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel A.15.

Een lijst met de indicatieve hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u bij ons opvragen.



Spreken en lezen

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.

B.19 Logopedie

U heeft recht op behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft. Van de behandeling kan worden verwacht dat deze de spraakfunctie of het spraakvermogen herstelt of verbetert. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Voorwaarde voor het recht op zorg

Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op logopedie gegeven door een door ons gecontracteerde logopedist.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- b toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - rapporten.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

Vervoer

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

B.20 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer

20.1 Vervoer per ambulance

- U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg:
- a van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
 - b naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
 - c vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
 - d vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
 - e van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen;
 - f naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar GGZ zorg zal ontvangen die geheel of gedeeltelijk onder de Jeugdwet valt.

Voorwaarden voor het recht op ambulancevervoer

- 1 Ambulancevervoer moet worden goedgekeurd door de meldkamer.
- 2 Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor liggend vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.
- 3 U heeft alleen recht op ambulancevervoer, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

20.2 Zittend ziekenvervoer

Reist u regelmatig van en naar zorgverleners of zorgverlenende instellingen? Dan heeft u mogelijk recht op de vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,32 per kilometer bij vervoer per eigen auto. U heeft recht op:

a zittend ziekenvervoer als u voldoet aan één of meer van de volgende criteria:

- u ondergaat nierdialyse of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
- u ondergaat oncologische behandelingen met radio-, chemo- of immuuntherapie of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
- u bent visueel gehandicapt en kunt zich zonder begeleiding niet verplaatsen;
- u kunt zich uitsluitend per rolstoel verplaatsen;
- u bent aangewezen op geriatrische revalidatie;
- u bent jonger dan 18 jaar en heeft vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap recht op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid.



b wanneer u aan één of meer van de hierboven genoemde criteria voldoet, heeft u recht op zittend ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

c vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van twee begeleiders toestaan.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op www.zk.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van recht op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op zittend ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard, als wij het vervoer niet verstrekken. Wij beoordelen of u op basis van de hardheidsclausule recht heeft op vergoeding. Indien u recht heeft op vervoer op grond van deze hardheidsclausule dan geldt dit niet alleen voor de behandeling zelf maar ook voor consulten, onderzoek of controles die u ondergaat omdat die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn.

Eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 105,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor het recht op zittend ziekenvervoer

- 1 Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 – 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepaalt deze medewerker ook of er begeleiding noodzakelijk is.
- 2 Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
- 3 Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
- 4 In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- 5 U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer

Heeft u recht op zittend ziekenvervoer en reist u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling? Dan heeft u mogelijk recht op een vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van uw behandellocatie. U krijgt een vergoeding van maximaal € 75,- per nacht. U krijgt ook een vergoeding voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag van uw behandeling (op basis van de voorwaarden zoals hierboven genoemd).

Voorwaarden voor het recht op een overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer:

- 1 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 – 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer. Daarbij wordt gekeken of overnachten minder belastend voor u is dan heen- en terugreizen.
- 2 Als u kiest voor het recht op overnachting, dan komt uw recht op zittend ziekenvervoer, met uitzondering van de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag, voor die periode te vervallen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde vervoerder

Let op! Wilt u zich laten vervoeren door een vervoerder met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een vervoerder 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 A.4.

Wilt u weten met welke vervoerders wij een contract hebben? Neem dan contact op met onze Vervoerslijn, telefoonnummer 071 – 365 41 54. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde vervoerders vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Hoe declareer ik mijn nota's?

Een gecontracteerde vervoerder stuurt de nota's van de gemaakte kosten naar ons. Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt. Wilt u een overnachting declareren? Dan dient u de nota's van uw overnachtingskosten bij ons in te dienen.



Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 180 dagen. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan (uw zorgverlener vraagt hiervoor toestemming bij ons aan).

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

- 1 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
- 2 De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- 3 Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
- 4 Er is ook recht op geriatrische revalidatiezorg, als u niet in een ziekenhuis verbleef. Namelijk als u een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.
- 5 De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf in een ziekenhuis of zorginstelling als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

B.28 Second opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

- 1 De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- 3 De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
- 4 Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
- 5 U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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 A.4.3.2.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

B.29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel B.18, B.30 en B.31 staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kindergorhuis.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Let op! Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandeld arts of casemanagement dementie nodig is.



Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor 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 verzilverd 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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

B.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 fysicus 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 'B: Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel B.9 Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
- Artikel B.14 Audiologisch centrum
- Artikel B.18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
- Artikel B.21 Astmacentrum in Davos
- Artikel B.22 Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
- Artikel B.23 Mechanische beademing
- Artikel B.24 Thuisdialyse
- Artikel B.25 Transplantaties van organen en weefsels
- Artikel B.26 Plastische chirurgie
- Artikel B.27 Revalidatie
- Artikel B.32 Bevalling en verloskundige zorg
- Artikel B.33 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
- Artikel B.35 Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel B.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 redressiehelmet 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 B.17 en B.18 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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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 A.4.3.2

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

B.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.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

32.2 Zonder medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- a het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 36,- per verblijfsdag (€ 18,- voor de moeder en € 18,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 255,- per dag (€ 127,50 voor de moeder en € 127,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 36,- ook het bedrag dat boven de € 255,- per dag uitkomt;
- b verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

Voorbeeld: Wij vergoeden maximaal € 219,- per dag voor het gebruik van de verloskamer. De berekening hiervoor is als volgt: € 255,- (of een hoger bedrag) -/- € 36,- (eigen bijdrage) = maximaal € 219,- per dag voor moeder én kind. NB Geboortecentra brengen vaak maar één dag in rekening.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden.

