

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektelastenverzekeraar N.V. en ONVZ
Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, nota's oogziekenhuis,
marktconform tarief

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4
Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202200127

Zittingsdatum : 6 juli 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier en brief van 11 januari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 24 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 16 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 mei 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 20 juli 2022 gevraagd hoe het marktconforme tarief in het geval van verzoeker is vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 26 juli 2022 geantwoord. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag aan verzoeker gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit, ONVZ Tandfit Module C en ONVZ Wereldfit (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft keratoplastiek, een ernstige oogaandoening, waarvoor hij onder behandeling is bij een oogziekenhuis. De nota's van de periodieke controles kreeg hij steeds volledig van de ziektekostenverzekeraar vergoed. In 2020 vernam hij echter van de ziektekostenverzekeraar dat van een drietal nota's ter hoogte van € 149,- een bedrag van € 127,10 wordt vergoed.

- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 17 februari 2021 en 3 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoeker heeft, na wijziging van zijn verzoek, aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:

- (i) hem de nota's van het oogziekenhuis van 11 juni 2020 en 10 december 2020 alsnog volledig te vergoeden,
- (ii) hem de nota's voor periodieke controles met dezelfde DBC declaratiecode ook in 2021 en volgende jaren volledig te vergoeden, en
- (iii) het entreegeld van € 37,- aan hem te vergoeden.

5. **Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 78 van de 'Algemene regels' van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. **Beoordeling**

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en het marktconforme tarief 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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat uit de wettelijke bepalingen volgt dat het uitgangspunt is dat volledige restitutie van zorgkosten plaatsvindt. In uitzonderlijke gevallen kan de vergoeding worden beperkt tot een bepaald bedrag, maar slechts als bij een individuele beoordeling blijkt dat sprake is van een excessieve declaratie. Het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) heeft een en ander in een uitspraak van 28 juli 2020 uiteengezet. Ook uit de Memorie van Toelichting bij de Zvw volgt dat het uitgangspunt volledige vergoeding is. De ziektekostenverzekeraar moet aantonen dat een nota in redelijkheid niet passend is binnen de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden. Niet gebleken is dat de nota's van het oogziekenhuis excessief hoog zijn, en de ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor ook geen onderbouwing gegeven. De verwijzing van de ziektekostenverzekeraar naar Open DIS-data is fout en misleidend. Het CBB heeft gesteld dat het moet gaan om kosten die in geen enkel opzicht conform de geldende marktsituatie zijn. Er mag geen gestandaardiseerd rekenmodel worden gebruikt. Niet valt in te zien waarom de nota's in 2020 opeens excessief zijn geworden, terwijl ten opzichte van het jaar daarvoor een prijsstijging van slechts 3% heeft plaatsgevonden.
- 6.3. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding niet heeft bepaald aan de hand van de hiervoor geldende wetgeving en jurisprudentie. Hij verzoekt de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alle nota's volledig aan hem te vergoeden, ook in de toekomst, tenzij deze excessief hoog zijn. Verder vraagt hij de commissie te bepalen dat het de ziektekostenverzekeraar niet is toegestaan met vooraf vastgestelde, gemaximeerde tarieven te werken. Hij dient per geval (DBC-zorgproduct) een toelichting te geven. Verzoeker heeft verder ter zitting verklaard dat hij de verklaring van de ziektekostenverzekeraar gelooft dat de nota van 10 februari 2020 volledig is vergoed, zodat het nog om de twee andere nota's gaat.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de uitspraak van het CBb betrekking heeft op een andere zorgverzekeraar, die een ander systeem hanteert om tot de hoogte van de vergoeding te komen. Omdat de ziektekostenverzekeraar zich baseert op zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg, is zijn systeem niet in strijd met de uitspraak van het CBb. In artikel 2.2 Bzv is bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten in mindering worden gebracht op de vergoeding. Het oogziekenhuis waar verzoeker onder behandeling is, brengt kosten in rekening die 30% hoger liggen dan in de markt gebruikelijk is. In het verleden verschilden zorgaanbieders van prijs, maar zij brachten in het algemeen marktconforme tarieven in rekening. Een toenemend aantal zorgaanbieders hanteert echter tarieven die hoger liggen, zonder dat daar medische of inhoudelijke redenen voor zijn. Daarom is de ziektekostenverzekeraar vanaf 2020 strenger gaan handhaven op het beleid rondom de marktconforme tarieven. Aan het oogziekenhuis is gevraagd de patiënten hierover te informeren. Of dit ook is gebeurd, is de ziektekostenverzekeraar niet bekend. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) publiceert op zijn website gemiddelde tarieven voor een bepaalde behandeling in Nederland. De behandeling van verzoeker met startdatum 4 september 2020 (zorgproduct 079899014) geeft op deze website voor het jaar 2020 een gemiddelde prijs van € 90,- aan. Het oogziekenhuis hanteert een tarief van € 149,-. Het door de ziektekostenverzekeraar vergoede tarief van € 127,10 ligt boven het door de NZa genoemde gemiddelde tarief van € 90,-.
- 6.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de nota van 10 februari 2020 coulancehalve aan verzoeker is vergoed. Dit was eerder onjuist gecommuniceerd. De hierop volgende twee nota's zijn vergoed volgens de P95-methodiek. Daarna is Open DIS-data erbij betrokken. Vervolgens is nog aan de zorgaanbieder gevraagd waarom zijn tarieven afwijken van die van zijn concurrenten. Hierop is in eerste instantie niets steekhoudends door de zorgaanbieder geantwoord, en bij een herhaalde vraag hiertoe heeft de zorgaanbieder in het geheel niet gereageerd.

Overwegingen commissie

- 6.6. De commissie stelt vast dat de DBC declaratiecode tussen partijen niet ter discussie staat. Voor zover het gaat om het hierbij behorende tarief heeft de commissie een eerder bindend advies uitgebracht (GcZ, 4 maart 2020, SKGZ201901150). Hierin heeft de commissie besloten dat de verzekeraar via Open DIS-data van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) moet nagaan wat het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde betrokken, tarief is voor de betreffende behandeling. In Open DIS-data worden gegevens bijgehouden van de medisch-specialistische zorg die in Nederland wordt geleverd, waaronder zorgproducten en zorgactiviteiten, en de verkoopprijs (het tarief). De laagste en hoogste 10% van de tarieven worden bij de berekening van het gemiddelde tarief buiten beschouwing gelaten.
- 6.7. Het is onvoldoende om alleen uit te gaan van de tarieven die bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie zijn ingediend, aangezien die niet representatief hoeven te zijn voor de tarieven die landelijk daadwerkelijk in rekening worden gebracht. Met name bij een restitutieverzekeraar, die geen zorg inkoopt maar alleen betaalafspraken maakt met zorgaanbieders, kunnen de ontvangen nota's voor dezelfde zorg (veel) hoger zijn. De commissie is daarom van oordeel dat het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde, ten behoeve van Open DIS-data, betrokken tarief voor de desbetreffende behandeling is aan te merken als het marktconforme tarief. In het hiervoor genoemde bindend advies hanteerde de commissie nog een opslag op vorenbedoeld, hoogste tarief. Hiervan is de commissie nadien echter teruggekomen, omdat is gebleken dat in Open DIS-data ook de tarieven voor niet-gecontracteerde zorg worden meegewogen bij het bepalen van het gemiddelde tarief. Daarnaast is gebleken dat het verschil in premie tussen enerzijds de restitutieverzekeringen en anderzijds de natura- en

combinatieverzekeringen niet zonder meer volgt uit het verschil in schadelast. Beide redenen die indertijd zijn gegeven om de opslag toe te passen, blijken derhalve niet (meer) relevant.

- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde, betrokken tarief voor de behandeling met DBC 079899014 opgevraagd bij de NZa. Hieruit is gebleken dat dit tarief ten tijde van de behandeling € 90,- betrof. De ziektekostenverzekeraar zit met de toegekende vergoeding van € 127,10 ruim boven dit tarief.
- 6.9. Verzoeker heeft aangevoerd dat het systeem dat de commissie hanteert, in strijd is met de door hem aangehaalde uitspraak van het CBb. Hierover merkt de commissie op dat verzoeker moet worden nagegeven dat het door hem beschreven uitgangspunt - te weten dat een nota in beginsel dient te worden vergoed - juist is, zij het met de kanttekening dat dit, gelet op artikel 2.2 Bzv zijn begrenzing kent in de situatie dat het in rekening gebrachte bedrag in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend is te achten. Ook zijn stelling dat uit de aangehaalde uitspraak volgt dat bij het bepalen van de vergoeding niet mag worden uitgegaan van een bepaald vast bedrag is correct. Hiervan is echter bij toepassing van het door de commissie gehanteerde systeem geen sprake.
- Zoals blijkt uit de jurisprudentie, de commissie wijst in dit verband in het bijzonder op een arrest van het Hof Arnhem-Leeuwarden van 12 oktober 2021 (ECLI:NL:GHARL:2021:9573, r.o. 5.9 e.v), dient bij de invulling van het marktconforme tarief een 'tweestappentoets' te worden toegepast. Samengevat komt deze toets neer op het volgende. Ten eerste moet een bandbreedte worden bepaald. Alle declaraties die binnen deze bandbreedte liggen, worden onverkort vergoed. Als de hoogte van een declaratie afwijkt van de bandbreedte van tarieven voor eenzelfde behandeling, dan wordt ten tweede aan de hand van een individuele beoordeling bepaald of het in de desbetreffende declaratie gehanteerde tarief onredelijk afwijkt (dat wil zeggen excessief is). Voor medisch specialistische zorg vormt het hoogste, door de NZa in de berekening van het gemiddelde betrokken tarief volgens vaste jurisprudentie van de commissie de bovengrens van de bandbreedte. Het laagste door de NZa in de berekening van het gemiddelde betrokken tarief bepaalt de ondergrens. Vervolgens moet, in het kader van de tweede stap, worden vastgesteld of de nota van het oogziekenhuis onredelijk afwijkt ten opzichte van de marktconforme bandbreedte.
- De commissie is, met de ziektekostenverzekeraar, van oordeel dat hiervan in het onderhavige geval - waar het betreft een tarief van € 149,-, terwijl de bovengrens van de bandbreedte op € 90,- ligt -, sprake is. Dit geldt temeer nu de ziektekostenverzekeraar, zoals uiteengezet in zijn brief van 26 juli 2022 aan de commissie, zowel verzoeker als het oogziekenhuis gevraagd heeft naar eventuele medisch inhoudelijke gronden, die een hoger tarief dan in de markt gebruikelijk is in dit individuele geval zouden kunnen rechtvaardigen. Hierop is echter geen reactie gekomen, zodat ook op die grond niet een hoger tarief behoort te gelden. De ziektekostenverzekeraar is derhalve niet gehouden tot een aanvullende vergoeding boven het door hem gehanteerde tarief van € 127,10.
- 6.10. Voor zover verzoeker stelt dat de nota niet excessief hoog is omdat in het jaar 2020 sprake was van een stijging van slechts 3% ten opzichte van het jaar ervoor en de nota's in dat jaar wel volledig werden vergoed, geldt het volgende.
- In de eerste plaats kan de percentuele verhoging in dit verband niet bepalend zijn. De beoordeling heeft immers geen betrekking op de verhoging, maar op het nominale bedrag van de ingediende declaratie. Dat in een voorgaand jaar anders werd geoordeeld, is evenmin relevant. Een zorgverzekeraar mag het door hem gevoerde beleid, binnen het kader van de wet en de verzekeringsvoorwaarden, wijzigen. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd, en is door verzoeker ook niet bestreden, dat de zorgaanbieder erover is geïnformeerd dat de ziektekostenverzekeraar met ingang van 2020 strikter zou gaan handhaven op het beleid ten aanzien van marktconforme tarieven. Het was, gelet op het bepaalde in de Wet marktordening gezondheidszorg en de hierop gebaseerde regelgeving van de NZa, aan de zorgaanbieder zijn patiënten ervan op de hoogte te brengen dat ingediende declaraties waarschijnlijk niet meer volledig zouden worden vergoed.

Gegeven het restitutiekarakter van de verzekering, waarbij de verzekerde een vrije keuze heeft van zorgaanbieder en hij de kosten hiervan in beginsel eerst na afloop van de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar declareert, is het voor de ziektekostenverzekeraar ondoenlijk een verzekerde voorafgaand aan een behandeling te informeren. Het is bij de ziektekostenverzekeraar immers niet bekend dat, om welke reden, en welke zorgaanbieder zal worden bezocht, terwijl daarnaast niet op voorhand vast staat dat deze zorgaanbieder voor de verleende zorg een excessief tarief gaat declareren. Dit argument van verzoeker kan daarom niet leiden tot een andere uitkomst.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 september 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Medisch specialist

De medisch specialist werkt meestal in het ziekenhuis. Daarom wordt deze zorg ook wel ziekenhuiszorg genoemd.

Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist¹. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC²) of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Hij stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. Hij is voor u de hoofdbehandelaar. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de hoofdbehandelaar ook een SEH-arts (op de spoedeisende hulp), een verpleegkundig specialist of een physician assistant³ zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg⁴, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de ziekenhuisopname.

Voor sommige behandelingen gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- plastische chirurgie
- voorwaardelijk toegelaten zorg
- vruchtbaarheidsbehandelingen / ivf
- aanvullende diagnostiek bij borstkanker
- sterilisatie of een hersteloperatie daarvan

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak

Andere vergoedingen

Deze behandelingen krijgt u soms wel in het ziekenhuis, maar ze vallen niet onder de vergoeding die u nu leest:

- kaakchirurgie
- medisch-specialistische revalidatie
- gespecialiseerde ggz

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

¹ Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

² Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

³ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

⁴ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

Geen eigen bijdrage

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland. Neemt u daarom vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u voor niet-spoedeisende zorg contact opnemen met onze ZorgConsulent en voor spoedeisende zorg met onze alarmcentrale Zorgassistance.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? De basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere medisch specialist.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

Ziekenhuisopname

Soms is een opname in het ziekenhuis nodig om beter te worden.

Wat u vergoed krijgt

Kleinere operaties en onderzoeken vinden meestal plaats op de polikliniek van een ziekenhuis of in dagbehandeling. U kunt dan dezelfde dag weer naar huis.

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist⁴ of de kaakchirurg⁵ in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

⁴ Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

⁵ Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

De **basisverzekering** vergoedt de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg¹
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan hebben een vergoeding om uw verblijf comfortabeler te maken, bijvoorbeeld met een eenpersoonskamer. Die staat bij ziekenhuisopname: extra luxe en comfort.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (ZBC²)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

Andere vergoedingen

Er zijn nog andere soorten zorg waarvoor u kunt worden opgenomen. Daarom staan deze apart vermeld:

- gespecialiseerde ggz
- eerstelijns verblijf
- medisch-specialistische revalidatie
- geriatrische revalidatie
- zintuiglijk gehandicaptenzorg

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Max. 3 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort
Zorgplan	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetik

² Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

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.

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 veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.