

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202401102

Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 15 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 23 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 juni 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker heeft bij brief van 26 juni 2025 meegedeeld dat hij afziet van horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 juli 2025 telefonisch meegedeeld af te zien van horen. Dit heeft hij schriftelijk bevestigd bij brief van 2 september 2025.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker 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 samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Tijdens zijn verblijf in Frankrijk in 2020 heeft verzoeker een kaakchirurgische behandeling ondergaan. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten hiervan aan hem te vergoeden.
- 2.3. Bij brief van 30 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat maximaal € 1.639,40 voor de gehele behandeling, inclusief de voor- en nabehandelingen, wordt vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 9 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de volledige kosten van de kaakchirurgische operatie in Frankrijk te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft in zijn brieven van 30 mei 2024, 3 juli 2024, 16 juli 2024 en 30 september 2024, gericht aan de ziektekostenverzekeraar en de Ombudsman Zorgverzekeringen, en in zijn brief van 15 maart 2025, gericht aan de commissie, verklaard dat hij op 15 september 2020 in Toulouse, Frankrijk, onder narcose is geopereerd door een kaakchirurg. Voorafgaand aan de operatie is een MRI-scan gemaakt, waaruit bleek dat hij een cyste in de bovenkaak had en dat er aanzienlijke schade aan het bot was opgetreden die moest worden hersteld. De cyste moest operatief worden verwijderd. Er bestond hierbij het risico dat ook enkele van zijn voortanden verloren zouden gaan. Het operatieverslag heeft verzoeker overgelegd. Verzoeker heeft toegelicht dat hij al jarenlang pijn in een voortand had, maar dat de oorzaak hiervan niet werd ontdekt, ook niet op de röntgenfoto's en een CT-scan die zijn gemaakt bij het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).
- 3.3. Verzoeker heeft verder toegelicht dat hij tijdens de coronacrisis in 2020 met reisrestricties te maken had. Hij moest in Frankrijk in isolatie blijven. Als hij namelijk besmet zou raken, zou hij niet kunnen worden geopereerd. Bovendien zou hij in Amsterdam in een appartement op de operatie moeten wachten met alle gevaren van dien, terwijl hij in Frankrijk geïsoleerd was. Daarom vindt hij dat hij de kosten volledig vergoed moet krijgen. Toen duidelijk werd dat hij in Frankrijk moest worden geopereerd heeft hij contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoeker is hem hierbij toegezegd dat hij een vergoeding zou ontvangen op basis van de kosten van een vergelijkbare operatie in Nederland. De ziektekostenverzekeraar heeft echter maar € 1.273,64 aan hem vergoed. Deze vergoeding is volgens verzoeker veel lager dan die voor een vergelijkbare operatie in Nederland. De ziektekostenverzekeraar heeft de situatie onderschat en alleen de behandeling van de cyste in de bovenkaak en de verwijderde tand beoordeeld.
Er is niet gekeken naar de MRI-scan. Het heeft verzoeker in dit verband verbaasd dat een tandarts de ziektekostenverzekeraar heeft geadviseerd, terwijl deze een dergelijke operatie niet mag uitvoeren.
- 3.4. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 9 april 2024 een totaalbedrag van € 9.977,12 genoemd, maar de werkelijke kosten zijn € 6.997,12. Hij heeft hiervan de facturen overgelegd. Verzoeker heeft het gevoel dat de ziektekostenverzekeraar hem als fraudeur ziet.
- 3.5. Verzoeker heeft gesteld het redelijk te vinden dat hij - wegens de reisbeperkingen en gevaren door de coronacrisis - de kosten volledig vergoed krijgt. Het verschil van € 858,62 tussen de geschatte kosten van de tandartsbehandeling (€ 1.273,64) en de kosten van de operatie door de kaakchirurg betekent in feite dat niet de hele operatie is vergoed. Verzoeker heeft telefonisch meegedeeld dat hij geen factuur heeft van de kosten van de MRI-scan van € 30,-- en deze buiten het geschil houdt.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 30 december 2020 verklaard dat de maximale vergoeding voor de gehele behandeling € 1.639,40 bedraagt. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat verzoeker naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is geweest en dat om die reden de kosten niet volledig worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar maakt hierop geen uitzondering vanwege de bijzondere situatie in verband met Covid-19.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 9 april 2024 en 4 september 2024 gesteld dat uit het operatieverslag is gebleken dat sprake was van een botreconstructie. De adviserend tandarts heeft daarom een hogere vergoeding dan € 1.639,40 geadviseerd. Het Nederlandse vergoedingstarief in 2020 voor het verwijderen van een cyste in de bovenkaak, opbouw, en verpleegdagen bedroeg maximaal € 2.498,02. Dit is inclusief alle voor- en nabehandelingen. Verzoeker heeft ook kosten gedeclareerd waarvan hij geen factuur heeft.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat hij eerder een factuur van 15 september 2020 ontving – die later een inschatting van de behandelend arts bleek – welke hij heeft opgeteld bij de van verzoeker ontvangen facturen. Daarom schreef hij eerder over een hoger bedrag dan het uiteindelijk door verzoeker gedeclareerde bedrag van € 6.477,12. Verzoeker liet op 10 juli 2020 een MRI-scan maken. Deze scan is onderdeel van de behandeling die hij kreeg. In Nederland wordt bij een kaakoperatie niet standaard een MRI-scan gemaakt. Er is geen behandelverslag waaruit blijkt dat verzoeker was aangewezen op een MRI-scan.

4.4. Bij brief van 21 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een gespreksnotitie overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft volgens deze notitie telefonisch aan verzoeker toegelicht dat de teams van medisch adviseurs zijn ingedeeld op basis van kwaliteit en kennis.

4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 mei 2025, gericht aan de commissie, toegelicht dat verzoeker in juli 2020 contact heeft opgenomen met Eurocross, de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar, over de behandeling die in september 2020 zou plaatsvinden. Dit betrof geen spoedbehandeling, zodat hem door de alarmcentrale is geadviseerd rechtstreeks contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Een contactmoment tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar, waarbij zou zijn gesteld dat hij de kosten van een vergelijkbare operatie in Nederland vergoed krijgt, is niet bekend.

4.6. Er is bij een behandeling in een EU/EER-lidstaat, het Verenigd Koninkrijk of Zwitserland vergoeding op basis van de Europese wetgeving mogelijk. Daartoe bestaan twee vergoedingsgronden:

1. vergoeding op basis van het stelsel van de lidstaat van verblijf;
2. vergoeding op grond van de zorgverzekering.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat door hem terecht op grond van de zorgverzekering is vergoed, omdat verzoeker zich erop heeft beroepen dat hem is verteld dat de kosten van een vergelijkbare operatie in Nederland aan hem zouden worden vergoed. Daarmee heeft verzoeker akkoord gegeven voor een vergoeding op grond van de zorgverzekering. Om hem moverende redenen heeft de ziektekostenverzekeraar daarnaast een tarifieringsverzoek ingediend bij het uitvoeringsorgaan van de Franse sociale ziektekostenverzekering.

4.7. Inmiddels heeft de ziektekostenverzekeraar de kaakoperatie tot een bedrag van € 2.498,02 vergoed. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:

- verrichtingencode 234012 'Operatieve verwijdering van kaakcysten groter dan 1/4 van het kaakvolume en operaties aan de sinus maxillaris', € 449,00;
- 2 x verrichtingencode 238989 'Openen van bot voor het verkrijgen van een autotransplantaat, inclusief transplantatie van het bot of kraakbeen', € 728,57 (x 2 = € 1.457,14);
- 2 x verrichtingencode 231902 'Verpleegdag', € 295,94 (x 2 = € 591,88).

Deze vergoeding was echter niet in lijn met het advies van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft geadviseerd:

- 2 x de verrichtingencode 234085 'Vestibulum- of mondbodemplastiek en/of correctie processus alveolaris door middel van alloplastisch materiaal, frontgedeelte of per kaakhelft', € 157,27 (x 2 = € 314,54); of
- eenmaal verrichtingencode 238989 'Openen van bot voor het verkrijgen van een autotransplantaat, inclusief transplantatie van het bot of kraakbeen', € 728,57.

De maximale vergoeding op basis van het advies van de adviserend tandarts had dan ook € 1.769,45 moeten zijn, bestaande uit:

- verrichtingencode 234012 'Operatieve verwijdering van kaakcysten groter dan 1/4 van het kaakvolume en operaties aan de sinus maxillaris', € 449,00;
- verrichtingencode 238989 'Openen van bot voor het verkrijgen van een autotransplantaat, inclusief transplantatie van het bot of kraakbeen', € 728,57;
- 2 x verrichtingencode 231902 'Verpleegdag', € 295,94 (x 2 = € 591,88).

Abusievelijk is verrichtingencode 238989 tweemaal vergoed. Deze fout in de vergoeding komt voor rekening en risico van de ziektekostenverzekeraar. Er zullen geen bedragen in mindering worden gebracht op de reeds aan verzoeker uitgekeerde vergoeding van € 2.498,02.

- 4.8. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij - ondanks dat er geen factuur van is - de kosten van de MRI-scan op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aan verzoeker vergoedt.
Daarvoor gelden de verrichtingencodes 239472 en 239475 (maken en beoordelen van een meerdimensionale kaakopname, zoals een CBCT of MRI). De aanvullende vergoeding hiervoor bedraagt € 145,48. Samen met het al toegekende bedrag is de totale vergoeding € 2.643,50.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over kaakchirurgie en de vergoeding in geval gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de artikelen 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 alsmede de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Vergoeding op basis van Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en 987/2009

- 6.2. Verzoeker heeft tijdens een verblijf in Frankrijk in 2020 zorg gehad. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. In artikel 19 van de verordening is geregeld dat een verzekerde tijdens het verblijf in de andere staat recht heeft op noodzakelijke zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van die lidstaat. De verzekerde kan hierbij de European Health Insurance Card (EHIC) laten zien en de kosten van de zorg worden dan door de buitenlandse zorgaanbieder gedeclareerd bij het plaatselijke uitvoeringsorgaan. Dit is de instantie die is belast met de uitvoering van de sociale ziektekostenverzekering in die lidstaat. De verzekerde hoeft deze kosten dan dus niet voor te schieten.
- 6.3. Als de verzekerde de EHIC niet kan tonen, deze door de zorgaanbieder wordt geweigerd of er kosten worden gemaakt die volgens de zorgaanbieder niet onder de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen, komen er kosten voor rekening van de verzekerde. Voor dat geval bepaalt artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 welke mogelijkheden tot vergoeding er zijn. De eerste mogelijkheid is dat de verzekerde aan het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat waar de zorg is genoten vraagt de kosten te vergoeden. De tweede mogelijkheid is dat de verzekerde de kosten declareert bij zijn Nederlandse zorgverzekeraar. Deze kan dan de kosten vergoeden op basis van het tarief zoals dat in de andere lidstaat wordt toegepast óf op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering. In het laatste geval moet de verzekerde hiermee akkoord gaan. Deze instemming is echter niet nodig als vaststaat dat de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat geen dekking biedt voor de zorg die de verzekerde heeft ontvangen. Dan valt er immers niets te kiezen.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft uit de verwijzing, door verzoeker, naar een volgens hem gevoerd telefoongesprek geconcludeerd dat verzoeker vergoeding wenst op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 23 mei 2025

meegedeeld dat hij om hem moverende redenen een tarifieringsverzoek heeft ingediend bij het uitvoeringsorgaan van de Franse sociale ziektekostenverzekering. Het bericht hierover moet door partijen worden afgewacht. Het is aan het betreffende uitvoeringsorgaan te beoordelen of en tot welk bedrag vergoeding naar Frans recht mogelijk is. Een en ander valt buiten de bevoegdheid van de commissie. Of de ziektekostenverzekeraar was gehouden een tarifieringsverzoek te doen behoeft geen bespreking meer. Hetzelfde geldt voor zijn aanvankelijke beslissing om – al dan niet met de impliciete instemming van verzoeker – te besluiten toepassing te geven aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Wel oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar het op grond van de zorgverzekering toegekende bedrag dient aan te vullen tot het eventueel hogere bedrag van de vergoeding naar Frans recht. Voor zover de reeds toegekende vergoeding op basis van de zorgverzekering aan de orde is geldt het volgende.

Vergoeding op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering

- 6.5. Artikel D.9 bepaalt dat de kosten van verzekerde zorg in het buitenland worden vergoed als het gaat om spoedeisende zorg. Een situatie waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar of Eurocross alarmcentrale. Deze laatste heeft geconcludeerd dat de door verzoeker genoten zorg planbaar was en dus niet direct noodzakelijk. De commissie kan deze stelling volgen, omdat de MRI-scan in juli 2020 plaatsvond en de kaakchirurgische behandeling pas in september 2020 volgde.
- 6.6. Artikel B.31 bepaalt de aanspraak op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum of de praktijk aan huis van een medisch specialist. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voorwaarde tot toegang naar deze zorg is een verwijzing van een arts. De commissie stelt vast dat in het dossier geen verwijzing aanwezig is, maar dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het ontbreken hiervan niet tegenwerpt. Het onderdeel ‘kaakchirurgie’ is verder uitgewerkt in artikel B.9. Hierin is bepaald dat een verzekerde aanspraak heeft op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis. Verder is in dit artikel opgenomen dat de vergoeding lager kan zijn als de zorg wordt afgenomen door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 6.7. Verzoeker is tijdens zijn verblijf in Frankrijk voor een kaakchirurgische behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft de toepasselijke verrichtingencodes en tarieven bepaald en een vergoeding verleend op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor de zorg. Verzoeker heeft gesteld dat hij niet naar een gecontracteerde zorgaanbieder kon gaan, omdat er in verband met Covid-19 reisrestricties golden. Hij heeft de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde verrichtingencodes en tarieven niet bestreden, maar aangevoerd dat vanwege de bijzondere situatie volledige vergoeding van kosten zou moeten volgen. Tevens heeft hij zich beroepen op een telefonische mededeling van de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding. De commissie overweegt als volgt.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft, conform artikel 4.3.1., op basis van niet-gecontracteerde zorg reeds een bedrag van totaal € 2.643,50 aan verzoeker toegekend. Genoemd bedrag is inclusief de kosten van de uitgevoerde MRI-scan. Dat telefonisch een hogere vergoeding is toegezegd heeft verzoeker niet aangetoond. Er is hem – naar zijn zeggen – verteld dat hij de kosten van de behandeling vergoed zou krijgen zoals in Nederland. Indien verzoeker in Nederland de behandeling had betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou tot dezelfde vergoeding zijn gekomen. De commissie overweegt dat verzoeker heeft verklaard dat hij tijdens de coronacrisis in 2020 met reisrestricties te maken had. Hij moest in Frankrijk in isolatie blijven. Als hij namelijk besmet zou raken, zou hij niet kunnen worden geopereerd. Bovendien zou hij in Amsterdam in een appartement op de operatie moeten wachten met alle gevaren van dien, terwijl hij in Frankrijk geïsoleerd was. Daarom vindt hij dat hij de kosten volledig vergoed moet krijgen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet gemotiveerd betwist. Gelet hierop neemt de commissie als vaststaand feit aan dat verzoeker in een situatie verkeerde waarbij hij onmogelijk naar een gecontracteerde zorgaanbieder kon gaan.

- 6.9. In die omstandigheid ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste korting van 25% op het gemiddeld gecontracteerde tarief buiten toepassing moet blijven. Dit betekent dat verzoeker op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. De vergoeding die verzoeker ook zou ontvangen als hij in Nederland naar een gecontracteerde zorgaanbieder was gegaan. Verzoeker komt eventueel nog in aanmerking voor een hogere vergoeding als dit blijkt uit de reactie op het tarifieringsverzoek. Hetgeen de ziektekostenverzekeraar in dit verband heeft verklaard over de (on)juistheid van de berekening – de vergoeding voor de behandeling door de kaakchirurg zou € 1.769,45 moeten bedragen - neemt de commissie voor kennisgeving aan, in die zin dat in dit verband als uitgangspunt het uiteindelijk toegekende bedrag van totaal € 2.643,50 dient te worden genomen. Tevens ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet vergoeden.

Slotsom

- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding op basis van de zorgverzekering de korting van 25%, die heeft geleid tot toekenning van een bedrag van € 2.643,50, buiten toepassing dient te laten. Afhankelijk van de reactie op het tarifieringsverzoek komt verzoeker eventueel nog in aanmerking voor een hogere vergoeding op grond van de verordening;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 11 september 2025,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld. Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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, 2.6, 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.

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 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;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. 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;
 - 5°. 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 verslaptte 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.

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
 2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
 3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
 4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
 5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.
- Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
 7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
 8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
 9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
 10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Let op! Heeft u een restitutiepolis? 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 vervolgbehandelingen 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 Restitutiepolis (Basis Exclusief)

Heeft u een restitutiepolis 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.



Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg 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 kaakchirurgen 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 kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B. Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!

B.8 Fronttandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een fronttandbehandeling

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg.
- 2 Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of tandarts-specialist.
- 3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg 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 kaakchirurgen 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 kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel B.31.

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

- 1 Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
- 3 Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
 - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
 - osteotomie (kaakoperatie);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
 - plastische chirurgie.
- 4 Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:
a parodontale chirurgie;
b het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
c een ongecompliceerde extractie;
d autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg 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 kaakchirurgen 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 kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



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 redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d behandelingen met sterilisatie als doel;
- e behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel 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.