

# ANONIEM BINDEND ADVIES

|               |                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Partijen      | : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist                                                                                             |
| Zaak          | : Turkije, geneeskundige zorg, metastasectomie, lymfeklierdissectie en radiofrequente ablatie (RFA) bij gemetastaseerd galgangcarcinoom, stand wetenschap en praktijk, indicatie, spoedeisend                                        |
| Regelgeving   | : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 13 Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid |
| Zaaknummer    | : 202200514                                                                                                                                                                                                                          |
| Zittingsdatum | : 5 oktober 2022                                                                                                                                                                                                                     |

## 1. Partijen

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

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

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 22 maart 2022 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 19 april 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 21 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 juni 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 5 september 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022025729) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 6 september 2022 aan partijen 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 oktober 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.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 oktober 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 september 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Amsterdam 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij verzoekster is in augustus 2020 galgangkanker geconstateerd. De tumor werd verwijderd, maar deze bleek later te zijn uitgezaaid. Verzoekster werd verteld dat er enkel nog behandeling met chemotherapie mogelijk was. Zij besloot hierop familie in Izmir, Turkije, te bezoeken. Aldaar kreeg zij hevige pijnklachten en begon zij over te geven. Verzoekster is terechtgekomen bij een privaat

ziekenhuis, alwaar zij chirurgisch is behandeld. De kosten hiervan heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. Bij ongedateerde brief heeft de behandelend arts in Izmir over verzoekster verklaard:

*"Spotting was detected in the mr images of the patient taken two years ago. During this period, continuous weight loss and pain complaints were observed. On 20 august 2020 MRI, it was determined that the mass was growing and malignant, and the left part of the liver was removed by laparoscopy on septembre 14, 2020. On 27 novembre 2020 CT images, it was stated that there were spots in 4 different places in the liver and distension in different lymphs. Chemotherapy has been suggested by other doctors as the only solution. The patient applied to our clinic. Emergency surgery was suggested to patient. (...) Patient was discharged with healing (...)"*

- 3.4. Bij brief van 21 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de ingreep in Izmir niet worden vergoed.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 5 september 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

*"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*Verzoekster ging naar Turkije met de diagnose gemetastaseerd galgangcarcinoom. Bij uitzaaiing van galgangkanker is er sprake van stadium IVB (TxN1M1). De vijfjaars overlevingskans is dan 9%.*

**Metastasectomie en lymfeklierdissectie**

*(Lever)metastasen bij galgangcarcinoom zijn een contra-indicatie voor uitgebreide resectie, aangezien dit een manifestatie is van gedissemineerde ziekte. Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op deze behandeling aangezien bij de indicatie van verzoek[st]er op basis van richtlijnen alleen palliatieve zorg geïndiceerd is.*

**Radiofrequente ablatie van leverlaesies**

*Radiofrequente ablatie van leverlaesies, te verrichten bij kleine (<4cm) niet-operabele tumoren in de lever, voldoet alleen aan de stand van wetenschap en praktijk als er sprake is van een primaire levertumor en onder voorwaarden bij in opzet curatieve behandeling van levermetastasen afkomstig van een colorectaal carcinoom. Het Zorginstituut heeft hierover in 2009 een standpunt ingenomen. Behandeling van andere levermetastasen met radiofrequente ablatie wordt als experimenteel beschouwd. Radiofrequente ablatie van de lever wordt in Nederland alleen gedaan om genezing te bereiken. Aangezien er bij verzoekster sprake was van uitzaaiingen van galwegkanker voldoet radiofrequente ablatie van leverlaesies niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.*

*Daarnaast merkt het Zorginstituut op dat verzoekster ook niet redelijkerwijs is aangewezen op radiofrequente ablatie aangezien bij de indicatie van verzoeker op basis van richtlijnen alleen palliatieve zorg geïndiceerd is.*

## **Conclusie**

*Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op een metastasectomie, en lymfeklierdissectie. Radiofrequente ablatie van leverlaesies voldoet bij de indicatie van verzoekster (gemetastaseerd galwegcarcinoom) niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.*

## Het advies

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op een metastasectomie en lymfeklierdissectie. Radiofrequente ablatie van leverlaesies maakt geen onderdeel uit van het basispakket bij gemetastaseerd galwegcarcinoom. De behandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)*

## 4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:

- (i) de kosten van de ingreep in Izmir alsnog aan haar te vergoeden; en
- (ii) haar het entreegeld van € 37,- 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit het Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid alsmede die uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg 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 verzoekster

- 6.2. Bij verzoekster werd in augustus 2020 een MRI-scan gemaakt, omdat een verdachte plek op de lever was gezien. Op de scan was te zien dat de plek groter was geworden, en er werd door de behandelend arts verteld dat het hoogstwaarschijnlijk ging om kanker van de lever en dat zij met spoed moest worden geopereerd. Verzoekster is in september 2020 geopereerd, en uit het pathologisch rapport bleek dat het ging om galwegkanker. Omdat de tumor in zijn geheel werd verwijderd, was volgens de behandelend arts chemotherapie niet nodig. Er werd een CT-scan ingepland na zes maanden. Uit informatie op het internet bleek dat het ging om een zeldzame, agressieve vorm van kanker, waarmee bij een ander Nederlands ziekenhuis meer ervaring bestond. Verzoekster heeft aldaar een second opinion gehad. Tijdens het eerste consult werd verzoekster verteld dat een verdachte lymfeklier, die vóór de ingreep al aanwezig was, tijdens deze ingreep niet was verwijderd. Dit had wel moeten gebeuren. De tweede CT-scan toonde uitzaaiingen in de lymfeklieren en op meerdere plekken in de lever. De arts vertelde verzoekster dat genezing niet meer mogelijk was, en dat palliatieve chemotherapie haar leven met een paar maanden kon verlengen. Omdat verzoekster erg ziek zou worden van de chemokuur, werd haar aangeraden de feestdagen nog samen met haar familie door te brengen.
- 6.3. Verzoekster is toen met haar dochter naar Izmir, Turkije, gereisd. Aldaar kreeg zij acute hevige pijnklachten rechts in haar buik en begon zij over te geven. In paniek is verzoekster naar het ziekenhuis gegaan. Vanwege COVID-19 kon verzoekster niet in een staatsziekenhuis terecht, en werd zij verwezen naar een particuliere kliniek. Daar maakten de artsen een aantal scans, en werd het advies van een gespecialiseerde arts gevraagd. Deze vertelde verzoekster dat zij met spoed moest worden geopereerd om de tumoren en uitzaaiingen te verwijderen. Hierbij werden nieuwe mogelijkheden voor genezing genoemd. De operatie werd ingepland voor de volgende

ochtend. In de kliniek heeft de dochter van verzoekster contact gezocht met EuroCross, die haar vertelde dat de kliniek niet was aangesloten bij de ziektekostenverzekeraar, zodat de kosten moesten worden voorgeschoten en dat deze naderhand konden worden gedeclareerd. Na een aantal dagen is verzoekster ontslagen uit het ziekenhuis en is zij naar een hotel gegaan. Vanwege de uitgevoerde ingreep en COVID-19 kon verzoekster niet direct terugreizen naar Nederland. De vervolgafspraken hebben plaatsgevonden in Turkije, en verzoekster is geadviseerd vier weken na de ingreep te beginnen met chemotherapie. Zij wilde dit graag in Nederland starten, maar het Nederlandse ziekenhuis wilde hieraan niet meewerken, omdat verzoekster inmiddels was geopereerd. Nadat de chemotherapie was gestart, heeft verzoekster contact gezocht met het ziekenhuis in Nederland waar zij de eerdere ingreep heeft ondergaan, en daar zag men geen probleem om de behandeling in Nederland voort te zetten. Verzoekster is in de rustweek van de chemotherapie, na de tweede kuur, teruggevoerd naar Nederland. De kosten van de ingreep heeft verzoekster van haar spaargeld en met geld van kennissen betaald.

- 6.4. Ter zitting heeft verzoekster aanvullend opgemerkt dat zij vóór de operatie heeft gebeld met EuroCross, en dat haar nooit iets is verteld over een formulier. Er is alleen gezegd dat zij zelf moest betalen en dat alles kon worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Uit het feit dat verzoekster nog in leven is, blijkt dat de ingreep heeft gewerkt. Het AMC kwam met een studie, maar nadat verzoekster was geopereerd in Turkije, werden alle deuren dichtgegooid. Zij kon niet meer aan de studie meedoen.

#### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster zich heeft gewend tot een privékliniek in Turkije. Voorafgaand aan de operatie is geen contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Van EuroCross heeft de ziektekostenverzekeraar vernomen dat één gesprek heeft plaatsgevonden met de dochter van verzoekster. Van dit gesprek is het volgende verslag gemaakt:

*"On, 18/12/2020 03:27:28 PM, we have been contacted by ECNL regarding the file in Izmir and after receiving file Information, ECNL transferred the daughter's call to us. The daughter of the patient stated that her mother was hospitalized due to an acute condition in Izmir Can hospital and was operated. According to her statement, the patient was diagnosed with cancer and is a terminal term patient and the family wanted mother to be in Turkey for her last months. We informed the daughter that Can hospital is not our contracted facility and we gave the Information that in case of emergency treatments, NTUR form is applicable in many hospitals. So, we advised the daughter to ask the hospital if they accept NTUR form. We also informed her regarding the contracted facilities in the city. The daughter wanted the NTUR form during the call. We prepared and shared the NTUR form with her immediately. We also informed her that If they need extension of NTUR form, they can contact us whenever they need. We shared our direct phone number with her if she needs anything further."*

Eurocross Turkije heeft verder het volgende aangegeven:

*"Izmir Can hospital is notorious for its overcharge and overtreatment activities for years. Therefore, we do not work with them as their prices are unreasonable and the approach of the hospital management is not negotiable and acceptable. If we had tried to pay the costs, it would cost much more than local standards. (...) As the only request was about cost coverage and there was no further demand and contact, we did not need any further Information. Also, during the only contact, the patient had already been operated and the daughter did not ask for a medical advice or help, at this point we don't ask for medical reports."*

Eurocross Turkije heeft een N/TUR III-formulier afgegeven. Het ligt op de weg van de verzekerde dit aan de zorgaanbieder te tonen. Indien de kosten onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen, kunnen deze door de zorgaanbieder worden gedeclareerd bij het Turkse uitvoeringsorgaan.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verder meegedeeld dat uit het dossier niet blijkt dat sprake was van spoedeisendheid. Uit het dossier wordt niet duidelijk wat de oorzaak was van de pijnklachten en misselijkheid of hoe de ingestelde behandeling deze klachten zou verhelpen. De operatieve ingreep was curatief van aard, terwijl bij een stadium IVB cholangiocarcinoom de behandeling palliatief is met "best supportive care". De operatieve ingreep is daarmee niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar baseert zich hierbij op verschillende richtlijnen en publicaties over dit onderwerp. Als bij verzoekster sprake was van misselijkheid en buikpijn, kan eventueel een consult worden vergoed. Daarvoor is dan wel een SEH-verslag nodig, dat ontbreekt in het dossier.
- 6.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend aangevoerd dat het kan zijn dat er door de kanker klachten waren, maar deze worden niet direct opgelost met een curatieve behandeling. Zo'n behandeling moet daarom worden getoetst aan de criteria voor onder andere de 'stand van de wetenschap en praktijk' en indicatie. Een stap van chemotherapie is er één die in de situatie van verzoekster kan worden gezet, maar dit geldt niet voor de curatieve ingreep.

#### Overwegingen commissie

- 6.8. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. EuroCross Turkije heeft verzoekster in dat kader, naar eigen zeggen maar ter zitting weersproken door verzoekster, een zogenoemd N/TUR-III formulier verstrekt. Door verzoekster is geen formulier gebruikt, wat valt te verklaren door het feit dat, zo blijkt uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde gespreksverslag, verzoekster eerst na de ingreep contact heeft gezocht met EuroCross. Wat ook de achtergrond is dat geen vergoeding ten laste van de Turkse sociale ziektekostenverzekering heeft kunnen plaatsvinden - het niet tonen van genoemd formulier door verzoekster, het niet accepteren door de Turkse zorgaanbieder van dit formulier omdat het een private kliniek betreft of omdat de operatie al was uitgevoerd, dan wel het ontbreken van een directe medische noodzaak voor de ingreep - deze uitkomst vormt voor de commissie een gegeven. Dit betekent dat het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid buiten toepassing blijft. Voor zover vergoeding ten laste van de zorgverzekering aan de orde is, overweegt de commissie het volgende.
- 6.9. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet in de eerste plaats worden beoordeeld of de bij verzoekster uitgevoerde ingreep, te weten een metastasectomie van de lever, lymfeklierdissectie en radiofrequente ablatie bij een stadium IVB cholangiocarcinoom, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. Vervolgens moet worden bepaald of verzoekster redelijkerwijs op de zorg was aangewezen.
- 6.10. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.11. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is evenwel niet bindend voor de commissie. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten

opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 6.12. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot een metastasectomie van de lever, lymfeklierdissectie en radiofrequente ablatie bij de indicatie van verzoekster. Het advies van 5 september 2022 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut overweegt dat radiofrequente ablatie alleen aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet als sprake is van een primaire levertumor of - onder bepaalde voorwaarden - als het gaat om levermetastasen die afkomstig zijn van een colorectaal carcinoom. Deze situatie doet zich bij verzoekster niet voor. Voorts overweegt het Zorginstituut dat (lever)metastasen bij een galgangcarcinoom een contra-indicatie vormen voor een uitgebreide resectie. In het geval van verzoekster is alleen palliatieve zorg geïndiceerd. De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en volgt het advies. Dit betekent dat de uitgevoerde radiofrequente ablatie bij de gegeven indicatie geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering, en dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op een metastasectomie van de lever en lymfeklierdissectie. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom terecht geweigerd de kosten van de behandeling in Turkije te vergoeden.
- 6.13. Verzoekster heeft nog opgemerkt dat zij in eerste instantie mee mocht doen aan een onderzoek, maar dat dit na de operatie niet meer mocht. De commissie kan zich voorstellen dat verzoekster na de operatie niet meer voldeed aan de criteria voor de onderzoeksgroep, maar kan in deze beslissing van het ziekenhuis verder niet treden. Dit kan dan ook niet leiden tot een ander oordeel.
- 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 oktober 2022,

A.I.M. van Mierlo

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. art. 13 Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden  
en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid



# A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

## A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

### 1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b. het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c. de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d. interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- e. het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

### 1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

### Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2&paragraaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>.

### 1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

## A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

### 2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a. verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b. verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

### 2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

### 2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

### 2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde- en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

## A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

### 3.1 Geen recht op zorg als gevolg van bijzondere situaties in Nederland

U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a. een gewapend conflict;
- b. een burgeroorlog;
- c. een opstand;
- d. binnenlandse onlusten;
- e. oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

### 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:

- (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- 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 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

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

### Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

- Start uw verblijf bij een zorgverlener voor eerstelijns verblijf op of na 1 januari 2021? Dan moet u vooraf toestemming aanvragen wanneer u gebruik wilt maken van een verblijf bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf.
- Voor het aanvragen van toestemming moet u gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" dat u kunt vinden op onze website.
- Bij de aanvraag voor de toestemming moet u de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of om het ELV-laag, - hoog of - palliatief gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij uw aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
- U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

### Verblijft u op 31 december 2020 bij een zorgverlener voor eerstelijns verblijf welke niet door ons wordt gecontracteerd in 2021?

Als u op 31 december 2020 al verblijft bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf dan kunt u dit verblijf afronden, zonder daarvoor toestemming aan te vragen. Mocht u na dit verblijf opnieuw verblijven bij dit of een andere niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf, dan moet u wel vooraf toestemming aanvragen.

### B.30 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht 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 (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl).

#### De zorg bestaat uit:

- medisch-specialistische zorg;
- 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

- 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, klinisch technoloog, 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), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg of een andere medisch specialist.
- Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- Naar een longarts mag u ook zijn doorverwezen door een GGD-arts als het gaat om een verdenking van TBC.
- De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 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.
- 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.8](#) Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel [B.13](#) Audiologisch centrum
- Artikel [B.17](#) Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder
- Artikel [B.21](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.22](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.23](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.24](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.25](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.26](#) Revalidatie
- Artikel [B.31](#) Bevallings- en verloskundige zorg
- Artikel [B.32](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie
- Artikel [B.34](#) Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel [B.41](#) 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.16](#) en [B.17](#) 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 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://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 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

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

---

# 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 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.

---

## 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.