



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te B

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg bij het Empty Nose Syndrome (ENS) en
een geperforeerd neustussenschot

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20. Vo nr. 883/2004

Zaaknummer : 201900842

Zittingsdatum : 19 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 19 juli 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailberichten van 28 oktober 2019, 2 november 2019 en 26 november 2019 aanvullende informatie gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 29 oktober 2019, 5 november 2019 respectievelijk 27 november 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 6 december 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.4. Verzoekster heeft haar verzoek bij e-mailberichten van 9 december 2019 en 12 december 2019 nader toegelicht. Kopieën hiervan zijn op 23 december 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Bij brief van 28 december 2019 heeft verzoekster haar verzoek aan de commissie nogmaals toegelicht. Een kopie hiervan is op 6 januari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. Bij brief van 21 januari 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut (zaaknummer: 2019064791) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is dezelfde dag aan partijen gestuurd. Verzoekster heeft op 13 februari 2020 op het voorlopig advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 14 februari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.7. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 februari 2020 gehoord.
- 2.8. Verzoekster heeft de commissie op 20 februari 2020 aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is op 24 februari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.9. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 24 februari 2020 aan het Zorginstituut gezonden. Bij brief van 19 maart 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie is op 24 maart 2020 aan partijen gestuurd. Hierbij is hen de mogelijkheid geboden op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft per brief van 31 maart 2020 van deze mogelijkheid gebruikgemaakt. Een kopie van deze reactie is op 1 april 2020 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 2.10. Op 3 juni 2020 heeft de commissie een bindend advies uitgebracht over het geschil tussen partijen.
- 2.11. Partijen hebben verzocht om aanpassing van het bindend advies. Verzoekster heeft zich hierover op 1 juli 2020 per brief tot de commissie gewend. De ziektekostenverzekeraar heeft dit op 7 juli 2020 en 9 juli 2020 per brief kenbaar gemaakt.
- 2.12. De commissie heeft partijen op 21 september 2020 per brief geïnformeerd dat zij bereid is het dossier te heropenen en over te gaan tot behandeling van de door partijen aangedragen punten, zoals verwoord in de hiervoor genoemde brieven. De behandeling diende in gewijzigde samenstelling plaats te vinden vanwege het defungeren van een van de leden die hadden deelgenomen aan het bindend advies van 3 juni 2020.
- 2.13. Verzoekster heeft op 21 september 2020 meegedeeld het op prijs te stellen het dossier te heropenen. De commissie heeft op 29 september 2020 per brief hierop gereageerd. Afschriften van deze brieven zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 8 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld het op prijs te stellen het dossier te heropenen.
- 2.14. Op 8 december 2020 is aan partijen het concept van het gewijzigde bindend advies toegezonden, waarbij aan hen is gevraagd of zij zich hierin kunnen vinden. De ziektekostenverzekeraar en verzoekster hebben op 17 december 2020 per brief respectievelijk op 17 februari 2021 per e-mail bevestigend geantwoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 en 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend*** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft als gevolg van een operatie aan haar neus in Nederland schade opgelopen aan haar neusschelpen. In 2018 is bij haar het Empty Nose syndrome (ENS) vastgesteld. Daarnaast had verzoekster een geperforeerd neustussenschot. Dit tezamen gaf zeer hinderlijke klachten, zoals duizeligheid, vermoeidheid, concentratieproblemen, een droge neus en ophopend, hard slijm. Deze klachten tasten haar kwaliteit van leven ernstig aan.
- 3.3. Verzoekster heeft voor de behandeling van haar medische problematiek in Nederland diverse zorgaanbieders geconsulteerd. De betrokken KNO-arts van het Erasmus MC heeft, voor zover hier van belang, het volgende over verzoekster verklaard:
"(...) Lichamelijk onderzoek
Het septum is redelijk recht met een perforatie aan de voorkant van 12x16 mm met weinig korstjes, te kleine concha inferior vooral links met slijm stase.

Conclusie

Klacht van empty neussyndroom met veel geestelijk[e] klachten van moeilijk ontspannen en duizeligheid.

Beleid

Moeilijke casus om te behandelen[.] 2 problemen: kleine concha inferior beiderzijds met empty neussyndroom en grote septumperforatie. Zij heeft meerdere klachten vooral van empty neussyndroom. Volgens mij heeft zij operaties nodig om beide problemen te behandelen. Het probleem van empty neussyndroom wordt behandeld door implantatie op de neusschelp om de neusholten te versmallen. (...)"

- 3.4. Verzoekster voelde zich uiteindelijk genoodzaakt voor adequate behandeling naar een zorgaanbieder in Duitsland te gaan, namelijk het Acqua Klinik Kopfzentrum in Leipzig (verder: zorgaanbieder I). Deze zorgaanbieder heeft bij verzoekster diagnostiek verricht. Vervolgens heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van behandeling van haar neusschelpen met stamcellen en hyaluronzuur door zorgaanbieder I. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 20 augustus 2018 meegedeeld dat hij de kosten hiervan niet vergoedt. De behandeling is nadien door zorgaanbieder I bij haar uitgevoerd.
- 3.5. Omdat de behandeling door zorgaanbieder I niet het gewenste resultaat gaf, heeft verzoekster zich daarna gewend tot een andere zorgaanbieder in Duitsland, te weten Praxis Dr. Bodlaj in Lichtenfels (verder: zorgaanbieder II). Deze zorgaanbieder heeft verzoekster een aantal keren behandeld met hyaluronzuur. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van de voorgestelde operatie door zorgaanbieder II. Deze bestond uit herstel van het geperforeerde neustussenschot door het aanbrengen van een op maat gemaakte septal button (neusprothese) en behandeling van het ENS door het aanbrengen van extracellulaire collageen matrix implantaten achter de neusschelpen. Bij e-mailbericht van 7 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij verzoekster geen toestemming geeft voor de operatie door zorgaanbieder II. Na ontvangst van de aanvullende informatie zou hij deze beslissing heroverwegen. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar tevens meegedeeld voor de diagnostiek door zorgaanbieder I een vergoeding toe te kennen van maximaal € 375,07. De voorgestelde operatie door zorgaanbieder II is op 5 februari 2019 bij verzoekster uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster na ontvangst van aanvullende informatie bij brief van 22 februari 2020 meegedeeld de operatie en de behandeling met hyaluronzuur door zorgaanbieder II niet te vergoeden.
- 3.6. Op 14 mei 2019 heeft zorgaanbieder II vanwege complicaties een vervolgbehandeling bij verzoekster uitgevoerd. Deze vervolgooperatie bestond opnieuw uit herstel van het geperforeerde neustussenschot door het aanbrengen van een op maat gemaakte septal button (neusprothese) en behandeling van het ENS door het aanbrengen van extracellulaire collageen matrix implantaten achter de neusschelpen. Tevens is het linker neusseptum afgevijld.
- 3.7. Bij brief van 4 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij de eerste operatie door zorgaanbieder II alsnog vergoedt tot maximaal € 1.812,86. Dit doet hij op basis van zorgproductcode 15A884 met omschrijving 'Septumafwijkingen | Septumcorrectie | Ademh bov luchtw overig. Herstel neustussenschot bij een afwijking aan het neustussenschot'.
- 3.8. Het voorlopig advies van het Zorginstituut luidt, voor zover hier van belang:
*"(...) Stand van de wetenschap en praktijk hyaluronzuurinjecties
Uit het dossier is op te maken dat verweerder een literatuur search heeft uitgevoerd in de database van Pubmed/NCBI. Het dossier bevat geen details van het literatuuronderzoek. Het Zorginstituut heeft op 16 januari 2020 een oriënterende literatuursearch gedaan in Medline (via PubMed). Er werd één publicatie van Modrzynski' (2011) gevonden. Waarschijnlijk is dit hetzelfde 'report' waar verweerder naar verwijst. In deze studie werd bij drie patiënten met ENS hyaluronzuur submucosaal geïnjecteerd in de onderste neusschelp. Er wordt een tijdelijke verbetering van de symptomen gerapporteerd zonder complicaties. De auteur stelt dat deze behandeling een optie is voor de behandeling van minder ernstige vormen van ENS. Op basis van deze niet vergelijkende studie van zeer beperkte omvang kan niet worden geconcludeerd dat de effectiviteit van hyaluronzuurinjecties bij ENS voldoende is aangetoond.*

Conclusie

De behandeling met hyaluronzuurinjecties bij ENS voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

DBC zorgproductcodes

De adviestaak van het Zorginstituut [is] beperkt tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding. Verweerder heeft de diagnostiek van behandeling I vergoed op basis van DCB zorgproductcode 15A886 met omschrijving 'septumafwijkingen ambulante/middel/ademhalingsstelsel bovenste luchtwegen' uit billijkheid/toegeeflijkheid (brief d.d. 5 december 2019). Het Zorginstituut merkt hierbij op dat de diagnostiek van behandeling I niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering omdat behandeling I niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De toegepaste DBC zorgproduct code is passend. Behandeling II is door de medisch adviseur geduid als een septumcorrectie en als zodanig vergoed. Voor de berekening van de hoogte van de vergoeding van behandeling II heeft verder de DBC zorgproductcode 15A884 met omschrijving 'Septumafwijkingen|Septumcorrectie|Ademh bov luchtw overig. Herstel neustussenschot bij een afwijking aan het neustussenschot' gebruikt. Dit is een passende DBC zorgproduct code.

Het advies

Het Zorginstituut heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Gelet op het bovenstaande adviseert het Zorginstituut voor zover het geschil zij[e]t op vergoeding van hyaluronzuurinjecties tot afwijzing van het verzoek. Verder merkt het Zorginstituut op dat de door verweerder toegepaste DBC zorgproductcodes passend lijken. (...)"

3.9. Het definitief advies van het Zorginstituut van 19 maart 2020 luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Aanvullende informatie

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies geen uitspraak gedaan over de stand van de wetenschap en praktijk van behandeling II. Het Zorginstituut heeft voor behandeling II alleen beoordeeld of verweerder de juiste DBC zorgproductcode heeft toegepast. De SKGZ stelt dat het geschil groter is en verzoekt het Zorginstituut te beoordelen of behandeling II voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Volgens de SKGZ bestonden de behandelingen uit:

- 1. herstel van het geperforeerde neustussenschot door het aanbrengen van een op maat gemaakt[e] septal button (neusprothese), en behandeling van het Empty Nose Syndrom (ENS) door het aanbrengen van extracellulaire collageen matrix implantaten achter de neusschelpen;*
- 2. het afvijlen van het linkerneusseptum, herstel van het geperforeerde neustussenschot door het aanbrengen van een op maat gemaakt[e] septal button (neusprothese), en behandeling van het ENS door het aanbrengen van extracellulaire collageen matrix implantaten achter de neusschelpen.*

De beoordeling is volgens de SKGZ relevant omdat verzoekster aanspraak maakt op een hogere vergoeding voor deze operaties.

Medische beoordeling

(...)

Het repareren van een geperforeerd septum (neustussenschot), al dan niet met een button, is een gebruikelijke behandeling (ook in Nederland) als conservatieve maatregelen niet werken. Het plaatsen van een prothese button wordt overigens ook wel als conservatieve behandeling beschouwd. Verweerder voert ook niet aan dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De vraag of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is daarom volgens het Zorginstituut niet aan de orde. Voor de volledigheid heeft het Zorginstituut d.d.

13 maart 2020 een literatuursearch uitgevoerd in Medline (PubMed). De gevonden wetenschappelijke publicaties bevestigen de opvatting dat het repareren van een geperforeerd septum (neustussenschot), al dan niet met een button, een gebruikelijke behandeling is als conservatieve maatregelen niet werken. Geconcludeerd kan worden dat behandeling II voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Deze conclusie leidt echter niet tot een hogere vergoeding. Zoals in het voorlopig advies is aangegeven heeft verweerder de juiste DBC zorgproductcode toegepast en er is ook geen sprake van een andere zorgvraag op grond waarvan een hogere vergoeding mogelijk is.

Stellingen van verzoekster

Met betrekking tot de stellingen van verzoekster merkt het Zorginstituut op verzoek van de SKGZ het volgende op.

1. Volgens verzoekster is de door Zilveren Kruis gehanteerde zorgproductcode 15A884 niet passend. Deze zorgproductcode ziet op een septumcorrectie, terwijl bij haar tevens implantaten achter de neusschelpen zijn aangebracht. Zoals ook is aangegeven in het voorlopig advies is de adviestaak van het Zorginstituut beperkt tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Het beoordelen van DBC zorgproductcodes valt daar niet onder. Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op over de aard van de vergoeding. Het Zorginstituut acht de toegepaste DBC zorgproductcode passend. Voor zover het Zorginstituut kan nagaan bestaat er geen specifieke zorgactiviteit voor het aanbrengen van implantaten achter de neusschelpen op grond waarvan een hogere vergoeding mogelijk is.

2. Naar de mening van verzoekster is het criterium de stand van de wetenschap en praktijk niet op de onderhavige zorg van toepassing als zou blijken dat aan dit criterium niet wordt voldaan. In die situatie is bepalend of de zorg in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg, zoals bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Blijkens de Nota van toelichting bij het Bzv slaat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' op zorgvormen die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven. Uit deze toelichting en ook uit de zinsnede 'bij ontbreken van een zodanige maatstaf' in artikel 2.1 Bzv volgt dat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' alleen geldt als de andere norm ('de stand van de wetenschap en praktijk') niet van toepassing is. Het is dus niet zo dat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' in beeld komt, indien bij een concrete beoordeling niet voldaan is aan de norm 'de stand van de wetenschap en praktijk', bijvoorbeeld vanwege zeer lage kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit. De norm 'de stand van de wetenschap en praktijk' is niet van toepassing, als (medisch) wetenschappelijke bewijsvoering geen enkele rol speelt respectievelijk kan spelen bij de vraag of de zorg/dienst in staat is te doen wat deze beoogt te doen. Dit is niet het geval bij de beoordeling van de behandelingen van verzoekster. Wetenschappelijke bewijsvoering speelt wel degelijk een rol bij de vraag of de behandelingen in geschil in staat zijn te doen wat deze beogen te doen. Voorbeelden van zorgvormen/diensten waarbij (medisch) wetenschappelijke bewijsvoering geen rol speelt zijn zittend ziekenvervoer en welzijnsgerelateerde hulpmiddelen. Verzoekster voert verder in haar brief aan dat uit het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' volgt dat ook naar de 'praktijk' gekeken moet worden bij de beoordeling. 'Praktijk' is echter niet: 'dat wat individuele professionals (gewoonlijk) feitelijk aan zorg leveren'. Evenmin gaat het bij 'praktijk' om de mening van individuele behandelaars (en individuele patiënten) over de waarde van de interventie. Wat eventueel meegenomen wordt in de afweging is dat wat de beroepsgroep als geheel maatgevend vindt respectievelijk als juiste behandelwijze beschouwt.

Voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk van de hyaluronzuur injecties (behandeling I) heeft het Zorginstituut na een literatuur search een wetenschappelijke publicatie gevonden. Het betreft een niet vergelijkende studie van zeer beperkte omvang. Bewijs van zeer lage kwaliteit op cruciale of belangrijke uitkomstmaten betekent dat de geloofwaardigheid van de gevonden resultaten - of die nu positief of negatief zijn - uiterst gering is. Dit vormt een belemmering om te concluderen of de interventie nu wel of niet effectief is. Dit gebrek aan bewijs van voldoende kwaliteit is in beginsel van doorslaggevende betekenis en zal leiden tot een negatief standpunt. Een positieve waardering van de interventie bij professionals of patiënten - mocht daar sprake van zijn - zal in de regel de grote onzekerheid over de gevonden effecten niet kunnen compenseren. Stelling 3 en 4 zien op de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk van behandeling II. In dit advies wordt geconcludeerd dat behandeling II voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat een reactie op deze stellingen niet meer nodig is.

Het advies

Het Zorginstituut heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Gelet op het bovenstaande wijzigt het voorlopig advies niet. Het Zorginstituut heeft aanvullend beoordeeld dat behandeling II voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut adviseert voor zover het geschil zit op vergoeding van hyaluronzuurinjecties tot afwijzing van het verzoek. Verder merkt het Zorginstituut op dat de door verweerder toegepaste DBC zorgproductcodes passend lijken. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:
- (i) de behandeling met hyaluronzuur en bloedplasma door zorgaanbieder I te vergoeden;
 - (ii) de behandelingen met hyaluronzuur door zorgaanbieder II te vergoeden;
 - (iii) aan haar een hogere vergoeding toe te kennen voor de eerste operatie door zorgaanbieder II;
 - (iv) aan haar een hogere vergoeding toe te kennen voor de vervolgooperatie door zorgaanbieder II.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

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 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering in samenhang met de pagina's 46 en 54 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg, en die uit Vo. nr. 883/2004 over grensoverschrijdende zorg in de EU/EER 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan om daar zorg te verkrijgen. In deze situatie is sprake van planbare zorg en daarom is artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Volgens dit artikel heeft een verzekerde onder voorwaarden recht op vergoeding van zorg volgens het sociale verzekeringsstelsel van de betreffende EU-lidstaat. Voor aanspraak op deze vergoeding is voorafgaande toestemming vereist. Verzoekster lijkt te veronderstellen dat de ziektekostenverzekeraar haar probeert tegen te werken met het vereiste van voorafgaande toestemming. Hierin volgt de commissie haar niet, omdat dit vereiste afkomstig is uit Vo. nr. 883/2004 en daarmee ook voor de ziektekostenverzekeraar een gegeven vormt. Voorwaarde voor vergoeding op grond van Vo. nr. 883/2004 is dat de zorg behoort tot het verzekerde pakket in Nederland én niet binnen een medisch verantwoorde termijn beschikbaar is.

Behandeling door zorgaanbieder I

- 6.3. Verzoekster is door zorgaanbieder I behandeld met hyaluronzuur en bloedplasma. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan deze behandeling om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 geweigerd. Hij heeft gesteld dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Verzoekster heeft daarom noch op grond van Vo. nr. 883/2004 noch op grond van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding.
- 6.4. Artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is gebaseerd op artikel 2.1, tweede lid, Bzv. In laatstgenoemd artikel is bepaald dat 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. Verzoekster lijkt ervan uit te gaan dat wanneer niet is voldaan aan de norm 'stand wetenschap en praktijk de maatstaf 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' van toepassing wordt. Dit is niet juist. Toepasselijkheid van de ene norm, sluit toepasselijkheid van de ander norm uit. Welke norm van toepassing is, is afhankelijk van de aard van de vorm van zorg of andere dienst. Voor vormen van zorg en andere diensten die een wetenschappelijke status hebben of behoeven, geldt dat moet worden voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voor vormen van zorg en andere diensten die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven, geldt dat deze in het betrokken vakgebied moeten gelden als verantwoord en adequaat. Het voorgaande volgt uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 Bzv (Staatsblad 2005, 389). Het Zorginstituut heeft in het advies van 19 maart 2020 meegedeeld dat wetenschappelijke bewijsvoering een rol speelt bij de vraag of hyaluronzuur in staat is te doen wat dit middel beoogt te doen. Om deze reden is de norm stand van de wetenschap en praktijk van toepassing. De commissie volgt het Zorginstituut hierin.
- 6.5. De commissie overweegt dat 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.
- 6.6. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de door verzoekster ondergane behandelingen in Duitsland overeenkomen met de stand van de wetenschap en praktijk. 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 niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd. 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 meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 6.7. Het Zorginstituut heeft beoordeeld of de behandeling van ENS met hyaluronzuur, zoals toegepast door zorgaanbieder I, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In dit verband is een literatuursearch uitgevoerd. De gevonden publicatie betrof een vergelijkende studie van zeer beperkte omvang. Deze toont de effectiviteit van hyaluronzuur niet aan. Het Zorginstituut constateert dat de behandeling van ENS met hyaluronzuur niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- Het Zorginstituut heeft in het kader van de uitgevoerde beoordeling meegedeeld dat bewijs van zeer lage kwaliteit op cruciale of belangrijke uitkomstmaten betekent dat de geloofwaardigheid van de gevonden resultaten uiterst klein is. Dit vormt een belemmering om te concluderen of de interventie al dan niet effectief is. Het gebrek aan bewijs van voldoende kwaliteit is in beginsel van doorslaggevende betekenis en zal leiden tot een negatief standpunt. Een positieve waardering van de interventie bij professionals of patiënten - mocht daar sprake van zijn - zal in de regel de grote onzekerheid over de gevonden effecten niet kunnen compenseren.
- Het Zorginstituut heeft de kanttekening gemaakt dat de term 'praktijk' niet inhoudt wat individuele professionals feitelijk aan zorg leveren. Evenmin gaat het hierbij om de mening van individuele behandelaars en individuele patiënten over de waarde van de interventie. Wat eventueel meegenomen wordt in de beoordeling is wat de beroepsgroep als geheel maatgevend vindt en als juiste behandelwijze beschouwt.
- 6.8. Verzoekster is het niet eens met de conclusie van het Zorginstituut. Zij heeft hier tegen ingebracht dat niet mag worden uitgegaan van een Randomized Controlled Trial (RCT). Evidence van lager niveau is in haar ogen 'passend bewijs', omdat sprake is van een zeldzame aandoening waarvoor geen alternatieve behandeling bestaat. De prognose is bovendien slecht en patiënten zijn niet bereid zich te laten randomiseren. Conform het document 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' van het Zorginstituut van januari 2015 vormt hiermee een gegeven dat een RCT niet haalbaar is. Daarbij is hyaluronzuur een 'technische variant' van (vergelijkbare) fillers. Het Zorginstituut had daarom onderzoeken ten aanzien van fillers moeten meewegen in de beoordeling of hyaluronzuur bij ENS conform de stand van de wetenschap en praktijk is.
- Verzoekster beroept zich bovendien uitdrukkelijk op overwegingen 4.6 en 4.8 uit het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:RBGEL:2019:983), waaruit volgens haar volgt dat de mate van acceptatie in de medische praktijk eveneens een graadmeter is, om te bepalen of een behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. De behandeling met hyaluronzuur bij ENS wordt volgens verzoekster door specialisten op dit gebied als een juiste behandelwijze beschouwd.
- 6.9. De stelling van verzoekster dat een RCT niet mogelijk is, kan niet overtuigen. Uit de omstandigheid dat sprake is van een zeldzame aandoening volgt niet automatisch dat geen RCT kan worden verricht. Niet aannemelijk is gemaakt dat de patiëntenpopulatie dusdanig laag is dat een RCT niet mogelijk is. Verzoekster heeft uitsluitend op subjectieve gronden, namelijk vanuit haar eigen beleving, onderbouwd dat sprake is van een ziektebeeld met een slechte prognose en dat patiënten niet bereid zouden zijn zich te laten randomiseren en behandelen bovendien niet bereid zouden zijn hen te randomiseren. Dit kan niet overtuigen en de stelling van verzoekster faalt om die reden. De overwegingen uit het arrest waarop verzoekster zich beroept komen overeen met hetgeen door de commissie is overwogen in 6.5 en 6.6. Voor de effectiviteit van hyaluronzuur bij ENS bestaat onvoldoende wetenschappelijk bewijs. De commissie vermag niet in te zien hoe de omstandigheid dat specialisten op het gebied van ENS hyaluronzuur toepassen dit gebrek aan wetenschappelijk bewijs kan compenseren. Hetzelfde geldt voor de stelling dat de Empty Nose Syndrome International Association hyaluronzuur als eerste keus voor de behandeling van ENS beschouwt. Niet duidelijk is wat hiervoor de wetenschappelijke onderbouwing is. Daarbij is de status van deze organisatie onduidelijk. Het beroep op het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 faalt.

Door verzoekster is voorts niet aannemelijk gemaakt dat fillers bij ENS wel voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, nog daargelaten dat door haar niet aannemelijk is gemaakt dat de behandeling met hyaluronzuur hiermee wetenschappelijk gezien vergelijkbaar is. De commissie ziet in hetgeen door verzoekster is gesteld geen aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut. Dit betekent dat zij de conclusie deelt dat de behandeling met hyaluronzuur bij ENS niet overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk is.

- 6.10. De wetgever heeft gewild dat behandelingen van medisch specialistische aard in hun totaliteit worden gedeclareerd en vergoed, en niet per zorgactiviteit. Dit is tot uitdrukking gebracht in de invoering van een vergoedingensystematiek met Diagnose Behandeling Combinaties (DBC). Hiermee wordt een behandeling die in een bepaalde periode in het kader van een zorgvraag wordt verleend, gedeclareerd en vergoed. Inherent aan deze keuze is dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding van een medisch specialistische behandeling als alle onderdelen van een dergelijke behandeling voor vergoeding in aanmerking komen. Aangezien de zorgverzekering geen dekking biedt voor (onderdelen van) de door verzoekster ondergane behandeling door zorgaanbieder I, heeft de ziektekostenverzekeraar de gevraagde toestemming hiervoor op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht geweigerd. Verzoekster heeft evenmin aanspraak op vergoeding van de kosten van deze behandeling op grond van de zorgverzekering.

Behandeling met hyaluronzuur door zorgaanbieder II

- 6.11. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan deze behandelingen niet om toestemming gevraagd. Om welke reden verzoekster geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd, doet hierbij niet ter zake. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening dan buiten toepassing. Dat de ziektekostenverzekeraar heeft ingestemd met een beoordeling achteraf maakt dit niet anders. De toegezegde beoordeling, is daarbij een beoordeling of aanspraak bestaat op vergoeding van de behandelingen ten laste van de zorgverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.12. Zoals overwogen in 6.9, voldoet de behandeling met hyaluronzuur bij ENS niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding hiervan ten laste van de zorgverzekering.

Eerste operatie door zorgaanbieder II

- 6.13. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de eerste operatie door zorgaanbieder II om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 geweigerd. Hij heeft in dat verband gesteld dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Verzoekster heeft daarom noch op grond van Vo. nr. 883/2004 noch op grond van de zorgverzekering aanspraak op deze zorg.
- 6.14. De commissie heeft het Zorginstituut in vervolg op het voorlopig advies gevraagd te beoordelen of de eerste operatie en de vervolgooperatie die verzoekster bij zorgaanbieder II heeft ondergaan, voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie heeft toegelicht dat de eerste operatie bestond uit herstel van het geperforeerde neustussenschot door het aanbrengen van een op maat gemaakte septal button (neusprothese), én behandeling van het Empty Nose Syndrom (ENS) door het aanbrengen van extracellulaire collageen matrix implantaten achter de neusschelpen. De vervolgooperatie bestond uit dezelfde verrichtingen én het afvlijen van het linkerneusseptum. Het Zorginstituut duidt deze twee operaties in het definitief advies tezamen als 'behandeling II'.

- 6.15. Het Zorginstituut constateert dat het repareren van een geperforeerd septum (neustussenschot), al dan niet met een button, een gebruikelijke behandeling is als conservatieve maatregelen niet werken. De uitgevoerde literatuursearch in Medline onderschrijft dit. Het plaatsen van een prothese button wordt ook wel als conservatieve behandeling gezien. Het Zorginstituut constateert vervolgens dat behandeling II voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 6.16. De commissie neemt het advies van het zorginstituut over. Omdat de ziektekostenverzekeraar geen andere afwijsgonden heeft aangevoerd, betekent dit dat hij verzoekster de gevraagde toestemming voor de eerste operatie - achteraf gezien - ten onrechte heeft onthouden. De consequentie hiervan is, gelet op het bepaalde in de artikelen 25, vijfde lid, en 26, zesde lid, van Vo. nr. 987/2009, dat de ziektekostenverzekeraar moet tarifieren.
- 6.17. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat hij na declaratie van de desbetreffende nota aan verzoekster een vergoeding zal betalen voor de operatie van maximaal € 1.812,86. De commissie gaat ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster waar nodig behulpzaam zal zijn met het indienen van een nota, voor zover deze volgens de ziektekostenverzekeraar vereist is om over te gaan tot betaling van een vergoeding.
Volgens de ziektekostenverzekeraar komt de bovengenoemde vergoeding overeen met het Nederlands tarief, in welk geval verzoekster geen aanspraak zou hebben op een hogere vergoeding. Verzoekster heeft dit betwist. Ten aanzien van de vraag op welke vergoeding de zorgverzekering aanspraak geeft, geldt het volgende.
- 6.18. Verzoekster had in 2019 een naturapolis afgesloten. Zorgaanbieder II is een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor niet-gecontracteerde zorg geldt een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief. Heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende vorm van zorg onvoldoende ingekocht of kan een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg niet tijdig leveren? Dan geldt een vergoeding tot maximaal het toepasselijke Wmg-tarief of, bij het ontbreken hiervan, tot het in Nederland geldende marktconforme tarief. Dit volgt uit artikel 4.3.1. van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2019). In aanvulling hierop biedt de zorgverzekering in geval van medisch specialistische zorg kennelijk aanspraak op volledige vergoeding als verzekerde voor het ondergaan van deze zorg naar het buitenland moet, omdat de zorg niet in Nederland beschikbaar. Dit volgt uit de website <https://www.zilverenkruis.nl/consumenten/vergoedingen/2019/Paginas/Expertisebehandeling-in-het-buitenland.aspx>.
- 6.19. Verzoekster heeft aangevoerd dat de operatie die zij bij zorgaanbieder II heeft ondergaan niet door een gecontracteerde zorgaanbieder of in Nederland kon worden verleend. De operatie zoals door zorgaanbieder II is verricht, wordt in Nederland niet uitgevoerd. Het alternatief dat door het Erasmus MC is aangeboden, kon niet tijdig worden verleend. De diverse andere ziekenhuizen die zij verder heeft geconsulteerd, konden niets voor haar betekenen.
- 6.20. De commissie stelt vast dat verzoekster haar stellingen niet heeft onderbouwd, en dat zij niet aannemelijk heeft gemaakt dat de operatie zoals verricht door zorgaanbieder II niet in Nederland of door een gecontracteerde zorgaanbieder kon worden uitgevoerd. Evenmin is gebleken dat geen enkele gecontracteerde zorgaanbieder de operatie tijdig bij verzoekster kon uitvoeren. Verzoekster heeft daarom aanspraak op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief. De vervolgvraag is welke DBC passend is.
- 6.21. De ziektekostenverzekeraar heeft ter bepaling van de hoogte van de toegekende coulancevergoeding zorgproductcode (DBC) 109799002 (15A884) gehanteerd. De bijbehorende consumentenomschrijving is als volgt: 'herstel neustussenschot bij een afwijking aan het neustussenschot'. Verzoekster stelt dat de gehanteerde DBC niet passend is, omdat de omschrijving niet overeenkomt met de operatie die is uitgevoerd. De omschrijving van DBC 109799019 (15B833) komt wel hiermee overeen en is daarom wél passend. De consumentenomschrijving luidt: 'herstel van de neus, uitgebreide operatie bij een vormafwijking bovenste luchtwegen'.

Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij in ieder geval niet de dupe mag worden van het ontbreken van een passende DBC. Verzoekster stelt daarom dat een aanvullende DBC moet worden gehanteerd.

- 6.22. Het Zorginstituut heeft meegedeeld de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde zorgproductcode passend te vinden. Voor zover het Zorginstituut kan nagaan, bestaat geen specifieke zorgactiviteit voor het aanbrengen van implantaten achter de neusschelpen. De commissie volgt het Zorginstituut hierin. Dat het Zorginstituut niet heeft onderbouwd waarom de gehanteerde zorgproductcode voldoet, geeft de commissie geen aanleiding van het advies af te wijken. Kennelijk is de behandeling die valt onder de DBC 109799019 (15B833) niet vergelijkbaar met de bij verzoekster verrichte operatie en houdt dit verband met het feit dat hierbij sprake is van een 'uitgebreide operatie'.
- 6.23. Zoals overwogen in 6.10, heeft een DBC betrekking op de totale behandeling die in een bepaalde periode in het kader van een zorgvraag wordt verleend. Het verzoek een tweede, aanvullende DBC te hanteren, kan daarom niet worden ingewilligd. Dat geen DBC bestaat met een omschrijving die exact ziet op de bij verzoekster uitgevoerde operatie maakt dit niet anders. De DBC-systematiek gaat in principe uit van algemene omschrijvingen waar meerdere behandelingen onder kunnen vallen. Dit betekent dat het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde zorgproductcode 109799002 (15A884) als juist moet worden beschouwd. Niet in geschil is dat 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief hiervoor uitkomt op maximaal € 1.812,86.
- 6.24. Een vergoeding, gelijk aan het Nederlandse tarief, is reeds aan verzoekster toegezegd, indien verzoekster daartoe een nota indient. Valt de tarifiering lager uit dan het Nederlandse tarief? Dan heeft verzoekster geen aanspraak op aanvullende vergoeding. Valt de tarifiering hoger uit dan het Nederlandse tarief? Dan moet de hoogte van het uitgekeerde Nederlandse tarief op het bedrag dat uit de tarifiering komt in mindering worden gebracht en heeft verzoekster aanspraak op nabetaling van het verschil. De uiteindelijke vergoeding kan nooit hoger zijn dan de daadwerkelijk kostprijs van de operatie.

Vervolgoperatie door zorgaanbieder II

- 6.25. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de vervolgoperatie door zorgaanbieder II niet om toestemming gevraagd. Op grond van de al eerder aangehaalde jurisprudentie van het Hof van Justitie blijft de verordening dan buiten toepassing. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 6.26. Zoals overwogen in 6.14 en 6.15, heeft het Zorginstituut in het definitief advies geconstateerd dat ook de vervolgbehandeling (als onderdeel van 'behandeling II') voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over. Door de ziektekostenverzekeraar zijn geen andere afwijzingsgronden gesteld. De aanspraak van verzoekster op vergoeding van de vervolgoperatie door zorgaanbieder II ten laste van de zorgverzekering vormt hiermee een gegeven.
- 6.27. Verzoekster stelt dat de vervolgoperatie zoals uitgevoerd niet in Nederland of door een gecontracteerde zorgaanbieder werd verleend. Een alternatief was niet (tijdig) in Nederland of bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar.

De commissie overweegt dat deze stelling door verzoekster niet aannemelijk is gemaakt. De verklaring van het AMC, waarin verzoekster voor behandeling wordt terugverwezen naar zorgaanbieder II, overtuigt in dit verband niet. Verzoekster heeft conform artikel 4.3.1. van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2019) daarom aanspraak op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief. Daaraan doet niet af dat de ziektekostenverzekeraar, zoals deze stelt in zijn brief van 9 juli 2020, nimmer heeft meegedeeld dat een vervolgooperatie door dr. Bodlaj zou worden vergoed. Voor vergoeding van de kosten van deze behandeling is voldoende dat verzoekster – aan de hand van een of meer daartoe gebruikelijk gehanteerde bewijsstukken – aannemelijk maakt dat de vervolgbehandeling heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden.

- 6.28. Het Zorginstituut heeft meegedeeld de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC passend te vinden. De commissie volgt het Zorginstituut, mede gelet op hetgeen is overwogen in 6.22 en 6.23, hierin. Niet in geschil is dat 75% van het gecontracteerde tarief uitkomt op maximaal € 1.812,86. Omdat de verordening voor de vervolgooperatie buiten toepassing blijft, is tarifiering niet aan de orde.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.29. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de in het geding zijnde zorg door zorgaanbieders I en II. Het verzoek kan daarom niet op grond van deze verzekering worden ingewilligd.

Redelijkheid en billijkheid

- 6.30. Volgens verzoekster is het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat de behandelingen niet worden vergoed. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 19 december 2014 (ECLI:NL:HR:2014:3679) overwogen dat bijzondere omstandigheden die niet zijn verdisconteerd in de afweging van de wetgever ten aanzien van de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering aanleiding kunnen geven te bepalen dat een zorgverzekeraar gehouden is zorg of andere diensten te vergoeden waarvoor de zorgverzekering geen dekking biedt. De wetgever heeft de omvang van het verzekerde pakket bewust gekoppeld aan de stand van de wetenschap en praktijk, en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, aan hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Inherent aan deze norm is dat in beginsel geen recht bestaat op verstrekking of vergoeding als de zorg niet voldoet aan dit criterium. De verwijzing door verzoekster naar haar lijdensdruk kan daarom niet leiden tot een andere uitkomst.
- 6.31. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, bijvoorbeeld dat zij aanspraak op het anders of meer gevorderde ontleent aan de artikelen 11 en 12 Zvw in combinatie met artikel 2.1, derde lid Bzv, kan niet leiden tot een ander oordeel.
- 6.32. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

(i) het bindend advies van 3 juni 2020 wordt ingetrokken en vervangen door het thans voorliggende bindend advies;

(ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor de eerste operatie door zorgaanbieder II een bedrag van maximaal € 1.812,86 te vergoeden, indien en voor zover verzoekster aan de hand van een nota of een ander bewijsstuk aannemelijk maakt dat de operatie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden;



(iii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor de eerste operatie door zorgaanbieder II over te gaan tot tarifiering;



(iv) de ziektekostenverzekeraar, afhankelijk van de uitkomst van de tarifiering en met inachtneming van de werkelijke kosten, gehouden is het eventuele verschil met het Nederlandse tarief te betalen;



(v) de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor de vervolgooperatie door zorgaanbieder II een bedrag van maximaal € 1.812,86 te vergoeden, indien en voor zover verzoekster aan de hand van een nota of een ander bewijsstuk aannemelijk maakt dat de operatie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden;



(vi) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden;

(vii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 25 februari 2021,

G.R.J. de Groot



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2018-09-07#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.1_Artikel2.2.

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.

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

2.1 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 invoeren 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.

3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 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 muerij.

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

3.2 Keuring, grieprik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- a keuringen;
- b grieprikken;
- c behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- d behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e behandelingen met sterilisatie als doel;
- f behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- h het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.



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 2.1 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen' 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 zorgaanbieders, 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 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 prostaatanker. Hiervoor geldt de selectieve contractering niet. U kunt terecht in alle ziekenhuizen die wij voor prostaatankeroperaties 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 4.3.1 en 4.3.2 niet. Het gaat om:

- a spoedeisende zorg;
- b verloskunde;
- c kaakchirurgie;
- 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 vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m e, 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 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 Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker 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 15.

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



14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekosten-verzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtcoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.



18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie? Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Zilveren Kruis is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven:

- a om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- b om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- c om producten en diensten te verbeteren;
- d om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- e voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
- f om risico's in te schatten;
- g voor relatiebeheer;
- h om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en volgens de eventueel daaruit voortvloeiende wet- en regelgeving. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit op 3 manieren melden:

- a schriftelijk bij Zilveren Kruis, postbus 444, 2300 AK Leiden;
- b via telefoonnummer 071 – 751 00 51;
- c via onze website.

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Zilveren Kruis uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

19.6 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.



30 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het doel van het verblijf is dat u terugkeert naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts 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 verzilvert 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker 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.

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 fysisch 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 de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

Artikel 9	Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
Artikel 14	Audiologisch centrum
Artikel 18	Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
Artikel 21	Astmacentrum in Davos
Artikel 22	Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
Artikel 23	Mechanische beademing
Artikel 24	Thuisdialyse
Artikel 25	Transplantaties van organen en weefsels
Artikel 26	Plastische chirurgie
Artikel 27	Revalidatie
Artikel 32	Bevalling en verloskundige zorg
Artikel 33	IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
Artikel 35	Oncologieonderzoek bij kinderen
Artikel 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 17 en 18 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker 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 4.3.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

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

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 plagen te bieden.



Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn artikel 1.1 lid a-d (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel 4.3 (Niet-gecontracteerde zorgverleners).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af.

Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten, wanneer u zelf ook een aanvullende verzekering heeft bij ons. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert. U kunt ook een aanvullende verzekering voor uw kind(eren) afsluiten, wanneer u zelf een aanvullende verzekering heeft bij ons.

2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 9 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht eigen risico vergoedt;
- c wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.



Algemene voorwaarden basisverzekeringen

1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- 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 is bevoegd om viermaal per jaar zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/>.

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.

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

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

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen 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.

3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

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

- een gewapend conflict;
- een burgeroorlog;
- een opstand;
- binnenlandse onlusten;
- oproer en muiterij.

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

3.2 Keuring, griep prik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- keuringen;
- griep prikken;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist of medisch specialist.

U heeft geen recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van zorg die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf zorg verlenen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u zorg verleent? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

Let op! Deze voorwaarde geldt niet voor zorg welke via een Zvw-pgb wordt verstrekt.

12.6 Afspraken over ingangsdatum bij collectiviteitskorting

De collectieve basisverzekering geldt ook voor uw gezin. Zijn er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting? Dan informeren wij uw kinderen daar schriftelijk over.

13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Stuur ons hiervoor een brief of een e-mail waarin u de verzekering opzegt. U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

Herroept u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

- U (verzekeringnemer) kunt een brief of e-mail sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- U (verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering op.
- Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) een brief of e-mail sturen om deze verzekering voor de verzekerde op te zeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) overstapt van de ene naar de andere collectieve basisverzekering, omdat u (verzekeringnemer) een dienstverband heeft beëindigd en/of een nieuw dienstverband bent aangegaan. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.
- Het kan ook zijn dat uw deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie stopt. De reden van opzegging kan dan ófwel zijn dat u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, ófwel dat u (verzekeringnemer) aan een collectieve basisverzekering gaat deelnemen omdat u (verzekeringnemer) een nieuw dienstverband heeft. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw deelname aan het collectief is gestopt. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.

Beëindigen wij uw verzekering op uw verzoek? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u op welke datum de verzekering eindigt.

14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering:

- met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- als u militair in werkelijke dienst wordt;
- bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel 20 van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
- bij overlijden;
- als wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.
- als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee kijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee kijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- a de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- c het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt.

U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen?

Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtcoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen.

Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie? Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Zilveren Kruis is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven:

29 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het doel van het verblijf is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

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 is gestart op 1 januari 2018 of later, moet u als uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, 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 palliatieve zorg. Bij de aanvraag voor toestemming dient uw zorgplan te worden toegevoegd.

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 verzilvert 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;
- 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker 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.

30 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) verbodenaan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) toegelaten instelling.

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 fysisch audioloog, verloskundige (alleen als het om verloskundige zorg gaat), de optometrist (alleen als het om oogzorg gaat) of een andere medisch specialist.
- 2 Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- 3 De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 4 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.
- 5 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

Artikel 8	Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
Artikel 13	Audiologisch centrum
Artikel 17	Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
Artikel 20	Astmacentrum in Davos
Artikel 21	Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
Artikel 22	Mechanische beademing
Artikel 23	Thuisdialyse
Artikel 24	Transplantaties van organen en weefsels
Artikel 25	Plastische chirurgie
Artikel 26	Revalidatie
Artikel 31	Bevalling en verloskundige zorg
Artikel 32	IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
Artikel 34	Oncologieonderzoek bij kinderen
Artikel 40	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 16 en 17 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' 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 zelfstandigbehandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker 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 4.3.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

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

31 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische indicatie (31.1) en geen medische indicatie (31.2).

31.1 Met medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- 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;
- 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

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

31.2 Zonder medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- 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 € 34,- per verblijfsdag (€ 17,- voor de moeder en € 17,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 245,- per dag (€ 122,50 voor de moeder en € 122,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 34,- ook het bedrag dat boven de € 245,- per dag uitkomt;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals verloskundigen 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker 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 In-vitrofertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie

U heeft recht op IVF (32.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (32.2), sperma invriezen (32.3) en eicelvitricificatie (32.4).

32.1 IVF

Wilt u een IVF-behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap

Een IVF-poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
- terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Pas als de follikelpunctie geslaagd is (fase b), tellen wij de poging mee. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's worden teruggeplaatst. Als dit niet tot

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn artikel 1.1 lid a-d (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel 4.3 (Niet-gecontracteerde zorgverleners).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert.

2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 9 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht eigen risico vergoedt;
- c wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- de basisverzekering;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekering;
- Extra Vitaal.

3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

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.

(...)

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:

(...)

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”