

# Bindend advies

## **Geschillencommissie Zorgverzekeringen**

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202501241

## **Partijen**

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

## **1. Verloop van de procedure**

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 oktober 2025 is zijn verzoek aan de commissie schriftelijk bevestigd. Op 26 oktober 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 13 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 januari 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 5 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026002708) aan de commissie meegedeeld in het onderhavige geschil geen adviesbevoegdheid te hebben. Een kopie hiervan is, eveneens op 5 februari 2026, aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 maart 2026 aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is eveneens op 26 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.6. Bij e-mailbericht van 27 maart 2026 heeft verzoeker verklaard dat het geschil niet is opgelost. Een kopie van het e-mailbericht op 31 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

## **2. Vaststaande feiten**

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ Wereldfit, ONVZ Werkfit en ONVZ Tandfit module C (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

- 2.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding van een TURP-operatie, uit te voeren in Gronau, Duitsland. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor toestemming verleend en een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) met bijbehorende declaratiecode vastgesteld, te weten 15B217. Volgens verzoeker dient daarnaast declaratiecode 15B216 te worden vergoed.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 19 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat verpleegdagen zijn opgenomen in de door hem toegezegde DBC met declaratiecode 15B217 en dat onder de door verzoeker genoemde declaratiecode 15B216 geen operatie is opgenomen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 15 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 5 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld in het onderhavige geschil geen adviesbevoegdheid te hebben.

### 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden naast declaratiecode 15B217 (€ 4.010,-) declaratiecode 15B216 (€ 2.390,-) aan hem te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft in zijn brief van 8 juli 2025 verklaard dat hij op 25 juni 2025 in het St. Antonius Hospital in Gronau is geopereerd. Na overleg met de zorgconsulente van de ziektekostenverzekeraar is vastgesteld dat voor een TURP-operatie door een uroloog in Nederland een wachttijd bestaat van circa 6 tot 12 maanden. Verzoeker wenste sneller te worden geholpen in verband met terugkerende UWI's en een blaasretentie van meer dan 600 ml. Daarvoor heeft hij sinds 27 maart 2025 een blaaskatheter. Voorafgaand aan de operatie heeft de ziektekostenverzekeraar op 19 juni 2025 een machtiging verstrekt.
- 3.3. In zijn e-mailberichten van 19 en 23 juni 2025 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd waarom alleen op basis van declaratiecode 15B217 wordt vergoed en niet ook op grond van 15B216 in het kader van maximaal vijf verpleegdagen. Volgens verzoeker is declaratiecode 15B216 gecreëerd om, ook in Nederland, te voorzien in vergoeding van verpleegdagen. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat kennelijk wel de operatie wordt vergoed conform declaratiecode 15B217, met een vergoedingstarief van € 4.010,-, maar niet de daarbij horende verpleegdagen conform declaratiecode 15B216 met een vergoedingstarief van € 2.390,-. Verzoeker heeft verklaard dat de kosten van de TURP-operatie volgens de offerte € 7.100,- bedragen.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 16 juli 2025 heeft verzoeker de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) gevraagd of onder declaratiecode 15B217 ook verpleegdagen vallen of dat deze alleen vallen onder 15B216. Verzoeker heeft een e-mailbericht van 22 juli 2025 overgelegd waaruit volgt dat de NZa meedeelt dat declaratiecode 15B217 een kijkoperatie bij een goedaardige vergroting van de prostaat betreft. Declaratiecode 15B216 ziet op een ziekenhuisopname met maximaal vijf verpleegdagen bij een goedaardige vergroting van de prostaat. Onder declaratiecode 15B217 vallen volgens de NZa geen verpleegdagen.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij een TURP-operatie moest ondergaan. De wachttijd in Nederland was minimaal 6 maanden. Na onderzoek van de ziektekostenverzekeraar bleek dat in verschillende Nederlandse ziekenhuizen ook een lange wachttijd was. Uiteindelijk is verzoeker terechtgekomen bij het ziekenhuis in Gronau en heeft hij een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De DBC's 15B216 en 15B217 gelden voor een vergoeding van de operatie, alsook de verpleegdagen. Van de NZa heeft hij een e-mailbericht ontvangen waaruit

blijkt dat in DBC 15B217 geen verpleegdagen zijn opgenomen. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat er in Duitsland meer verpleegdagen worden gehanteerd. Dat klopt volgens verzoeker niet. In DBC 15B216 zijn 5 verpleegdagen opgenomen en hij heeft ook 5 dagen in het ziekenhuis gelegen. Daarnaast gevraagd door de commissie vertelt hij dat het niet logisch is om op basis van DBC 15B216 5 dagen in het ziekenhuis te liggen zonder dat er een operatie plaatsvindt. Verzoeker is ermee bekend dat het ziekenhuis in Gronau een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is en daarom een deel van de kosten krijgt vergoed. Verzoeker vraagt zich af welk programma door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar wordt gebruikt om de DBC af te leiden. Hij wil weten welke verrichtingen in 15B216 en 15B217 zitten.

- 3.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 27 maart 2027 gesteld dat hij aan de hand van de door de ziektekostenverzekeraar gestuurde website diverse scenario's heeft uitgewerkt in de applicatie voor het afleiden van de juiste DBC. Daarbij heeft hij verschillende aantallen ingevoerd bij het 'aantal verpleegdagen'. De applicatie geeft altijd de uitkomst van DBC 15B217. Dit bevestigt volgens verzoeker dat er geen vergoeding voor verpleegdagen is opgenomen en dat dit in lijn is met de informatie die hij destijds van de Nza heeft ontvangen.

#### **4. Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 19 juni 2025 verklaard dat in declaratiecode 15B217 de verpleegdagen zijn opgenomen. Declaratiecode 15B216 betreft alleen een ziekenhuisopname, maar hierin is geen operatie opgenomen.
- 4.2. In zijn brief van 15 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat declaratiecode 15B217 in dit geval de juiste is. Dat betreft een kijkoperatie bij een goedaardige vergroting van de prostaat. Declaratiecode 15B216 betreft een ziekenhuisopname met maximaal vijf verpleegdagen bij een goedaardige vergroting van de prostaat.  
Een DBC omvat alle zorg die nodig is voor een bepaalde aandoening, dus ook alle consulten, onderzoeken, hulpmiddelen en medicijnen. Bij declaratiecode 15B216 gaat het enkel om een opname, zonder dat daar een operatie bij hoort. Het systeem van DBC's is zo ingericht dat met één code de hele zorgvraag wordt omschreven en het juiste tarief wordt gehanteerd. Het komt zelden voor dat er twee DBC's naast elkaar nodig zijn. In het geval van verzoeker vallen de verpleegdagen onder declaratiecode 15B217.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat in Nederland alle DBC's worden verzameld door de NZa. Door middel van de 'NZa zorgproductapplicatie' kunnen DBC's worden afgeleid. In het geval van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende afgeleid:
  - Specialisme: 0306 Urologie
  - Diagnose: 0306.041 BPH/BH obstructie
  - Zorgactiviteiten:
  - 1x 036520 Transurethrale prostaatrectomie (TURP)
  - 5x 190218 Verpleegdag
  - Resultaat: DBC 149999026
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij aldus de juiste DBC heeft afgeleid en tot maximaal het niet-gecontracteerde tarief op basis van declaratiecode 15B217 heeft vergoed.
- 4.5. Bij e-mailbericht van 23 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat sprake is van één zorgtraject en dat het feit dat er geen verpleegdagen staan vermeld bij declaratiecode 15B217 niet betekent dat er geen verpleegdagen onder vallen.

- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 januari 2026, gericht aan de commissie, verklaard dat aan verzoeker een vergoeding van € 3.924,74 (€ 4.010,56 minus het eigen risico van € 85,82) is betaald op grond van niet-gecontracteerde zorg. Het offertebedrag was € 7.100,-- Ten tijde van de aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar getoetst aan Verordening (EG) nr. 883/2004 en is beoordeeld of verzoeker in aanmerking kwam voor een zogenoemd S2-formulier. In de aanvraag was door de behandelend uroloog geen spoedindicatie gesteld en er was geen medische reden om niet 6 maanden te kunnen wachten. Toetsing aan de verordening heeft niet geleid tot afgifte van een S2-formulier, omdat er geen sprake was van zorg die niet tijdig of niet op een passende wijze in Nederland kon worden geleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft desalniettemin voorgesteld de zorgkosten in Duitsland te laten tarifieren. Daarbij merkt hij nog op dat indien hieruit blijkt dat te veel is betaald, dit bedrag niet zal worden teruggevorderd bij verzoeker.
- 4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat de medisch adviseur de DBC en de daarbij horende vergoeding heeft afgeleid naar aanleiding van de aanvraag. Het is de ziektekostenverzekeraar onbekend waarom de NZa aan verzoeker heeft meegedeeld dat er geen verpleegdagen zijn opgenomen in DBC 15B217. Er wordt altijd maar één DBC toegepast, omdat daarin alle verrichten zijn opgenomen die passen bij het soort behandeling. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard niet te weten wanneer DBC 15B216 wordt gebruikt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de medisch adviseur via [www.zorgproducten.nza.nl](http://www.zorgproducten.nza.nl) de DBC afleidt. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de medisch adviseur nog zal worden gevraagd toe te lichten hoe hij tot DBC 15B217 is gekomen en welke verrichtingen in DBC 15B216 en 15B217 zijn opgenomen.
- 4.8. Bij brief van 26 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat bij de beoordeling van de zorgaanspraak gebruik wordt gemaakt van de Nza-casusafleidingsmodule om de juiste DBC vast te stellen. De zorg die verzoeker heeft gehad valt volgens de ziektekostenverzekeraar onder DBC 15B217. Bij deze DBC geldt dat de verpleegdagen in de casusafleidingsmodule niet zelfstandig worden gecodeerd, maar onderdeel zijn van de DBC-indeling. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar het meegestuurde beslisdiagram.

## 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 79 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker is naar Duitsland gegaan om daar een TURP-operatie te laten uitvoeren. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. Uit Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat in het geval dat geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de verordening

(overweging 31). Om die reden toetst de commissie dit ambtshalve.

In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn zorgverzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).

- 6.3. In dit geval heeft verzoeker vooraf om toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft toestemming geweigerd omdat de zorg tijdig in Nederland beschikbaar was. Van een spoedindicatie bij verzoeker is volgens hem niet gebleken. Verzoeker heeft in dit verband verwezen naar een gesprek met de zorgconsulente van de ziektekostenverzekeraar waarbij een wachttijd van 6 tot 12 maanden zou zijn genoemd. Vóór de ingreep was bij hem sprake van terugkerende UWI's en een blaasretentie van meer dan 600 ml.

De commissie stelt vast dat de vraag naar de al dan niet terecht geweigerde toestemming onbeantwoord kan blijven, nu de ziektekostenverzekeraar in de procedure heeft voorgesteld uit coulance te tarifieren. Daarmee geeft hij uitvoering aan het bepaalde in artikel 26 in samenhang met artikel 25 van Verordening (EG) 987/2009. Het is aan het Duitse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering om te bepalen of, en zo ja tot welk bedrag, aanspraak bestaat op vergoeding volgens het plaatselijke stelsel. De uitkomst van het tarifieringsverzoek vormt voor de commissie een gegeven.

De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij in geval van een lagere vergoeding op grond van de Duitse sociale ziektekostenverzekering niet tot terugvordering zal overgaan. De commissie merkt op dat terugvordering hoe dan ook niet aan de orde is, aangezien de verleende vergoeding is gebaseerd op de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.

- 6.4. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering vindt vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg plaats volgens de DBC-systematiek. Dit is bepaald in het artikel 25 en 26 van Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft met gebruikmaking van de 'Zorgproductapplicatie' van de NZa afgeleid naar DBC 149999026. Deze staat voor "*BPH/oper endoscopisch/urogenitaal prostaat/prolaps/overig*" en hierbij hoort declaratiecode 15B217. Bij het afleiden heeft de ziektekostenverzekeraar 5 verpleegdagen ('190218') als variabele ingevoerd. Dit blijkt uit het stroomdiagram van de medisch adviseur dat is meegestuurd met de brief van 26 maart 2026. De door verzoeker genoemde declaratiecode 15B216 hoort bij een andere behandeling, met de omschrijving "*BPH/klin kort/urogenitaal prostaat/prolaps/overig*", te weten DBC 149999024. Uit de stukken blijkt dat bij verzoeker een "transurethrale Resektion der Prostata mit Trokarzystostomie und SPK-Anlage" is uitgevoerd op 25 juni 2025. Op 29 juni 2025 vond een "SPK Entfernung" plaats. De rekening noemt als "Entlassdatum" 30 juni 2025. De commissie merkt op dat de TURP-operatie naar zijn aard een endoscopische operatie is, waarbij via de plasbuis een kijkbuis en instrument worden ingebracht, met welk instrument een deel van de prostaat wordt weg geschraapt of gelaserd. Daarmee kan de commissie de ziektekostenverzekeraar volgen dat DBC 149999026 met declaratiecode 15B217 het meest passend is. De door verzoeker genoemde DBC ziet op een andere behandeling. Niet gebleken is dat deze naast DBC 149999026 in rekening mag worden gebracht, nu de al toegepaste DBC alle zorg die bij de voorstaande behandeling hoort, zal behelzen. Hoewel in de e-mail van de NZa medewerker die door verzoeker is ingebracht wordt gesteld dat 15B217 niet op verpleegdagen ziet, is dat voor de wijze waarop DBC's worden toegepast niet relevant, nu de behandeling waar 15B217 op ziet

leidend is, en vervolgens alle zorg die bij deze behandeling hoort kan worden verondersteld meegenomen te zijn in de vaststelling van de prijs van de 'diagnose behandelcombinatie'. Over de hoogte van het door de ziektekostenverzekeraar genoemde bedrag, behorend bij declaratiecode 15B217, te weten € 4.010,56, zijn partijen niet verdeeld. Genoemd bedrag wordt overigens ook vermeld op de website van de ziektekostenverzekeraar, in de lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg. Ook het op de vergoeding in mindering gebrachte, nog resterende eigen risico ten bedrage van € 85,82 vormt tussen hen geen onderwerp van discussie.

De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding aldus juist heeft vastgesteld.

#### *Slotsom*

6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

### **7. Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juni 2026,

A. de Ruijter

## Informatie voor partijen

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

## BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
    - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
  - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
    - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
    - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
    - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;  
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

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

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

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. (...)*”

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Paragraaf 3.4. Het eigen risico

### Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019 tot en met 2025.

### Artikel 20

1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een variant zonder vrijwillig eigen risico aan.
2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.
3. De korting mag afhangen van:
  - a. de omvang van het voor de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico;
  - b. het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op welke premiekorting bij welk vrijwillig eigen risico voor welk aantal kalenderjaren geldt.
5. Indien de zorgverzekeraar een of meer van de door hem aangeboden vrijwillige eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringnemers die een zorgverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen voor een zorgverzekering met een lager of zonder vrijwillig eigen risico.

## **Artikel 21**

1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.
3. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.
4. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

## **Artikel 22**

1. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
2. In afwijking van het eerste lid wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
  - a. ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
  - b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
  - c. het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
3. Het op grond van het eerste of tweede lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

### ● Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

#### 27. Wettelijke eigen bijdragen

Voor sommige zorg van de basisverzekering (zoals kraamzorg, sommige geneesmiddelen of een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is het bedrag dat u zelf moet betalen voor de zorg. Wij noemen die hierna eigen bijdrage. De overheid bepaalt deze eigen bijdrage.

Krijgt u een maximale vergoeding omdat een zorgverlener geen contract met ons heeft? Dan komt de eigen bijdrage bovenop de eventuele bijbetaling.

#### 28. Verplicht eigen risico vanaf 18 jaar

U betaalt ook het verplichte eigen risico. De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. Voor 2025 is het bedrag € 385. Dit deel van uw zorgkosten betaalt u zelf. Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering.

U betaalt alleen eigen risico over het bedrag dat wij vergoeden. U betaalt dus geen eigen risico over de eigen bijdrage. Of over een eventuele bijbetaling als u een zorgverlener kiest waarmee we geen contract hebben. Dit werkt zo. Als wij een rekening krijgen, halen we daar eerst de eigen bijdrage en een eventuele bijbetaling vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico.

Bij geneesmiddelen werkt dit anders. Als u de maximale eigen bijdrage van € 250 heeft betaald, vergoedt de basisverzekering de rest. Voor die kosten geldt dan wel het eigen risico.

#### 29. Verplicht eigen risico als u 18 jaar wordt

Het eigen risico gaat in op de 1e dag van de maand na die waarin u 18 jaar wordt. Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt het eigen risico niet.

#### 30. Vrijwillig eigen risico

U kunt bovenop het verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. Ook dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. U krijgt dan wel korting op de premie. In de premietabel staat welke bedragen u kunt kiezen als vrijwillig eigen risico. Met de korting. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.

#### 31. Vrijwillig eigen risico als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar en wilt u een vrijwillig eigen risico? Dan moet u dat aan ons doorgeven binnen 30 dagen nadat u 18 jaar bent geworden. Doet u dat niet, dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Tot dan geldt alleen het verplichte eigen risico.

### ● Medisch specialist

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

|                                  |                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland</li><li>• 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>De meeste ziekenhuiszorg</p> |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                                                                                                                                                                                |

#### ● Dit krijgt u vergoed

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist<sup>1</sup>. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

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

Behandeling in een zbc<sup>2</sup> of eigen praktijk vergoeden wij alleen als de verantwoordelijk behandelaar een medisch specialist is. Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de verantwoordelijke behandelaar ook een verpleegkundig specialist of een physician assistant<sup>3</sup> zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg<sup>4</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de Ziekenhuisopname.

#### **Hier kunt u terecht**

Bij een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>2</sup>)
- een eigen praktijk

#### **Zorgverlener zonder contract**

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen<sup>5</sup> in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

#### **Dit wordt niet vergoed**

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huig (uvuloplastiek)

## Ziekenhuis en medisch specialist

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook geen Sterilisatie of een hersteloperatie daarvan. De aanvullende verzekeringen soms wel.

### Andere vergoedingen

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

- Kaakchirurgie
- Geneeskundige ggz
- Opname voor geneeskundige ggz

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

Bijvoorbeeld:

- Medisch-specialistische revalidatie
- Plastische chirurgie
- Vruchtbaarheidsbehandelingen / Ivf

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de medisch specialist betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## • Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde.

Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist<sup>6</sup> zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook uw verloskundige verwijzen. Bij acute zorg<sup>7</sup> is geen verwijzing nodig.

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor de volgende behandelingen moet u vooraf toestemming vragen:

- 1 behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg<sup>8</sup> staan
- 2 uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben
- 3 behandelingen voor Complex Chronische Longaandoeningen (CCL) als uw zorgverlener niet in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL staat
- 4 behandeling met ooggeneesmiddelen die op ons Overzicht ooggeneesmiddelen staan, als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben

Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

## Ziekenhuis en medisch specialist

### Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

### Een second opinion kan ook

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

### Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

### Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland.

#### Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
2. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetik
5. Ziekenhuizen: Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

### 24. Wij vergoeden doelmatige zorg

#### Wij vergoeden alleen de zorg:

##### a. die naar inhoud en omvang voldoende effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent. Het moet steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard<sup>1</sup> en Werkwijzers VAGZ/VAV.

##### b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

U moet de zorg nodig hebben, en de zorg moet voor u doelmatig zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

### 25. Let op of de zorgverlener een contract met ons heeft

Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft. Dat staat dan in de vergoeding. Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de Zorgzoeker op onze site. Kiest u dan toch voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden maximale vergoedingen. Hoe wij deze vergoedingen hebben berekend, staat in de overzichten van de maximale vergoedingen. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2025? Dan kunt u de lopende behandeling afmaken bij die zorgverlener. Gaat het om chronische zorg? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg nog gedurende een redelijke overgangsperiode, maar maximaal 1 jaar. Dit geldt niet voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het reglement Zvw-pgb.

#### Hardheidsclausule

Als u vindt dat de maximale vergoeding voor een zorgverlener zonder contract u verhindert bij het vinden van een geschikte zorgverlener dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. U moet dan aangeven waarom de vergoeding uw keuze zou verhinderen. Dit geldt niet als u gebruik maakt van het Zvw-pgb of voor zorg uit de aanvullende verzekering.

### 26. Er geldt altijd een maximum voor de vergoeding

Voor een aantal zorgsoorten gelden maximale vergoedingen als u naar een zorgverlener gaat die geen contract met ons heeft. Dat staat in algemene regel 25.

Maar ook bij andere zorgsoorten geldt altijd een maximum voor de vergoeding. Soms bepaalt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de prijs van zorg. Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximprijs? Dan vergoeden wij nooit méér. Is er geen vaste of maximprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij fysiotherapie uit de Vrije Keuze Basisverzekering en spoedeisende medisch-specialistische zorg in het buitenland bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners in Nederland onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

### ● Ziekenhuisopname

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

|                         |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland</li><li>• 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding</li></ul> Max. 3 jaar |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                                                                                                                                                            |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding                                                                                                                                                            |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding                                                                                                                                                            |
| <b>Topfit</b>           | Geen vergoeding                                                                                                                                                            |
| <b>Superfit</b>         | € 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort                                                                                         |
| <b>Zorgplan</b>         | € 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort                                                                                         |

#### ● Dit krijgt u vergoed

Kleinere operaties en onderzoeken vinden meestal plaats op de polikliniek van een ziekenhuis of in dagopname<sup>1</sup>. U kunt dan dezelfde dag weer naar huis.

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist<sup>2</sup> of de kaakchirurg<sup>3</sup> in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort:

- verpleging en verzorging
- Paramedische zorg<sup>4</sup>
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Soms is opname in het ziekenhuis niet meer nodig. Maar heeft u nog wel een hoog risico op ernstige complicaties waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als u CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als uw eigen huis te ver weg is. Bij dat verblijf is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. De vergoeding hiervoor is maximaal € 91 per dag.

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

#### Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>5</sup>)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

## Ziekenhuis en medisch specialist

Als u zonder verpleging of zorg in de buurt van het ziekenhuis moet verblijven:

- logeerhuis bij het ziekenhuis
- hotel of andere betaalde overnachting

### Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen<sup>6</sup> in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

### Andere vergoedingen

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

- [Opname voor geneeskundige ggz](#)
- [Eerstelijns verblijf](#)
- [Medisch-specialistische revalidatie](#)
- [Geriatrische revalidatie](#)
- [Zintuiglijk gehandicaptenzorg](#)

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist<sup>7</sup> zijn. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg<sup>8</sup> is geen verwijzing nodig.

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

U moet vooraf toestemming vragen als u wordt opgenomen voor de volgende behandelingen of onderzoeken:

- 1 behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg<sup>9</sup> staan
- 2 uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) als wij met uw zorgverlener geen contract hebben
- 3 behandelingen voor Complex Chronische Longaandoeningen (CCL) als uw zorgverlener niet in ons [Overzicht toestemmingsvrije instellingen](#) voor CCL staat
- 4 behandeling met ooggeneesmiddelen die op ons [Overzicht ooggeneesmiddelen](#) staan, als wij met uw zorgverlener geen contract hebben

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

## Ziekenhuis en medisch specialist

### Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de ziekenhuisopname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

### Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

### Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland. Voor een geplande opname in het buitenland moet u bijvoorbeeld vooraf toestemming van ons hebben.

#### Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
3. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
6. Ziekenhuizen: Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken
7. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
8. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
9. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde