

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, spoedeisendheid, verwijzing
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, t. 13 Nederlands-Turks Verdrag
Zaaknummer : 202200891
Zittingsdatum : 25 januari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

en

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 18 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 juli 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 19 september 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 september 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 19 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022038105) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 25 januari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 2 februari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 9 februari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. In september 2021 ging verzoeker met het vliegtuig naar Turkije. Daar aangekomen verergerden zijn rugklachten, waarna hij op 21 september 2021 is geopereerd in het Acibadem Hospital te Kayseri. Op 25 september 2021 heeft hij de nota's ter zake gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 29 oktober 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld (nog) geen vergoeding te kunnen verlenen, omdat hij voor de beoordeling een verwijzing en het behandelverslag in het Engels nodig had. Bij brief van 23 november 2021 volgde nogmaals een verzoek om informatie. De zorgverzekeraar herhaalde zijn verzoek om toezending van

een verwijzing en het behandelverslag in het Engels bij brief van 19 januari 2022. Bij brief van 9 maart 2022 verzocht de zorgverzekeraar wederom om informatie. In reactie op deze correspondentie stuurde verzoeker een Discharge Summary en verklaringen van zijn huisarts, gedateerd 1 november 2021, 3 december 2021, en 11 maart 2022.

Bij brief van 1 april 2022 wees de zorgverzekeraar, daarnaar door verzoeker gevraagd, de aanvraag tot vergoeding af. Hierna heeft verzoeker zich gewend tot de SKGZ, aanvankelijk voor bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen en nadien voor bindende advisering door de commissie.

3.4. Bij brief van 19 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.

3.5. Bij brief van 9 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen:

- 1) primair dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling in Turkije volledig te vergoeden;
- 2) subsidiair dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de preoperatieve tests te vergoeden.

4.2. In dat verband heeft verzoeker zich in de eerste plaats beroepen op artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag. Hij heeft toegelicht dat hij al 15 jaar rugklachten heeft, waarvoor hij in Nederland zonder succes is behandeld door een fysiotherapeut, manueel therapeut en osteopaat. Vanwege deze klachten maakt hij tijdens de vliegreis normaliter gebruik van een kussen, maar dit was door de coronapandemie niet beschikbaar. Als gevolg hiervan speelden de rugklachten na aankomst meteen op. Hij kon niet zitten, had moeite met lopen, en zijn been was gevoelloos. Daarom heeft hij direct een arts bezocht. Zoals blijkt uit de verklaring van deze arts, gedateerd 1 juli 2022, was bij verzoeker sprake van een kanaalstenose op niveau L2-L3 en was een operatie nog het enige alternatief. Uitstel tot na terugkeer naar Nederland was niet mogelijk. Bovendien zou verzoeker dan ook weer hebben moeten terugvliegen, met alle mogelijke gevolgen voor zijn gezondheid van dien.

Verzoeker verwijst in dit kader naar een door hem overgelegde uitspraak van het College voor Zorgverzekeringen van 21 december 1999.

4.3. Voorts beroept verzoeker zich op de voorwaarden van de zorgverzekering. Zijns inziens hanteert de zorgverzekeraar een verkeerde definitie van 'spoedeisend' en heeft de zorgverzekeraar ten onrechte verzocht om toezending van een verwijzing en een Engelse versie van het behandelverslag.

Volgens verzoeker kon hij niet eerder dan op 21 september 2021 voor een operatie in het ziekenhuis terecht. Dit vanwege de drukte aldaar. Daarmee is het spoedeisende karakter van de ingreep niet veranderd. Een verwijzing is, blijkens de website van de zorgverzekeraar, niet nodig in geval van spoedzorg dan wel acute zorg volgend op diagnostiek.

Ook indien zou worden aangenomen dat een verwijzing wel vereist was, is door verzoeker intussen zoveel informatie aangeleverd dat aan de noodzaak van de operatie niet meer kan worden getwijfeld. Uit de stukken blijkt de ernst van de klachten en hierin worden als diagnoses vermeld: "lumbar and other intervertebral disk disorders with radiculopathy" en "Spinal stenosis, lumbar region". Verdere informatie is niet voorhanden.

Verzoeker merkt op dat hij vóór de operatie heeft gebeld met de huisarts om alsnog een verwijzing te krijgen, maar hem werd geantwoord dat de huisarts geen internationale verwijzing kon afgeven omdat de artsregistratie in Turkije niet geldig is.

Verder tekent verzoeker aan dat de operatie weliswaar enkele dagen na aankomst werd uitgevoerd, maar dat de beoordeling van de klachten vrijwel meteen plaatsvond. Om die reden zouden in ieder geval de kosten van de preoperatieve tests moeten worden vergoed.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. Anders dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, is verzoeker van mening dat hij voldoende heeft onderbouwd dat sprake was van spoedeisende zorg. Hij verwijst hiervoor naar de door hem overgelegde 'discharge summary', het 'rapport stand van zaken' en de informatie van zijn huisarts. Verzoeker benadrukt dat uit de 'discharge summary' en het rapport duidelijk blijkt dat hij door de klachten niet kon zitten en ernstig was belemmerd in het lopen. Daarom vond de arts een operatie noodzakelijk vanwege de ernstige kanaalvernauwing. Behandeling, anders dan door middel van chirurgie, was niet mogelijk. Ook uitstel tot na terugkeer in Nederland was niet mogelijk. Bovendien zou dit uitstel ook betekenen dat verzoeker opnieuw meer dan zes uur in het vliegtuig zou moeten zitten, naast de autoritten naar het vliegveld en naar huis, en de gebruikelijke wachttijd op het vliegveld. En dit terwijl de heenreis de ernstige klachten heeft veroorzaakt. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft verzoeker aangevoerd dat er van de afgelopen tien jaren geen behandelgegevens zijn, omdat er geen behandelingen zijn gevolgd. Daarvoor is verzoeker wel behandeld, maar deze behandelingen hebben niet het gewenste resultaat gehad. De klachten zijn altijd gebleven. Bovendien was sprake van onvoorziene verergering van de klachten na de vliegreis. Verder merkt verzoeker op dat sprake was van verlamming in zijn been en volgens het Zorginstituut is dit een indicatie voor een spoedoperatie.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt zorgverzekeraar**

- 5.1. De zorgverzekeraar acht zich niet tot enige vergoeding gehouden. Zijns inziens is door verzoeker geen informatie aangeleverd waaruit blijkt dat sprake was van spoedeisende zorg. Voor niet-spoedeisende zorg is een voorafgaande verwijzing vereist. Hiervan is in de procedure niet gebleken. Daarnaast is niet gebleken dat verzoeker was aangewezen op een operatief ingrijpen en niet kon worden volstaan met een conservatieve behandeling.
- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. Op het moment dat er lumbaal radiculaire klachten zijn, kan er een acute situatie ontstaan, namelijk bij dreigende of bestaande neurologische schade. Dit kan binnen 24 uur tot blijvende schade leiden. Uit de stukken blijkt echter niet dat dit bij verzoeker het geval was. Bovendien is er pas een week later behandeld. Er was dus geen sprake van spoedzorg. Verder blijkt uit de stukken niet waarom is gekozen voor een operatie in plaats van een conservatieve behandeling. Evenmin blijkt uit de stukken dat de operatie van verzoeker naar voren is geschoven in verband met wachtlijsten. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd, licht de ziektekostenverzekeraar toe dat de preoperatieve onderzoeken kunnen worden vergoed. Chronische rugklachten kunnen na een vliegreis verergeren en een consult is dan voor de hand liggend. Deze kosten zijn eerder niet vergoed, omdat dit bij een vergoeding van de hele ingreep onder hetzelfde tarief zou zijn gevallen.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. **Advies Zorginstituut**

- 6.1. In het voorlopig advies van 19 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Bij een (lumbale) spinaalstenose met onvoldoende baat bij conservatieve behandeling is operatie een optie.

Spinaalstenose ontstaat meestal op oudere leeftijd vanaf 50 jaar ten gevolge van slijtage (degeneratie) van de wervels. Hierbij vernauwt het wervelkanaal, soms ook door uitpuiling (herniatie) van een tussenwervelschijf. De richtlijn ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie van de Nederlandse Vereniging van neurologen (NVvN) geeft aan dat chirurgische behandeling van spinaalstenose, onder bepaalde voorwaarden, tot de mogelijkheden behoort.

(...)

Kortom, er wordt in principe alleen overgegaan tot een chirurgische behandeling als de anamnese en het lichamenlijk onderzoek passen bij de beeldvorming, én als de conservatieve behandeling faalt. Een spoedoperatie is volgens de richtlijn alleen geïndiceerd bij ernstige acute stoornissen van blaas en darm.

Weliswaar lijken de klachten van verzoeker te correleren met de MRI-afwijking. Het is echter volstrekt onduidelijk welk traject met conservatieve therapie is gevolgd in de periode voorafgaande aan de rugoperatie. Daarnaast was er geen indicatie voor een spoedoperatie aan de wervelkolom na een week. De enige indicaties voor spoedoperatie van het lumbosacraal radiculair syndroom (acute ontlasting van de lumbosacrale zenuwen binnen 2 weken) zijn (progressieve) verlamming van het been, of incontinentie voor ontlasting of urine (caudaequinasyndroom). Daarvan was bij verzoeker geen sprake.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een (spoed) chirurgische behandeling van de rug (rugoperatie). Er wordt alleen overgegaan tot een chirurgische behandeling (rugoperatie) als de anamnese en het lichamenlijk onderzoek passen bij de beeldvorming, én als conservatieve behandeling faalt. Bij verzoeker is onduidelijk welk traject met conservatieve therapie gevolgd is in de periode voorafgaande aan de operatie. Daarnaast was er geen indicatie voor een spoedoperatie aan de wervelkolom na een week.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker is niet redelijkerwijs aangewezen op een (spoed) chirurgische behandeling van de rug (rugoperatie) en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van deze ingreep ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 9 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting, de pleitnota en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag, de pleitnota en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

7. Bevoegdheid van de commissie

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

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg, het criterium 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' en de eis van een voorafgaande verwijzing zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag is hier weergegeven. Verder zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden hierin opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of verzoeker aanspraak heeft op gehele dan wel gedeeltelijke vergoeding van de in Turkije gemaakte kosten voor medisch specialistische zorg.
- 8.3. De commissie overweegt dat artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid aanspraak biedt op vergoeding van de kosten van zorg gedurende een tijdelijk verblijf indien de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan gebruik te kunnen maken had verzoeker het zogenoemde formulier N/Tur 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze althans onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Verzoeker heeft van deze weg geen gebruik kunnen of willen maken. Het is niet aan de commissie achteraf te beoordelen of, en tot welk bedrag, de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering hadden moeten worden vergoed. De verwijzing naar het advies van het College voor Zorgverzekeringen van 21 december 1999 - dat ziet op de verzekering ingevolge de Ziekenfondswet - kan niet leiden tot een andere uitkomst. Dit betekent dat de onderhavige beoordeling beperkt blijft tot die aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.4. Het staat vast dat de Turkse instelling en de daar werkzame arts niet door de zorgverzekeraar zijn gecontracteerd. In artikel 15.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald: *"Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op: (...) d. 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'."* Hierbij zijn nadere voorwaarden gesteld aan de hoogte van de vergoeding.
- 8.5. In artikel B.30 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' is bepaald dat recht bestaat op medisch specialistische zorg en verblijf. Hierbij geldt als voorwaarde: *"U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts, arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg of een andere medisch specialist. (...) Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien. (...) Naar een longarts mag u ook zijn doorverwezen door een GGD-arts als het gaat om een verdenking van TBC."* De voorwaarde van doorverwijzing is gebaseerd op artikel 14, tweede lid, Zvw. Door verzoeker is geen verwijzing overgelegd, hoewel hij hiertoe is gehouden op grond van artikel 5.2, onder f, van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin is bepaald: *"U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. (...)."* Deze verplichting geldt onverkort naast de in artikel 2.1 Bzv en artikel 2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering gestelde voorwaarde dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de door hem in Turkije genoten zorg (waarvan het Zorginstituut heeft geadviseerd dat hiervan in het geval van verzoeker geen sprake is geweest). De commissie tekent hierbij voorts aan dat het hebben van een verwijzing geen formaliteit is, mede gelet op het belang dat de wetgever hieraan kennelijk heeft gehecht. Uit de stukken valt op te maken dat geen verwijzing beschikbaar is.

- 8.6. In artikel 14, tweede lid, Zvw is een uitzondering op voornoemde voorwaarde opgenomen in geval van acute zorg. De commissie begrijpt de stellingen van verzoeker aldus dat een verwijzing niet noodzakelijk was vanwege het acute karakter van de preoperatieve tests onderscheidenlijk de hierop volgende behandeling.
 Artikel A.21 van de voorwaarden van de zorgverzekering bevat een definitie van het begrip 'spoedeisende zorg'. Gesteld wordt: *"Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van Zilveren Kruis en/of de medisch adviseurs van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross."*
- 8.7. Uit de stukken blijkt dat de foto's zijn gemaakt op 14 september 2021 en dat de operatie is uitgevoerd op 21 september 2021. Hoewel volgens verzoeker de zorgverzekeraar een onjuiste definitie hanteert van 'spoedeisende zorg', is de commissie van oordeel dat, gelet op de in het hiervoor geciteerde artikel A 21 opgenomen definitie van 'spoedeisende zorg' en mede in aanmerking genomen de zo-even genoemde tijdspanne tussen foto's en operatie, de door verzoeker ondergane operatie niet-spoedeisend was. Dat de ingreep later moest worden gepland vanwege drukte in het ziekenhuis maakt deze conclusie niet anders.
 Bovendien geldt, zoals blijkt uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 19 oktober 2022, dat de enige indicaties voor spoedoperatie van het lumbosacraal radiculair syndroom (acute ontlasting van de lumbosacrale zenuwen binnen twee weken) (progressieve) verlamming van het been, of incontinentie voor ontlasting of urine (caudaequinasyndroom) zijn. Hiervan was bij verzoeker evenwel geen sprake. De pas ter zitting gestelde verlamming in een been heeft verzoeker niet nader onderbouwd, zodat deze blote stelling niet tot een andere conclusie kan leiden.
- 8.8. Ten aanzien van de preoperatieve tests heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft toegezegd dat hij deze alsnog gaat vergoeden. Dit punt behoeft daarom geen verdere bespreking meer.

Slotsom

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de preoperatieve onderzoeken dient te vergoeden, zoals door hem ter zitting is toegezegd;
 - (ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 6 maart 2023,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

**Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek
Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op'
01-05-1983 en zichtdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden**

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

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.

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

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

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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 gehemertespleten, 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.

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

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.

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

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

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 ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- 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.

A.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.

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

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.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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

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

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

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

B.30 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- een ziekenhuis;
- een zelfstandig behandelcentrum of
- de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via www.agbcode.nl.

De zorg bestaat uit:

- medisch-specialistische zorg;
- uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts, arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg of een andere medisch specialist.
- Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- Naar een longarts mag u ook zijn doorverwezen door een GGD-arts als het gaat om een verdenking van TBC.
- De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op!

In de volgende artikelen van [B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#) zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel [B.8](#) Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel [B.13](#) Audiologisch centrum
- Artikel [B.17](#) Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder
- Artikel [B.21](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.22](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.23](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.24](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.25](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.26](#) Revalidatie
- Artikel [B.31](#) Bevalling en verloskundige zorg
- Artikel [B.32](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie
- Artikel [B.34](#) Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel [B.41](#) Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c. behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d. behandelingen met sterilisatie als doel;
- e. behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f. behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel [B.16](#) en [B.17](#) over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of 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:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

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