

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202401126

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 5 december 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 9 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 23 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 januari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Op 12 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025002071) aan de commissie een brief gestuurd. Een kopie hiervan is op 13 maart 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 20 maart 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 21 maart 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 juni 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 13 juni 2025 aan het Zorginstituut gezonden. De commissie heeft hierbij een vraag gesteld. Op 7 augustus 2025 heeft het Zorginstituut een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vitaal 3, Tand 2, Ziekenhuis Ontzorg Pakket en Aanvullend+ (hierna

samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. In de periode van 18 oktober 2023 tot en met 29 november 2023 heeft verzoekster een laparoscopie en een VATS voor de verwijdering van endometriose ondergaan in het Northside Hospital in Atlanta, Verenigde Staten. De kosten hiervan heeft zij op 11 januari 2024 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Bij brief van 7 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de in de Verenigde Staten genoten zorg niet volledig worden vergoed. Bij brief van 8 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd dat de vergoeding totaal € 27.956,31 bedraagt. Bij brief van 14 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht hoe dit bedrag door hem is berekend.
- 2.4. Op 20 februari 2024 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een klacht hierover ingediend. Bij brief van 4 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat aanvullend € 7.937,76 wordt vergoed.
- 2.5. Het Zorginstituut heeft op 12 maart 2025 aan de commissie een brief gestuurd.
- 2.6. Het Zorginstituut heeft op 7 augustus 2025 aan de commissie een brief gestuurd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in de Verenigde Staten gemaakte zorgkosten van € 63.534,- volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. In haar brief van 2 juni 2024 heeft verzoekster toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar vooraf toestemming heeft gegeven voor de behandeling in de Verenigde Staten. Het betrof een complexe operatie door een multidisciplinair team. Het was geen diagnostische ingreep, maar een hersteloperatie na een operatie in Nederland in 2021.
De ziektekostenverzekeraar heeft de hoogte van de vergoeding gebaseerd op twee DBC-zorgproductcodes. Nadat verzoekster hiertegen was opgekomen, heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende vergoeding toegekend. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding die uiteindelijk door de ziektekostenverzekeraar is verleend. Volgens haar zijn er namelijk meer dan twee DBC-zorgproductcodes van toepassing, omdat meerdere organen zijn behandeld tijdens de complexe operatie. In dit verband heeft verzoekster verwezen naar artikel 5.2a van de Regeling medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar niet de juiste DBC-zorgproductcodes toegekend.
- 3.3. Volgens verzoekster bestond de uitgevoerde behandeling uit twee onderdelen, te weten een operatie aan de buik en een thoracale operatie. Voor de buikoperatie is DBC-zorgproductcode 149399056 toegekend. Deze DBC-zorgproductcode betreft behandeling, door een gynaecoloog, van de baarmoeder, de eierstokken en de eileiders. In het geval van verzoekster zijn onder andere ook de blinde darm, de buikwand, de darmen, de vagina, de blaas en het middenrif behandeld. Er is endometriose verwijderd van de baarmoeder, de eierstokken, de eileiders, het rectovaginale septum, de blaas, de urineleiders, de darmen en de buikzijde van het middenrif. Daarnaast is een knobbeltje van de vagina verwijderd, is de buikwand behandeld vanwege een hernia en is de blinde darm verwijderd tijdens het eerste deel van de behandeling. Hiervoor dienen aparte DBC-zorgproductcodes te worden toegekend.

Voor de thoracale operatie is door de ziektekostenverzekeraar DBC-zorgproductcode 029099033 toegekend. Deze operatie betrof een ingreep aan de borstkas tijdens een ziekenhuisopname. Voor de thoracale operatie dienen twee aparte DBC-zorgproductcodes te worden toegekend, namelijk voor de rechter thoracotomie met pleurodese en voor de middenrifresectie. In eerste instantie ging het om een kijkoperatie, maar dit is uiteindelijk een open thoracale operatie geworden, waarbij endometriose van het diafragma en een tumor zijn verwijderd. Ook is de hernia behandeld met een gaasje. Het was een complexe ingreep, bedoeld om de fouten van de in 2021 in Nederland uitgevoerde operatie te herstellen. Het betrof geen diagnostische operatie, aangezien de diagnose al was gesteld bij de behandeling in 2021.

Tijdens de thoracale operatie zijn ook de longen gecontroleerd op endometriose. Verder is een chemische pleurodese uitgevoerd. Hiervoor dient een passende DBC-zorgproductcode te worden toegekend. Het onderste deel van het diafragma is apart behandeld. De lever is behandeld en losgemaakt van het middenrif. Het oude gaasje is verwijderd. Daarnaast is endometriose verwijderd uit het onderste deel van de buikwand. De diafragmatische operatie betreft twee verschillende behandelingen, die zijn uitgevoerd door twee verschillende artsen.

- 3.4. Verzoekster heeft voorts opgemerkt dat de ligdagen in het ziekenhuis geen deel uitmaken van de factuur van de behandelend arts. Deze ligdagen vallen niet onder de toegekende DBC-zorgproductcode. Hiervoor dient een aparte DBC-zorgproductcode te worden toegekend. Verder heeft verzoekster toegelicht dat zij naar Atlanta is gegaan, omdat de behandelend arts daar ervaren is in de behandeling van endometriose. Hij kon de verschillende organen behandelen. In een ander ziekenhuis zouden voor de behandeling meerdere artsen van verschillende disciplines nodig zijn geweest.
- 3.5. Bij brief van 20 maart 2025 heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar heeft gekozen voor twee DBC-zorgproductcodes, elk voor één zorgvraag, één voor de buikoperatie en één voor de behandeling van de thorax. Verzoekster heeft bestreden dat het één zorgvraag betreft. Als, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, sprake is van verwijdering van endometriose, dan gaat het niet om één zorgvraag, maar om meerdere zorgvragen. Er is namelijk niet alleen endometriose behandeld. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar de operatieverslagen. Verder geldt dat ten aanzien van de behandeling van endometriose sprake was van een multidisciplinaire benadering. Er was kennis nodig van een gynaecoloog, een thoraxchirurg, een hepatobiliaire chirurg en een darmchirurg. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geen rekening gehouden. Voor de darmoperatie dient een aparte DBC-zorgproductcode te worden toegekend, en dit geldt ook voor de behandeling van de lever en het diafragma. Volgens de ziektekostenverzekeraar vallen al deze handelingen onder één DBC-zorgproductcode. Echter, aangezien de darmen, de lever en het diafragma geen voortplantingsorganen zijn, kan de behandeling niet uitsluitend door een gynaecoloog worden uitgevoerd. Er is hiervoor een multidisciplinair team nodig. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar artikel 5.2a van de Regeling medisch specialistische zorg NR/REG-2403a.
- 3.6. Volgens verzoekster zijn ook handelingen uitgevoerd die geen verband hielden met de behandeling van endometriose. Zo is de buikwand behandeld vanwege een hernia. Deze handeling wordt normaal gesproken uitgevoerd door een algemene chirurg. Ook is een vaginale knobbel verwijderd. Dit betreft eveneens niet de behandeling van endometriose. Deze handeling wordt normaliter uitgevoerd door een gynaecoloog. Daarnaast zijn beide zijden van het diafragma behandeld. Dit is vanuit de buikzijde gedaan zodat de hernia juist kan herstellen. Deze handeling wordt meestal uitgevoerd door een hepatobiliaire chirurg. Verder is de blinde darm van verzoekster verwijderd. Er was mogelijk sprake van kanker. Het betrof ook hierbij niet de verwijdering van endometriose. Deze handeling wordt normaal gesproken uitgevoerd door een algemene chirurg. Voor al deze handelingen dienen aparte DBC-zorgproductcodes te worden toegekend.

Daarnaast was bij verzoekster sprake van diepe endometriose in de darmen. Dit is verwijderd. Normaal gesproken wordt dit gedaan door een darmchirurg. Ook hiervoor dient een aparte DBC-zorgproductcode te worden toegekend. Verzoekster heeft in dit verband opgemerkt dat de chirurg die de buik heeft behandeld een ervaren endometriose specialist is. Deze chirurg is getraind om de organen in de buikholte te behandelen in verband met endometriose. Hij kan zowel hepatobiliaire organen behandelen als de darmen. Als de behandeling van verzoekster in een ander ziekenhuis was uitgevoerd, waren vier verschillende artsen nodig geweest. Het is voorts de vraag of de door de ziektekostenverzekeraar toegekende DBC-zorgproductcode voor de behandeling van de thorax reflecteert wat er is uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat een VATS heeft plaatsgevonden. In het geval van verzoekster is weliswaar gestart met een VATS, maar is vervolgens een operatie uitgevoerd, namelijk een thoracotomie met chemische pleurodese en diafragma-excisie. In de bij haar brief van 20 maart 2025 gevoegde reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 12 maart 2025, heeft verzoekster vergelijkbare bezwaren en opmerkingen hierover geuit.

- 3.7. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij zich enerzijds op het standpunt stelt dat er twijfels bestaan over de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcodes. Anderzijds dienen er meer dan twee DBC-zorgproductcodes te worden gehanteerd, omdat sprake was van een multidisciplinaire benadering. Dit laatste volgt uit artikel 5.2a van de Regeling medisch specialistische zorg. In dat kader is tevens van belang dat niet alle behandelingen uitsluitend betrekking hadden op de endometrioseverwijdering, maar ook op andere onderdelen. Door de ziektekostenverzekeraar is alleen een DBC-zorgproductcode toegepast voor de endometrioseverwijdering in de thorax en de reproductieve organen. Er is geen aparte DBC-zorgproductcode toegekend voor de ingrepen aan onder andere de lever, darmen, buikwand en blinde darm. De ziektekostenverzekeraar dient uit te gaan van twee zorgvragen, namelijk één voor de endometrioseverwijdering uit alle aangetaste organen en één voor alle niet-endometriose gerelateerde ingrepen in de buik. Voor beide zorgvragen geldt dat op grond van voornoemd artikel 5.2a meerdere DBC-zorgproductcodes kunnen en ook moeten worden gehanteerd. Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij niet met Nederlandse artsen heeft gesproken over welke DBC-zorgproductcodes in dit verband moeten worden gehanteerd. De ziektekostenverzekeraar houdt ten onrechte vast aan één zorgvraag en twee DBC-zorgproductcodes. De medisch specialist in de Verenigde Staten had de expertise om verzoekster op verschillende onderdelen te onderzoeken en te behandelen. Als verzoekster dezelfde ingrepen in Nederland had ondergaan, waren er meerdere artsen bij betrokken geweest.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat aanspraak bestaat op de reeds vastgestelde vergoeding van € 35.945,79 en een nabetaling van € 572,83. Het gaat om een vergoeding van – uiteindelijk – € 20.207,94 en € 16.310,68 voor respectievelijk de buikoperatie en de operatie aan de thorax.
- 4.2. In zijn brief van 23 januari 2025 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat tussen de Verenigde Staten en Nederland geen verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering bestaat. Dit betekent dat het recht op vergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. De in de Verenigde Staten uitgevoerde operaties betreffen medisch specialistische zorg. Het gaat om verzekerde zorg waarvoor verzoekster een verzekeringsindicatie heeft. Medisch specialistische zorg wordt in Nederland gedeclareerd met een DBC zorgproductcode. De diagnose-behandelcombinatie (DBC) wordt in de voorwaarden van de zorgverzekering gedefinieerd als: *“Een DBC beschrijft, door middel van een DBC-code die op grond van de Wet*

marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen”.

Voor zorg in het buitenland is in artikel 15.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald:

“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: (...) het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld”.

- 4.3. Aangezien de kosten van medisch specialistische zorg worden vergoed op basis van DBC-zorgproductcodes, is het voor de bepaling van het marktconforme tarief noodzakelijk dat de DBC-zorgproductcodes worden vastgesteld. In de DBC-systematiek is het uitgangspunt de zorgvraag.
Een DBC omvat het gehele behandeltraject, inclusief opname- c.q. verpleegdagen, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Dit betekent dat de door verzoekster genoemde codes of verrichtingen niet bij elkaar kunnen worden opgeteld. In het kader van de buikoperatie is sprake van één zorgvraag. De verschillende verrichtingen vinden alle laparoscopisch plaats, tijdens dezelfde sessie. Het is dus één ingreep, zodat binnen de in Nederland toepasselijke systematiek, die bepalend is voor de hoogte van de vergoeding, ook maar eenmaal een DBC mag worden geopend. Voor de thoraxoperatie geldt eveneens dat sprake is van één zorgvraag voor alle verschillende onderdelen van de ingreep. Ook hiervoor mag maar eenmaal een DBC-zorgproductcode worden geopend.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft het marktconforme tarief voor de buikoperatie vastgesteld op € 20.207,94. Hij is hierbij uitgegaan van DBC-zorgproductcode 149399056 met de omschrijving *“Uitgebreide operatie(s) bij een aandoening van baarmoeder/ eierstok/ eileider”*. Navraag bij de Nederlandse Zorgautoriteit heeft geleerd dat het hoogst gedeclareerde tarief van het jaar 2023 voor DBC zorgproduct 149399056 een bedrag van € 16.767,52 betreft. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens onderzocht of op basis van een individuele beoordeling een hogere vergoeding mogelijk is.
Hij heeft geconcludeerd dat de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bedragen, mede gelet op de verblijfskosten, dusdanig hoog zijn dat deze naar de Nederlandse marktomstandigheden niet als passend kunnen worden beschouwd. Daarmee volstaat vergoeding van het bedrag van € 20.207,94 voor de buikoperatie.
Voor de vaststelling van de vergoeding voor de operatie aan de thorax is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproductcode 029099033 met de omschrijving *“Operatie in de borstkas tijdens een ziekenhuisopname bij goed- of kwaadaardig gezwel van ademhalingsstelsel of andere organen in de borstkas of bij inklemming vaatzenuwstreng tussen rib en sleutelbeen”*. Navraag bij de Nederlandse Zorgautoriteit heeft geleerd dat het hoogst gedeclareerde tarief van het jaar 2023 voor DBC-zorgproduct 029099033 € 12.172,02 bedraagt. De vergoeding van de operatie aan de thorax had de ziektekostenverzekeraar oorspronkelijk bepaald op € 15.737,85. Ten aanzien van de operatie aan de thorax heeft de individuele beoordeling geleid tot een nabetaling van € 572,83.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een DBC-traject een verzamelnaam is voor alle activiteiten van een behandelaar, zoals diagnostiek, behandeling en begeleiding, die voortvloeien uit de zorgvraag van een patiënt. Het is een administratieve code die de kosten van

die zorg bundelt. Hierdoor wordt het hele zorgtraject in een keer gedeclareerd in plaats van ieder onderdeel apart. Het is niet mogelijk om, zoals verzoekster stelt, meerdere DBC-zorgproductcodes te gebruiken. In feite worden de verrichtingen binnen één zorgvraag dan opgeknipt, en zo werkt de Nederlandse DBC-systematiek niet.

Op basis van de ontvangen medische informatie heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gekozen om twee DBC-zorgproductcodes te hanteren, een voor de buikoperatie en een voor de operatie aan de thorax. Dat deze aanpak de juiste is volgt ook uit de brief van het Zorginstituut. De vergoedingen die uiteindelijk aan verzoekster zijn betaald zijn € 20.207,94 en € 16.310,68 voor respectievelijk de buikoperatie en de operatie aan de thorax. Anders dan verzoekster stelt, zijn in de gehanteerde DBC-zorgproductcodes alle verrichtingen begrepen die zijn uitgevoerd. Dat de kosten in de Verenigde Staten hoger zijn is geen reden om aan haar een hogere vergoeding toe te kennen.

Voor de VATS is, met toepassing van DBC-zorgproductcode 029099045 en declaratiecode 15C077, aanvankelijk een vergoeding verleend van € 9.286,37. Naar aanleiding van een herbeoordeling heeft de ziektekostenverzekeraar DBC-zorgproductcode 029099033 met declaratiecode 15C071 meer passend geacht. Op basis van deze DBC-zorgproductcode is aanvankelijk een bedrag van € 15.737,85 toegekend. Hierbij werd uitgegaan van het tarief in 2023. Navraag bij de Nederlandse Zorgautoriteit leerde dat het hoogst gedeclareerde tarief bij deze DBC in dat jaar € 12.172,02 bedroeg. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar gemeend een nabetaling te moeten doen van € 572,83. Dit tegen de achtergrond dat tot nu toe het hoogste bij hem in 2025 gedeclareerde tarief € 16.310,68 bedraagt.

De keuze voor het tarief uit 2025 in plaats van dat uit 2023 is het gevolg geweest van een individuele herbeoordeling die is uitgevoerd. Eenzelfde toets heeft plaatsgevonden voor de buikoperatie. Hierbij is uitgegaan van DBC-zorgproductcode 149399056. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2024, op basis van de gegevens uit 2023, vastgesteld dat het hoogst bij hem gedeclareerde tarief € 20.207,94 bedroeg. Ook voor deze DBC-zorgproductcode is navraag gedaan bij de Nederlandse Zorgautoriteit en dit heeft geleerd dat het hoogst gedeclareerde tarief van het jaar 2023 voor DBC zorgproductcode 149399056 een bedrag van € 16.767,52 betreft. Een later uitgevoerde individuele beoordeling heeft niet ertoe geleid dat een hogere vergoeding mogelijk is.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In zijn brief van 12 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding. Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Verzoekster is van 9 november 2023 tot en met 14 november 2023 opgenomen geweest in het Northside Hospital in Atlanta in de VS. Op 9 november 2023 heeft verzoekster een buikoperatie (laparoscopie) en een operatie aan de thorax (VATS) ondergaan voor het verwijderen van endometriose.

Uit het dossier blijkt dat de volgende procedures in de VS zijn uitgevoerd:

- “1) Laparoscopic endometriosis excision from all organs in abdomen;*
- 2) Appendectomy;*
- 4) Excision of vaginal nodule;*
- 5) Laparoscopic excision of endometriosis from the diaphragm (abdominal side);*
- 6) Thoracotomy (chest) with talk Pleurodesis, and;*
- 7) Excision of endometriosis on the diaphragm;*

- 8) Diaphragmatic hernia repair and mesh placement from the chest cavity;
- 9) Exparel Nerve block;
- 10) Application of platelet rich plasma.”

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat er drie specialismen betrokken zijn bij de behandeling van verzoekster; gynaecologie, thoraxchirurgie en anesthesie. Uit de Regeling medisch-specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) volgt dat wanneer bij de behandeling van een zorgvraag van een patiënt meer poortspecialismen betrokken zijn als hoofdbehandelaar, elk poortspecialisme, waarvoor sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling, een eigen zorgtraject opent.

De anesthesist wordt beschouwd als ondersteunend aan de andere twee poortspecialismen gynaecologie en thoraxchirurgie. Er zijn door het Zorginstituut dan ook twee DBC-zorgproductcodes bepaald. De verpleegligdagen (zes dagen, vijf nachten) worden slechts eenmaal meegenomen bij de berekening van de passende DBC zorgproducten.

Het Zorginstituut heeft bepaald wat de meest passende DBC-zorgproducten zijn bij de uitgevoerde behandeling van verzoekster. De gegevens zijn als volgt:

Specialisme 0307 Obstetrie en gynaecologie Diagnose 0307.G17 Endometriose
Zorgactiviteit 035587 Laparoscopische of laparotomische behandeling endometriosis, uitgebreide chirurgie in een stadium IV-V.
Zorgactiviteit 034911 Endoscopische appendectomie.
Zorgactiviteit 035774 Endoscopische operatie hernia diaphragmatica, abdominaal. Zorgactiviteit 035762 Endoscopische operatie hernia umbilicalis bij personen vanaf 12 jaar. Zorgactiviteit 030582 Anesthesie bij splanchnicus blok.

- Zorgproductcode (DBC) 149399056
- Declaratiecode 15D658
- Omschrijving (be)handeling
- Uterus en adnex | Oper groep 3 uitgebreid | Urogenital vrouwelijk org
- Omschrijving consument
- Uitgebreide operatie(s) bij een aandoening van baarmoeder/eierstok/ eileider

Specialisme 0328 Cardio thoracale chirurgie
Diagnose 0328.1340 Exploratieve thoracotomie
Zorgactiviteit 032653 Pleurodese, open procedure.
Zorgactiviteit 190218 Verpleegdag (6x).

- Zorgproductcode (DBC) 029099033
- Declaratiecode 15C071
- Omschrijving (be)handeling
- Ther ingreep in de thorax niet zijnde anatomische longresectie | Met VPLD | Nieuwv maligne ademh/intrathor org
- Omschrijving consument
- Operatie in de borstkas tijdens een ziekenhuisopname bij goed- of kwaadaardig gezwel van ademhalingsstelsel of andere organen in de borstkas of bij inklemming vaatzenuwstreng tussen rib en sleutelbeen

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099033 het meest passend lijken te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Atlanta (VS).

Het advies

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099033 het meest passend lijken te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Atlanta (VS)."

5.2. In zijn brief van 7 augustus 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

Naar aanleiding van de aanvullende informatie heeft het Zorginstituut de zorgvraag van verzoekster nader bestudeerd. De zorgvraag betrof het opsporen en zo mogelijk verwijderen van endometriosehaarden en de gevolgen daarvan (zoals verklevingen) in abdomen en thorax.

Verrichtingen in de abdomen

Verzoekster stelt dat het verwijderen van de vaginale nodule, opereren van de buikwandhernia en appendectomie, geen verband houden met de endometriose.

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat voorafgaand aan de operatie een aparte indicatie is gesteld voor het verwijderen van de vaginale nodule, opereren van de buikwandhernia en appendectomie. In het operatieverslag d.d. 9 november 2023 worden voorafgaand aan de operatie vier diagnoses aangegeven: endometriosis, catamenial pneumothorax, possible bowl endometriosis, possible adenomyosis. Bij de postoperatieve diagnoses worden onder andere de vaginal nodule, abnormal appendix en abdominal wall hernia genoemd. Er kan daarom niet vastgesteld worden dat voorafgaand aan de operatie een specifieke diagnose is gesteld met betrekking tot het verwijderen van de vaginale nodule, opereren van de buikwandhernia en de appendectomie. Enkel achteraf, in het operatieverslag, worden de diagnoses vaginal nodule, abnormal appendix en abdominal wall hernia vermeld en aangegeven dat de genoemde ingrepen zijn uitgevoerd.

Aangezien voorafgaand aan een behandeling vast moet staan dat een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling, kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster aanspraak kan maken op een (aparte) vergoeding van dit deel van de behandeling ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut stelt daarom geen apart DBC-zorgproduct vast voor het verwijderen van de vaginale nodule, opereren van de buikwandhernia en de appendectomie.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut twee DBC-zorgproducten vastgesteld, te weten 149399056 en 029099033. De zorgactiviteiten ‘034911 Endoscopische appendectomie’, en ‘035762 Endoscopische operatie hernia umbilicalis bij personen vanaf 12 jaar’ waren toegevoegd aan DBC-zorgproduct 149399056. Voor de verwijdering van de vaginale nodule is in het voorlopig advies geen aparte zorgactiviteit opgevoerd.

Nu blijkt dat het opereren van de buikwandhernia en de appendectomie geen verband houden met de endometriose van verzoekster, heeft het Zorginstituut opnieuw de casus afgeleid op de website van de NZa. Bij het weglaten van de zorgactiviteiten met betrekking tot de appendectomie en de buikwandhernia verandert het DBC-zorgproduct niet:

- *Specialisme 0307 Obstetrie en gynaecologie.*
- *Diagnose 0307.G17 Endometriose.*

- Zorgactiviteit 035587 Laparoscopische of laparotomische behandeling endometriosis, uitgebreide chirurgie in een stadium IV-V.
- Zorgactiviteit 035774 Endoscopische operatie hernia diaphragmatica, abdominaal.
- Zorgactiviteit 030582 Anesthesie bij splanchnicus blok.

Het bovenstaande leidt nog steeds tot DBC-zorgproductcode 149399056.

Verrichtingen in de thorax

In het operatieverslag d.d. 9 november 2023 worden voorafgaand aan de operatie twee diagnoses aangegeven: recurrent catamenial right pneumothorax en endometriosis and fenestration of right hemidiaphragm. Bij de postoperatieve bevindingen wordt een normale bronchoscopie vermeld, mesh plaatsing en endometriose in het rechter deel van het diaphragma, en adhesies van de rechter longkwab. De in de thorax uitgevoerde verrichtingen waren dus allemaal endometriose gerelateerd.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat DBCzorgproductcode 029099033 het meest passend is bij de verrichtingen in de thorax. Twee zorgactiviteiten zijn bij nader inzien niet toegevoegd tijdens het afleiden van de casus op de website van de NZa. Het betreft de zorgactiviteiten '032479 Diagnostische bronchoscopie met chartismeting' en '035783 Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia diaphragmatica'. Het Zorginstituut heeft de casus daarom opnieuw afgeleid en deze zorgactiviteiten toegevoegd:

- Specialisme 0328 Cardio thoracale chirurgie.
- Diagnose 0328.1340 Exploratieve thoracotomie.
- Zorgactiviteit 032479 Diagnostische bronchoscopie met chartismeting.
- Zorgactiviteit 035783 Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia diaphragmatica.
- Zorgactiviteit 032653 Pleurodese, open procedure.
- Zorgactiviteit 190218 Verpleegdag (6x).

Het bovenstaande leidt nog steeds tot DBC-zorgproduct 029099033. Dit DBC-zorgproduct ondervangt dan ook voldoende de verrichte activiteiten in de thorax.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099033 het meest passend lijken te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Atlanta (VS). Voor het verwijderen van de vaginale nodule, opereren van de buikwandhernia en de appendectomie bepaalt het Zorginstituut geen apart DBC-zorgproduct nu het Zorginstituut niet kan vaststellen dat verzoekster hier redelijkerwijs op aangewezen was, voorafgaand aan de uitgevoerde operatie.

Advies

Het Zorginstituut merkt buiten zijn adviestaak om op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099033 het meest passend lijken te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Atlanta (VS). Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet vaststellen dat verzoekster voorafgaand aan de operatie redelijkerwijs was aangewezen op het verwijderen van de vaginale nodule, opereren van de buikwandhernia en de appendectomie. Daarom bepaalt het Zorginstituut geen apart DBC-zorgproduct voor deze verrichtingen."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het marktconforme tarief zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster heeft zorg gehad in de Verenigde Staten. Tussen Nederland en de Verenigde Staten is geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering gesloten. Om die reden zal de commissie een beoordeling uitvoeren aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Tussen partijen is niet in geschil dat de in de Verenigde Staten uitgevoerde behandeling een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering betreft, en dat verzoekster – althans voor zover het de behandeling van endometriose betreft - hierop redelijkerwijs was aangewezen. Partijen zijn voorts niet erover verdeeld dat ook aan de andere, van toepassing zijnde voorwaarden is voldaan. Op basis van artikel A.15 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Wat partijen verdeeld houdt, is uitsluitend het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar de juiste vergoeding voor de behandeling heeft toegekend.
- 7.3. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat voor de vergoeding van medisch specialistische zorg in het buitenland wordt uitgegaan van de in Nederland geldende DBC-systematiek voor de bepaling van het marktconforme tarief zoals bedoeld in artikel 15.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn in de situatie van verzoekster twee DBC-zorgproductcodes het meest passend, namelijk 149399056 en 029099033. Verzoekster heeft enerzijds aangevoerd dat zij twijfels heeft bij deze door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcodes. Anderzijds laat volgens haar het bestaan van twee zorgvragen – te weten ter zake de endometriose gerelateerde klachten en de niet-endometriose gerelateerde klachten - de mogelijkheid open dat naast de door de ziektekostenverzekeraar genoemde DBC-zorgproductcodes nog andere van toepassing zijn. Ook voert zij aan dat ten onrechte geen rekening is gehouden met de ligdagen.
- 7.4. Op verzoek van de commissie heeft het Zorginstituut nader inzicht gegeven over welke DBC-zorgproductcodes het meest passend zijn. In zijn brief van 12 maart 2025 heeft het Zorginstituut, op basis van de beschikbare informatie, geconcludeerd dat dit de DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099033 betreft. Het Zorginstituut heeft toegelicht dat uit het dossier blijkt dat er drie specialismen waren betrokken bij de behandeling van verzoekster, namelijk gynaecologie, thoraxchirurgie en anesthesie. Uit de Regeling medisch-specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit volgt dat wanneer bij de behandeling van een zorgvraag van een patiënt meer poortspecialismen betrokken zijn als hoofdbehandelaar, elk poortspecialisme, waarvoor sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling, een eigen zorgtraject opent. De anesthesist wordt beschouwd als ondersteunend aan de andere twee poortspecialismen gynaecologie en thoraxchirurgie. Door het Zorginstituut zijn dan ook twee DBC-zorgproductcodes die onder die omstandigheden van toepassing zijn, namelijk 149399056 en 029099033.
- In zijn brief van 7 augustus 2025 heeft het Zorginstituut bevestigd dat de DBC-zorgproductcodes 149399056 en 029099033 het meest passen bij de uitgevoerde behandeling in de Verenigde Staten. Hierbij is door hem toegelicht dat voor de verwijdering van de vaginale nodule in zijn brief van 12 maart 2025 geen aparte zorgactiviteit is opgevoerd. Verder geldt dat het weglaten van de zorgactiviteiten met betrekking tot de appendectomie en de buikwandhernia de DBC-zorgproductcode voor de verrichtingen in het abdomen niet verandert. Ten aanzien van DBC-zorgproductcode 029099033 voor de verrichtingen in de thorax geldt dat twee zorgactiviteiten

niet zijn toegevoegd tijdens het afleiden van de eerdere DBC-zorgproductcode, maar dat het toevoegen hiervan nog steeds leidt tot DBC-zorgproductcode 029099033.

De commissie ziet in hetgeen is aangevoerd door partijen geen reden om af te wijken van de bevindingen van het Zorginstituut

- 7.5. Zoals hiervoor is opgemerkt, heeft verzoekster betoogd dat het bestaan van twee zorgvragen – ter zake de endometriose gerelateerde klachten en de niet-endometriose gerelateerde klachten - de mogelijkheid open laat dat naast DBC-zorgproductcodes 14399056 en 029099033 ook andere codes van toepassing zijn. Zo is bij haar (ook) een vaginale knobbel verwijderd, is zij geopereerd aan een buikwandhernia, en is de blinde darm verwijderd vanwege een vermoeden op kanker. Het Zorginstituut heeft in dit verband verklaard op basis van de beschikbare informatie niet te kunnen vaststellen dat verzoekster voorafgaand aan de operatie redelijkerwijs was aangewezen op het verwijderen van de vaginale nodule, de operatie van de buikwandhernia, en de appendectomie. Hiermee is de vraag of hier een aparte DBC voor zou moeten worden vastgesteld niet aan de orde. De commissie volgt dit advies van het Zorginstituut. Waar het de verpleegdagen betreft, geldt dat in het kader van DBC-zorgproductcode 029099033 rekening is gehouden met zes ligdagen naar Nederlandse kostenmaatstaven.

- 7.6. Vervolgens is de vraag welke vergoeding bij DBC-zorgproductcodes 14399056 en 029099033 hoort. Op grond van artikel A.4.3.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Als er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg is vastgesteld, dan bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv.

De commissie overweegt in dit verband dat het Hof Arnhem-Leeuwarden (ECLI:NL:GHRL:2021:9573, bekrachtigd door de Hoge Raad in zijn arrest van 21 april 2023, ECLI:NL:HR:2023:664) in een arrest over het marktconforme tarief heeft bepaald dat een declaratie die behoort tot de 5% hoogste declaraties niet automatisch excessief is. In het arrest is in r.o. 5.11 een tweestappentoets beschreven die de Commissie in deze ook volgt. Hierbij dient als eerste stap te worden vastgesteld welke tarieven de overige zorgaanbieders voor eenzelfde behandeling (zorgvorm) in rekening brengen. Die tarieven vormen, indien zij onderling geen onredelijke verschillen vertonen, een bandbreedte van tarieven die in de Nederlandse markt voor een specifieke behandeling (zorgvorm) als marktconform kunnen worden beschouwd. Als tweede stap moet - indien een nota afwijkt van de in de eerste stap bepaalde bandbreedte – worden beoordeeld of de hoogte van de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van de bandbreedte door middel van een individuele beoordeling. Eerder heeft de commissie, voor medisch specialistische zorg, geoordeeld dat de onder- en de bovenkant van de bandbreedte kunnen worden bepaald aan de hand van het laagste en het hoogste tarief dat door Open DIS Data in de berekening van het gemiddelde is betrokken (SKGZ20191150 en SKGZ202002537).

De ziektekostenverzekeraar heeft voor beide DBC-zorgproducten, ter bepaling van de bovenkant van de bandbreedte, bij de Nederlandse Zorgautoriteit nagevraagd wat in 2023 het hoogste, bij de bepaling van het gemiddelde door Open DIS Data, in de berekening betrokken tarief was. Voor DBC-zorgproduct 14399056 ging het om een bedrag van € 16.767,52. Toegekend is € 20.207,94. Een individuele beoordeling heeft niet tot een hogere vergoeding geleid.

Voor DBC-zorgproduct 029099033 betrof het een bedrag van € 12.172,02. Toegekend is aanvankelijk € 15.737,85. Een nadien uitgevoerde individuele beoordeling heeft vervolgens nog geleid tot een nabetaling van € 572,83.

De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar de voor het bepalen van het marktconforme tarief te hanteren bandbreedte aldus op de juiste wijze heeft bepaald en dat hij zelfs een hogere vergoeding heeft toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts een individuele beoordeling uitgevoerd, die deels heeft geleid tot een aanvullende vergoeding. Gelet

hierop acht de commissie geen gronden aanwezig om aan verzoekster een hogere vergoeding toe te kennen.

Aangezien de ziektekostenverzekeraar haar lopende de procedure een aanvullende vergoeding van € 572,83 heeft toegekend, ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) het verzoek wordt afgewezen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 25 september 2025,

J.W. Heringa

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

3.6.3 Aanvullende betaling

Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 Geen recht op zorg die op grond van een andere wet wordt vergoed

U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (WLz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. De aard van de zorgbehoefte bepaalt uit welke wet u de zorg vergoed krijgt. Als er onduidelijkheid bestaat over de aanspraak, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (zoals CIZ, gemeente, zorgverlener, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. De aanspraak onder de Zvw eindigt wanneer de zorg kan worden bekostigd onder de WLz.

A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Recht op zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de ZBC verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een ZBC alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of ZBC's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

1. Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2. Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
3. Via de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4. Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2024, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2024 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2024. Houd u hier rekening mee.

Let op!

Heeft u een combinatiepolis? Dan hebben omzetplafonds met uitzondering van [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#) en [B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(tweedelijns GGZ\)](#), geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op!

Dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel [C.2.1 Wat wij vergoeden](#) leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief voor Zelfstandige Behandelcentra's (ZBC's) wordt uitgegaan van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voor onderzoek (eerstelijns diagnostiek) dat de huisarts of verloskundige voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgverlener wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief? Dan kunt u het bedrag bij ons opvragen. De lijst met tarieven is ook te vinden op onze website.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u (een indicatie van) dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel 4.2 genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of ZBC hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel [B.23 Plastische chirurgie](#), [B.24.1 Medische specialistische revalidatie](#), [B.25 Second Opinion](#), [B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf](#), [B.31.1 IVF of ICSI](#) en [B.31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen](#)) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Uitzondering hierop vormt de operatie voor prostaatkanker. Hiervoor geldt de selectieve contractering niet. U kunt terecht in alle ziekenhuizen die wij voor prostaatkankeroperaties gecontracteerd hebben.

4.3.3 Voor deze zorg kunt u ook bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen [4.3.1](#) en [4.3.2](#) niet. Het gaat om:

- a. spoedeisende zorg;
- b. verloskunde;
- c. behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
- d. behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- e. zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- f. behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- g. vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel [A.15](#).

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan kunt u dit tarief bij ons opvragen. Op onze website vindt u ook een lijst met de tarieven op basis van 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op!

Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.3.4 Combinatiepolis (Basis Exclusief)

Heeft u een combinatiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener met uitzondering van [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#) en [B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(tweedelijs GGZ\)](#)? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. U kunt dit tarief bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van het Wmg-tarief? Dan kunt u dit tarief bij ons opvragen.

GGZ en wijkverpleging

Heeft u een combinatiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener voor [B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(tweedelijs GGZ\)](#) of [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#)? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 85% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Geen recht op zorg als u uw verplichtingen niet nakomt

Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

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 Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

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

- Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" welke te vinden is op onze website.
- Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener 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 het om 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 de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen 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.

B.28 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 [agbcode.nl](https://www.agbcode.nl). Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

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 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, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist.
- Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
- Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
- Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
- 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.
- Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie' welke te vinden is op onze website.

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.15](#) Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)
- Artikel [B.19](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.20](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.21](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.22](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.23](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.24](#) Revalidatie
- Artikel [B.30](#) Beving en verloskundige zorg
- Artikel [B.31](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie
- Artikel [B.33](#) 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.15](#).

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

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

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

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

De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) 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 Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.29 Overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR T-celtherapie

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis. U krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 89,- per nacht.

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.