



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Interpolis
Zorgverzekeringen N.V. te Leiden

Zaak : Zuid Afrika, geneeskundige zorg, verwijdering tumor, invriezen eicellen en
verwijdering myomen, terugvordering

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017 en 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1
en 2.4 Bzv

Zaaknummer : 201801862

Zittingsdatum : 30 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 12 juli 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 30 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 9 september 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 26 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019045554) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 27 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 30 oktober 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 1 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 22 november 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie het bindend advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, maar hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2017 en 2018 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Interpolis ZorgActief (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft bij ongedateerd declaratieoverzicht (nummer 1/2018) aan verzoekster meegedeeld een vergoeding te verlenen van € 1.107,58 voor "zorgkosten buitenland".
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 9 februari 2018 aan verzoekster meegedeeld een vergoeding te verlenen van € 1.533,98 voor het verwijderen van myomen. Hierop is het verplicht eigen risico in mindering gebracht, zodat aan verzoekster een bedrag van € 1.148,98 is uitgekeerd. Dit blijkt uit het ongedateerde declaratieoverzicht met nummer 2/2018.
- 3.4. De behandelend fertiliteitsarts heeft op 15 februari 2018 over verzoekster verklaard:
"[Verzoekster] suffers from a 16 to 18 week pregnancy size fibroid uterus, due to this condition, pain involved and severe bleeding she needs a Laparotomy / Myomectomy. There is unfortunately no other way to solve this problem, Laparoscopic removal in this case is not possible due to the size of the fibroid. We also need to perform a hysteroscopic evaluation of the cavity. If there is any sub-mucosal fibroids, this must be removed. Your financial support will be much appreciated. (...)"

- 3.5. Op 3 mei 2018 heeft de behandelend fertilitateitsarts verklaard:
"[Verzoekster] came to see me with a medical problem and that was the fact that she had a huge fibroid uterus at least 20 - 22 weeks pregnancy duration. There was also the risk that the blood supply to her ovaries could have been affected and we recommended that due to her age, that she must protect her fertility and freeze her oocytes as soon as possible. Her procedure took place in November 2017. We followed with a myomectomy shortly after the procedure in 2017. She is currently in very good condition and a totally new person in the light of the 48 fibroids that we removed. (...)".
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft op 18 juni 2018 aan verzoekster meegedeeld een bedrag van € 1.107,58 terug te vorderen.
- 3.7. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 september 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.8. Op 7 juni 2019 heeft de behandelend fertilitateitsarts verklaard:
"I hereby confirm that a removal of tumor was done in theatre on the above patiënt on 14th November 2017 at Aevitas Clinic, Vincent Pallotti Hospital, Pinelands (...)".
- 3.9. In de procedure bij de commissie is daarnaast komen vast te staan dat volgens de nota van de 'anesthesiologist' van 17 november 2017 bij verzoekster op 14 november 2017 is uitgevoerd: "Removal ovarian tumour or N80 Endometriosis of ovary". Verder staat op de nota van de behandelend fertilitateitsarts van 29 november 2017 dat op dezelfde datum onder andere is uitgevoerd: "VITRIFICATION/OVA STRAWS". En op de nota van die zelfde arts van 1 maart 2018 is vermeld dat op 21 februari 2018 onder andere bij haar is uitgevoerd: "MYECTOMY".
- 3.10. Bij brief van 26 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"Situatie van verzoekster
*Er is sprake van een grote uterus myomatosus (baarmoeder met vleesbomen) met mechanische klachten waarvoor een myomectomy (verwijdering van de vleesbomen) nodig is. Omdat bij deze operatie het gevaar van schade aan de eierstokken wordt gevreesd is geadviseerd vooraf eicelpreservatie te doen. Op 14-11-2017 zijn, na hormonale stimulatie, waarschijnlijk eicellen verwijderd om in te vriezen. Er bestaat onduidelijkheid over het al dan niet verwijderen van een tumor tijdens de operatie van 14-11-2017. In februari 2018 is een groot aantal vleesbomen uit de baarmoeder van verzoekster verwijderd. Deze behandeling is vergoed door verweerder en is niet in geschil.
Verweerder heeft de operatie d.d. 14-11-2017 in eerste instantie vergoed maar heeft dat bedrag later teruggevorderd. Verweerder voert aan dat de operatie niet voor vergoeding in aanmerking komt omdat er sprake is van een fertilitateitsbehandeling en het invriezen van eicellen. Er is volgens verweerder geen tumor verwijderd tijdens de operatie op 14-11-2017.*
- Nader onderzoek
Om te kunnen beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de operatie uitgevoerd op 14-11-2017 is meer medische informatie nodig. Voor een advies dienen de volgende stukken te worden toegevoegd aan het dossier:
- Verslag van het consult voorafgaand aan de operatie
 - Het operatieverslag d.d. 14-11-2017
 - PA-verslag van de verwijderde tumor op 14-11-2017 (...)"

3.11. De commissie heeft verzoekster bij brief van 27 september 2019 gevraagd de nadere informatie waarom is gevraagd door het Zorginstituut, aan te leveren. Verzoekster heeft geen nadere informatie overgelegd. Tijdens de hoorzitting heeft zij een pleitnota voorgedragen, die samen met de aantekeningen van de hoorzitting naar het Zorginstituut is gestuurd.

3.12. Bij brief van 22 november 2019 heeft het Zorginstituut verklaard:
"(...) Op basis van de aanvullende informatie kan nog steeds niet beoordeeld worden of er tijdens de operatie d.d. 14-11-2017 een tumor verwijderd is. De aanvullende informatie bevat geen verslag van het consult, operatieverslag en PA-verslag van de verwijderde tumor. Alleen op de factuur van de anesthesist is aangegeven dat er een tumor is verwijderd. Dit is niet voldoende om te kunnen beoordelen of er daadwerkelijk een tumor is verwijderd tijdens de operatie van 14-11-2017. Ook de verklaringen van de behandelend arts komen niet overeen. In de eerste verklaring d.d. 3-05-2018 geeft de behandelend arts aan dat er een eicelpreservatie is uitgevoerd in november 2017 en pas in de tweede verklaring d.d. 7-06-2019 geeft de behandelend arts aan dat er een tumor is verwijderd op 14-11-2017. De aanvullende informatie geeft derhalve geen duidelijkheid over of er al dan niet een tumor is verwijderd tijdens de operatie op 14-11-2017[7]."

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie kan niet beoordeeld worden of de operatie uitgevoerd op 14-11-2017 voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is haar de kosten van de tumorverwijdering die plaatsvond op 14 november 2017 te vergoeden, zodat de ingestelde terugvordering van € 1.107,58 onterecht is.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Tussen Zuid-Afrika en Nederland bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat de voorwaarden van de zorgverzekering leidend zijn voor de beoordeling.

6.3. Tussen partijen is niet in geschil dat het invriezen van eicellen niet behoort tot de verzekerde prestaties onder de zorgverzekering. Ook staat niet ter discussie dat het verwijderen van myomen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. De hoogte van de hiervoor verleende vergoeding vormt eveneens geen onderdeel van het geschil. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of op 14 november 2017 bij verzoekster een tumor is verwijderd.

6.4. De zorgverzekeraar heeft in eerste instantie een vergoeding verleend van € 1.107,56 voor "zorg in het buitenland", maar is later tot de conclusie gekomen dat deze vergoeding ten onrechte heeft plaatsgevonden. Volgens de zorgverzekeraar zijn in november 2017 namelijk enkel eicellen

van verzoekster ingevroren. Omdat het hierbij niet gaat om een verzekerde prestatie, is de zorgverzekeraar overgegaan tot terugvordering van het bedrag van € 1.107, 58.

- 6.5. De commissie overweegt dat zowel uit de nota van de 'anesthesioloog' van 17 november 2017 als uit de verklaring van de behandelend arts van 7 juni 2019 blijkt dat bij verzoekster op 14 november 2017 een tumor is verwijderd. Anders dan de zorgverzekeraar stelt, zijn op genoemde datum geen eicellen ingevroren. Uit de nota van de behandelend arts van 29 november 2017 blijkt immers dat dit pas op laatstgenoemde datum is gebeurd. De zorgverzekeraar heeft gesteld een operatieverslag nodig te hebben om te kunnen vaststellen of inderdaad een tumor is verwijderd. Dit wordt ook in het voorlopig en definitief advies van het Zorginstituut van 26 september 2019 en 5 november 2019 naar voren gebracht. Zowel de zorgverzekeraar als het Zorginstituut lijkt hiermee te twijfelen aan de verklaring van de behandelend arts.

De commissie ziet hiertoe geen aanleiding. De combinatie van de hiervoor aangehaalde verklaringen en het gegeven dat op 14 november 2017 een medisch-specialistische behandeling heeft plaatsgevonden maakt het aannemelijk dat toe inderdaad een tumor is verwijderd. Verdergaand bewijs hiervoor is niet noodzakelijk. De commissie overweegt in dat verband dat de verwijdering van de myomen is uitgevoerd door dezelfde arts en dat hierbij door de zorgverzekeraar niet is gevraagd om een operatieverslag. Daarnaast heeft verzoekster verklaard dat het maken van operatieverslagen in Zuid-Afrika niet gebruikelijk is, zodat het voor haar lastig is een dergelijk verslag over te leggen.

- 6.6. Het voorgaande leidt ertoe dat de terugvordering van de zorgverzekeraar van € 1.107,56 onterecht is, zodat verzoekster niet gehouden is deze te voldoen. Omdat het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:

(i) De terugvordering van de zorgverzekeraar van € 1.107,56 onterecht is, zodat verzoekster dit bedrag niet aan de zorgverzekeraar hoeft te betalen;
(ii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 18 december 2019,

G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

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 zeven 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.

Besluit zorgverzekering

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

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

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.

Zorgverzekeringswet

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.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- b wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorg een adempauze te geven;
- c wanneer u jonger bent dan 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

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

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

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering'.

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

Artikel 30 Medisch specialistische zorg en verblijf

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

- a een ziekenhuis;
- b een zelfstandig behandelcentrum of
- c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

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

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

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.
- 2 Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- 3 De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 4 Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- 5 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van de ‘Verzekerde zorg basisverzekering’ zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

Artikel 8	<i>Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder</i>
Artikel 13	<i>Audiologisch centrum</i>
Artikel 17	<i>Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)</i>
Artikel 20	<i>Astmacentrum in Davos</i>
Artikel 21	<i>Erfelijkheidsonderzoek en –advisering</i>
Artikel 22	<i>Mechanische beademing</i>
Artikel 23	<i>Thuisdialyse</i>
Artikel 24	<i>Transplantaties van organen en weefsels</i>
Artikel 25	<i>Plastische chirurgie</i>
Artikel 26	<i>Revalidatie</i>
Artikel 31	<i>Bevalling en verloskundige zorg</i>
Artikel 32	<i>IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.</i>
Artikel 34	<i>Oncologieonderzoek bij kinderen</i>
Artikel 40	<i>Trombosedienst</i>

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel 16 en 17 van de ‘Verzekerde zorg basisverzekering’ 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 4 van de ‘Algemene voorwaarden basisverzekering’.

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