

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT

2026



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT

INHOUD

WELKOM BIJ DE SZVK	4
DEEL 1 ALGEMEEN DEEL	6
Artikel 1 De grondslag van uw ziektekostenverzekering	6
Artikel 2 Werkgebied	7
Artikel 3 Begin van de ziektekostenverzekering	7
Artikel 4 Duur en opzegging van de ziektekostenverzekering	7
Artikel 5 Premie	8
Artikel 6 Overige voorwaarden	8
Artikel 7 Uw verplichtingen	9
Artikel 8 Klachten en geschillen	10
Artikel 9 Recht op Zorg en vergoeding	11
DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING	15
Artikel 10 Huisartsenzorg	15
Artikel 11 Gecombineerde leefstijlinterventie	15
Artikel 12 Stoppen met roken	15
Artikel 13 Farmacie	16
Artikel 14 Paramedische zorg	20
Artikel 15 Mondzorg	21
Artikel 16 Vervoer	26
Artikel 17 Zwangerschap, bevalling en kraamzorg	27
Artikel 18 Hulpmiddelen	28
Artikel 19 Audiologische zorg	28
Artikel 20 Voetzorg	33
Artikel 21 Huidbehandelingen	34
Artikel 22 Orthoptische behandelingen door een orthoptist	34
Artikel 23 Flebologische behandeling	35
Artikel 24 Medisch specialistische Zorg	35
Artikel 25 Erfelijkheidsonderzoek	41
Artikel 26 GGZ	41
Artikel 27 Verblijf (excl. GGZ)	48
Artikel 28 Zintuiglijke gehandicaptenzorg	50
Artikel 29 Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging)	51
Artikel 30 Consult en advies vanwege problemen met het hormonale systeem	52
Artikel 31 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen	53
Artikel 32 Inenting	53
Artikel 33 Buitenland	54
¹ Artikel 34 Alternatieve zorg	56

DEEL 3 WET LANGDURIGE ZORG (WLZ)	57
Artikel 35 WLZ-zorg	57
Artikel 36 Wijkverpleging	58
Begripsomschrijvingen	58
 MEER WETEN?	 66

WELKOM BIJ DE SZVK

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw SZVK ziektekostenverzekering.

VERPLICHT GEBRUIK MILITAIR GENEESKUNDIGE DIENST

U bent als militair verplicht verzekerd bij de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht. In de Wet ambtenaren defensie is vastgelegd dat u als militair voor gezondheidszorg verplicht gebruik moet maken van zorgverlening door of vanwege de Militair Geneeskundige Dienst (MGD). Vanwege uw bijzondere positie als militair is het noodzakelijk dat de MGD te allen tijde op de hoogte is van uw inzetbaarheid. U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Onder de zorg van de MGD vallen ook de zorg en diensten die noodzakelijk zijn om uw inzetbaarheid te behouden of te herstellen. Bij vragen over uw gezondheid is uw Verantwoordelijk Militair Arts (VMA) ¹ het eerste aanspreekpunt.

VERWIJSKAART

Het kan voorkomen dat u geen gebruik maakt van de MGD. Bijvoorbeeld als u door de militair (tand)arts bent doorverwezen naar een civiele zorgverlener, omdat de specifieke expertise en/of behandeling niet beschikbaar is binnen de MGD of wanneer u in een spoedeisende situatie niet (tijdig) bij de militair geneeskundige dienst terecht kunt.

Civiele zorg wordt alleen vergoed als de militair (tand)arts een verwijskaart naar de SZVK stuurt. Wanneer u in een spoedeisende situatie naar een civiele zorgverlener bent geweest, moet u daarna zo snel mogelijk contact opnemen met het gezondheidscentrum of tandheelkundig centrum zodat de militair (tand)arts alsnog een verwijskaart naar de SZVK kan sturen. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. De verwijskaart geeft geen garantie voor vergoeding. Alleen de zorg die binnen de verzekeringsvoorwaarden valt wordt vergoed. Controleer zelf of de zorg wordt vergoed voordat u een afspraak maakt bij een civiele zorgverlener. Het is niet toegestaan om civiele zorg af te nemen zonder verwijskaart. De enige uitzondering hierop is de alternatieve zorg, hiervoor is geen verwijskaart nodig.

NB: de verwijskaart is niet gelijk aan de verwijsbrief. De verwijsbrief wordt opgesteld door de verwijzend militair (tand) arts, gericht aan een andere zorgverlener met uitleg over uw medische achtergrond en hulpvraag.

MACHTIGINGSEIS

Voor sommige behandelingen geldt een machtigingseis (toestemming). Hiervoor dient de behandelaar vooraf een machtigingsaanvraag in te dienen bij de SZVK. Bij de desbetreffende zorgartikelen wordt het aangegeven als er een machtiging is vereist.

GECONTRACTEERDE ZORG

Om voor volledige vergoeding van de (verzekerde) zorg in aanmerking te komen dient u zich te wenden tot een gecontracteerde zorgverlener. Bekijk de zorgzoeker om te controleren of de zorgverlener gecontracteerd is. Indien u zonder toestemming naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, wordt de zorg tot de maximaal vastgestelde tarieven vergoed. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Dit geldt ook als u een verwijskaart en verwijsbrief heeft.

¹ Verantwoordelijk Militair Arts (VMA): de Algemeen Militair Arts (AMA) , de (Militair) Huisarts en/of de (Militair) Bedrijfsarts, die als eerstelijns zorgverlener aan u is toegewezen. Deze arts is uw eerste aanspreekpunt binnen de geïntegreerde gezondheidszorg.

CONTACT

Wilt u meer weten? Ga dan naar www.szv.nl. U vindt daar alle informatie over de SZVK verzekering. Binnen uw MijnSZVK account kunt u zaken rondom uw ziektekostenverzekering inzien en regelen. De toegang tot MijnSZVK is geregeld via DigiD. Met DigiD kunt u veilig en betrouwbaar inloggen op uw account. U kunt in MijnSZVK uw declaraties indienen, gegevens wijzigen en direct zien welke declaraties u heeft ingediend. Kent u de MijnSZVK app al? Met de app declareert u supersnel, bekijkt u uw vergoedingen en betaalt u rekeningen makkelijk met iDEAL. Uw verzekeringspas en alarmnummers heeft u altijd bij de hand. De klantenservice van de SZVK is telefonisch bereikbaar via (+31) 088-0270700. De SZVK Alarmcentrale is voor hulp in het buitenland, zowel voor spoedeisende als planbare zorg, bereikbaar op (+31) 088-0270750. De alarmcentrale is 24 uur per dag bereikbaar.

DEEL 1 ALGEMEEN DEEL

Artikel 1 DE GRONDSLAG VAN UW ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

LID 1 INHOUD EN OMVANG VAN DE ZORG

In deze verzekeringsvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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. Dit betekent dat wij alleen zorg vergoeden als door middel van wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring is aangetoond dat de zorg effectief en veilig is. Daarbij geldt dat de zorg ook moet voldoen aan behandel- en kwaliteitsvoorwaarden die de betrokken beroepsgroep heeft vastgelegd in kwaliteitsdocumenten zoals (maar niet uitsluitend): protocollen, werkwijzers, waarborgendocumenten, beroepskaders en kwaliteitskaders. Dit is ook van toepassing op zorg waarvoor een functionele indicatie is afgegeven.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn. Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die noodzakelijk zijn om uw inzetbaarheid te behouden of te herstellen en de door het Zorginstituut Nederland voorwaardelijk tot de zorgverzekering toegelaten zorg.

LID 2 VERGOEDING

Vergoeding van de kosten vindt plaats tot de in het desbetreffende zorgartikel genoemde maximale vergoedingen. Als er geen maximale vergoedingen worden genoemd, dan worden de kosten vergoed op basis van de tarieven, die voor die vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de SZVK en de desbetreffende zorgaanbieders. Als er voor die zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en wettelijke WMG-tarieven gelden, dan vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende WMG-tarieven. Indien de SZVK geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen voor fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek en ergotherapie wordt respectievelijk een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen fysiotherapie SZVK, de Lijst maximale vergoedingen oefentherapie SZVK, de Lijst maximale vergoedingen diëtetiek SZVK of de Lijst maximale vergoeding ergotherapie SZVK. Als er geen WMG-tarieven gelden en er is geen lijst maximale vergoedingen van toepassing, dan worden de kosten vergoed tot de maximaal in Nederland geldende marktconforme tarieven.

LID 3 AANVULLENDE DOCUMENTEN

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten en links. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten en links:

- [Lijst maximale vergoedingen diëtetiek SZVK;](#)
- [Lijst maximale vergoedingen ergotherapie SZVK;](#)
- [Lijst maximale vergoedingen fysiotherapie SZVK;](#)
- [Lijst maximale vergoedingen oefentherapie SZVK;](#)
- [Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg;](#)
- [Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie;](#)
- [Tarievenlijst Hulpmiddelen;](#)

- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders ([de Zorgzoeker](#));
- [Regeling zorgverzekering](#);
- [Reglement farmaceutische zorg](#);
- [Reglement hulpmiddelen](#);
- [Het privacyreglement](#)
- [Reglement Functionele Indicatie](#)

ARTIKEL 2 WERKGEBIED

De militair in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, subonderdeel 1°, van het AMAR met inbegrip van de militair aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend, is verzekerd voor geneeskundige verzorging aan de militair verleend door of vanwege de MGD.

ARTIKEL 3 BEGIN VAN DE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

LID 1 PROCEDURE BIJ AANMELDING

De deelnemer wordt automatisch aangemeld door of namens Defensie.

De verstrekte persoonsgegevens worden opgenomen in de door de SZVK gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is het privacyreglement SZVK van toepassing, dat te vinden is op www.szv.nl.

LID 2 BEGIN EN EINDE VAN DE DEKKING

De deelnemer heeft recht op vergoeding van de kosten, zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/ of de datum wanneer de zorg/het hulpmiddel is geleverd, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als een behandeling is gestart voor de einddatum van de verzekering, wordt medisch specialistische zorg vergoed voor maximaal de duur van de DBC. Het DBC-traject begint op het moment dat de deelnemer zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na maximaal 120 dagen.

ARTIKEL 4 DUUR EN OPZEGGING VAN DE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

LID 1 DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

De verzekering eindigt in ieder geval zodra de deelnemer niet langer rechthebbende is volgens het AMAR. Ingevolge het AMAR vervalt het recht op deelname aan de SZVK-verzekering op het moment dat de deelnemer de actieve dienst verlaat.

De deelnemer wordt automatisch afgemeld door of namens Defensie.

LID 2 VOLTOOIING MILITAIR MEDISCHE BEHANDELING NA BEËINDIGING ACTIEVE DIENST

De deelnemer die, op het moment van het verlaten van actieve dienst, nog onder militair medische behandeling is, heeft gedurende maximaal de eerste drie maanden na dienstverlaten aanspraak op voltooiing van deze behandeling bij de MGD.

Aanvullende voorwaarden:

- De zorg valt binnen de voorwaarden van de verzekering en;
- De zorg dient te worden geleverd door de MGD en;
- De zorg dient een direct gevolg te zijn van het geneeskundig onderzoek dienstverlaten of aantoonbaar onderdeel uit te maken van het traject voor afronding van de militair medische behandeling.

Alleen met schriftelijke onderbouwing van de behandelend arts mag voltooiing van een militair medische behandeling binnen drie maanden of binnen de duur van de DBC (120 dagen) door een (civiele) zorgaanbieder worden verzorgd. Daarna dient de zorg zo nodig over te worden gedragen naar een civiele zorgaanbieder. De vergoeding valt vanaf dat moment onder de verzekeringsvoorwaarden van de civiele zorgverzekeraar.

Dit artikel betreft de voltooiing van een behandeling na beëindiging van de actieve dienst. Zorg vanwege een chronische aandoening, die niet binnen 3 maanden kan worden afgerond, komt na dienstverlating niet voor vergoeding in aanmerking. Een voor de datum van dienstverlating geopende DBC geldt voor de maximale duur van de DBC van 120 dagen.

LID 3 VOLTOOIING TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING NA BEËINDIGING ACTIEVE DIENST

De deelnemer, die naar het oordeel van de tandarts regiomanager of de commandant DTD, buiten zijn schuld bij dienstverlating nog onder militair tandheelkundige behandeling is, heeft aanspraak op voltooiing van deze tandheelkundige behandeling, onder de voorwaarden in deze verzekering.

LID 4 UITZONDERING TIJDSLIMIETEN BEHANDELING NA BEËINDIGING ACTIEVE DIENST

Aangegeven tijdslimieten, waarbinnen een behandeling dient plaats te vinden, zijn niet van toepassing indien wordt aangetoond dat de tijdslimiet niet haalbaar was door varen, inzet, vliegen of oefenen of andere zwaarwegende omstandigheden.

ARTIKEL 5 PREMIE

De premies en de wettelijke bijdragen voor de deelnemer worden conform het AMAR op de bezoldiging van de deelnemer ingehouden.

ARTIKEL 6 OVERIGE VOORWAARDEN

LID 1 TELEFONISCHE EN MONDELINGE INFORMATIE

Uitsluitend door ons aan u gedane schriftelijke mededelingen zijn geldig. U kunt geen rechten ontleen aan door onze medewerkers aan u gegeven mondelinge uitleg. Ook kunt u geen rechten ontleen aan toelichtingen of uitleg van algemene aard.

LID 2 KENNISGEVINGEN

Kennisgevingen aan de deelnemer gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de deelnemer te hebben bereikt.

ARTIKEL 7 UW VERPLICHTINGEN

LID 1 BIJZONDERE VERPLICHTINGEN*Militair geneeskundige dienst.*

De deelnemer moet zich voor alle geneeskundige-, tandheelkundige- en geestelijke gezondheidszorg melden bij de MGD. Indien de MGD de zorg niet kan bieden, kan, alleen met een verwijskaart afgegeven door een militaire zorgverlener, de militair zich tot een civiele zorgaanbieder richten.

Civiele zorg (met uitzondering van alternatieve zorg) wordt alleen vergoed als de militair (tand)arts een verwijskaart naar de SZVK stuurt. Wanneer u in een spoedeisende situatie naar een civiele zorgverlener bent geweest, moet u daarna zo snel mogelijk contact opnemen met het gezondheidscentrum of tandheelkundig centrum zodat de militair (tand)arts alsnog een verwijskaart naar de SZVK kan sturen. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. De verwijskaart geeft geen garantie voor vergoeding. Alleen de zorg die binnen de verzekeringsvoorwaarden valt wordt vergoed. Controleer zelf of de zorg wordt vergoed voordat u een afspraak maakt bij een civiele zorgverlener. Het is niet toegestaan om civiele zorg af te nemen zonder verwijskaart. De enige uitzondering hierop is de alternatieve zorg, hiervoor is geen verwijskaart nodig.

NB: De verwijskaart is niet gelijk aan de verwijsbrief. De verwijsbrief wordt opgesteld door de verwijzend militair (tand)arts, gericht aan een andere zorgverlener met uitleg over uw medische achtergrond en hulpvraag.

Tandheelkundige dienst bij spoed

Indien er sprake is van acute pijnklachten of medische noodzaak en de deelnemer kan zich niet wenden tot de MGD, dan kan de deelnemer zich wenden tot een civiele tandarts. De deelnemer dient achteraf contact op te nemen met de MGD voor een verwijskaart.

LID 2 AANVRAGEN VAN MACHTIGINGEN

- Indien voor de toekenning of tegemoetkoming vooraf een machtiging is vereist, is de deelnemer verplicht vooraf zorg te dragen voor de aanvraag van de machtiging. De aanvraag dient te zijn ondertekend door de behandelend (tand)arts.
- Indien een machtiging naar tijdsduur is beperkt of voor een bepaald aantal behandelingen is verleend en verlenging noodzakelijk is, moet de deelnemer ervoor zorgdragen dat tijdig een verlenging van de machtiging wordt gevraagd.
- Indien de deelnemer kan aantonen, dat het niet tijdig aanvragen van de machtiging of van de verlenging van de machtiging het gevolg is van omstandigheden die het hem redelijkerwijs onmogelijk maakten aan zijn verplichtingen te voldoen, kunnen bij wijze van uitzondering de in lid 1 van dit artikel bedoelde vergoedingen of tegemoetkomingen worden uitgekeerd, indien naar het oordeel van de medisch adviseur of van de tandheelkundig adviseur de machtiging of de verlenging daarvan alsnog kan worden verleend.

LID 3 FRAUDE

Fraude heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. De deelnemer is eveneens verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

LID 4 OVERIGE VERPLICHTINGEN VAN DE DEELNEMER

De deelnemer is verplicht:

- a. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de SZVK, indien daarom gevraagd wordt;
- b. aan de SZVK, haar medisch adviseur of aan hen die met controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- c. indien de opname of behandeling het gevolg is van een ongeval, dit direct te melden aan de SZVK en de SZVK behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;

Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de SZVK geen kosten te vergoeden.

ARTIKEL 8 KLACHTEN EN GESCHILLEN

LID 1 ALGEMEEN*Klacht*

U kunt klachten hebben over de manier waarop wij de ziektekostenverzekering uitvoeren, de manier waarop u door ons bent behandeld of de manier waarop wij uw persoonsgegevens verwerken.

Geschil

Van een geschil is sprake wanneer u het niet eens bent met een beslissing die wij bij de uitvoering van uw ziektekostenverzekering hebben genomen.

LID 2 KLACHTEN

Klachten kunt u binnen een termijn van maximaal 1 jaar indienen via het klachtenformulier op onze website. Het klachtenformulier kunt u online indienen of per post t.a.v. SZVK Postbus 173, 3100 AD Schiedam.

LID 3 GESCHILLEN*Mededeling*

Indien de SZVK voornemens is om een aanvraag tot het vergoeden van (een deel van) gedeclareerde kosten of tot het verlenen van een machtiging dan wel een andere aanvraag af te wijzen dan wordt dit binnen 20 werkdagen na ontvangst van die aanvraag aan de deelnemer medegedeeld, onder vermelding van de gronden waarop het voornemen berust.

Termijn bedenking

Binnen drie weken na de dag waarop de genoemde mededeling is verzonden, kan de deelnemer daartegen schriftelijke bedenkingen inbrengen. Bedenkingen zijn tijdig ingebracht indien zij voor het einde van de termijn zijn ontvangen. Op het geschrift wordt door de SZVK de datum van ontvangst aangetekend.

Besluit

De SZVK neemt binnen drie weken na ontvangst van de bedenkingen een besluit waarbij de overwegingen omtrent de ingebrachte bedenkingen zijn aangegeven.

Indien binnen de termijn van drie weken geen bedenkingen zijn ingebracht wordt de SZVK geacht, met ingang van de dag waarop genoemde termijn is verstreken, te hebben beslist overeenkomstig de mededeling.

LID 4 BEZWAAR

Tegen de lid 2 genoemde besluiten kan de deelnemer bezwaar maken bij het bestuur van de SZVK, Postbus 20701, 2500 ES Den Haag. Overeenkomstig de Algemene wet bestuursrecht moet het bezwaarschrift binnen zes weken worden ingediend. De termijn vangt aan met ingang van de dag na die waarop het besluit als bedoeld in lid 3 is bekend gemaakt onderscheidenlijk de termijn als bedoeld in lid 2 is verstreken.

Nadat het bestuur van de SZVK beslist heeft over het bezwaar kan de deelnemer tegen dit besluit beroep instellen bij de rechtbank Den Haag.

ARTIKEL 9 RECHT OP ZORG EN VERGOEDING

LID 1 GELDEND MAKEN VAN DE AANSPRAKEN

De deelnemer kan zijn vordering op de SZVK voor ongecontracteerde zorg niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen. Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat ontvangt u van die zorgaanbieder een nota voor de kosten van de geleverde zorg. De aanspraak op vergoeding van deze kosten is in beginsel persoonlijk. Als er een wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal het wettelijk maximumtarief. Als er geen wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding (zie website).

LID 2 MILITAIR GENEESKUNDIGE DIENST (MGD), GECONTRACTEERDE CIVIELE ZORG EN NIET-GECONTRACTEERDE CIVIELE ZORG

U bent in eerste instantie aangewezen op zorg binnen de Militair Geneeskundige Dienst (MGD). Uitsluitend indien de MGD u, middels een verwijskaart, toestemming geeft gebruik te maken van een civiele zorgverlener valt dit onder de verzekeringsvoorwaarden.

LID 3 VERGOEDING BIJ DE MILITAIR GENEESKUNDIGE DIENST

Wanneer u naar de MGD gaat, worden de kosten vergoed volgens de tarieven die wij met Defensie hebben afgesproken. Wij betalen rechtstreeks aan de Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO) en u ontvangt geen nota. Er is geen sprake van wettelijke eigen bijdragen of eigen risico.

LID 4 VERGOEDING BIJ GECONTRACTEERDE CIVIELE ZORG

Om voor vergoeding van civiele zorg in aanmerking te komen is het noodzakelijk dat u zich eerst wendt tot de MGD. Indien u zich, na het verkrijgen van een verwijskaart, wendt tot een civiele zorgverlener met wie wij een contract hebben afgesloten voor die behandeling worden de kosten vergoed volgens de tarieven die wij met de desbetreffende zorgaanbieder hebben afgesproken. In dat geval betalen wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota.

LID 5 VERGOEDING BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

Om voor vergoeding van civiele zorg in aanmerking te komen is het noodzakelijk dat u zich eerst wendt tot de MGD. Indien u zich, na het verkrijgen van een verwijskaart, wendt tot een civiele zorgverlener met wie wij geen contract hebben ontvangt u zelf een nota. De hoogte van de vergoeding van deze nota is afhankelijk van of er een wettelijk maximumtarief of vrij tarief geldt.

Wettelijk maximumtarief

Als er een wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal het wettelijk maximumtarief, met uitzondering van: huisartsenzorg, geboortezorg, curatieve GGZ, mondzorg, trombosediens, voetzorg, medisch specialistische revalidatie, verpleging en verzorging, geriatrische revalidatiezorg, zintuiglijke gehandicaptenzorg, eerstelijnsverblijf, gecombineerde leefstijlinterventie en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen. Hiervoor geldt dat wij de zorg vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website.

Vrije tarieven

Als er geen wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website.

Zorgverleners uitgesloten van vergoeding

Het kan voorkomen dat wij constateren dat er fraude is gepleegd door een zorgaanbieder. In dergelijke gevallen kunnen wij deze zorgaanbieder opnemen in ons interne frauderegister. Zorg verleend door zorgverleners die in dit register staan opgenomen, komt niet voor vergoeding in aanmerking. Wij informeren de desbetreffende zorgaanbieders hierover, zij zijn er verantwoordelijk voor om u hier voorafgaand aan de zorgverlening over te informeren.

LID 6 EXTRA VOORWAARDE BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

Wij nemen uitsluitend originele nota's in behandeling die voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. Wij verstrekken geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen. Daarnaast dient de nota voorzien te zijn van de prestatiecode(s) die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgesteld. De nota moet zodanig duidelijk en gespecificeerd zijn dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

LID 7 DECLAREREN VAN DOOR U GEMAAKTE KOSTEN

De kosten van zorg kunnen rechtstreeks door gecontracteerde zorgaanbieders bij ons worden gedeclareerd of door u bij ons worden gedeclareerd als u zich heeft gewend tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De zorgaanbieder declareert de nota rechtstreeks bij ons

Wij hebben met de MGD en veel zorgaanbieders en leveranciers afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks bij ons kunnen declareren. Wij vergoeden de nota aan hen volgens het geldende tarief. Indien u zonder verwijkskaart gebruik maakt van civiele zorg dan kan het zijn dat u van ons een bericht krijgt met het verzoek de zorgkosten (deels) aan ons over te maken. Deze bedragen kunt u aan ons overmaken via een automatische incasso, overboeking via uw bank of door middel van een betaalverzoek dat u van ons per e-mail ontvangt.

De zorgaanbieder stuurt de nota naar u en u declareert de nota bij ons

Soms stuurt de zorgaanbieder de nota direct naar u. In dat geval bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder. U kunt uw nota vervolgens op verschillende manieren bij ons declareren. Declareren kan gemakkelijk via de MijnSZVK app, via de MijnSZVK omgeving op onze website en per post.

MijnSZVK app

Met de MijnSZVK app kunt u snel en makkelijk een nota declareren. Daarnaast geeft het declaratieoverzicht u een overzichtelijk beeld van uw declaraties. U kunt de MijnSZVK app downloaden in de App Store en via Google Play.

MijnSZVK omgeving op de website

MijnSZVK, uw persoonlijke omgeving op onze website, biedt ook de mogelijkheid om een declaratie online in te dienen.

Per post

Een declaratie kan ook per post ingediend worden. Stuurt u ons in dat geval de originele nota (geen kopie, herinnering of aanmaning) en een volledig ingevuld en door u ondertekend declaratieformulier. Het declaratieformulier is verkrijgbaar via onze website en de MijnSZVK omgeving.

Declaratietermijn

Over nota's die ouder zijn dan drie jaar wordt geen vergoeding of tegemoetkoming toegekend.

LID 8 UITBETALING VAN VERGOEDINGEN OF TEGEMOETKOMINGEN

Toe te kennen vergoedingen of tegemoetkomingen kunnen nooit meer bedragen dan de werkelijke kosten. Indien een in deze verzekeringsvoorwaarden opgelegde verplichting niet door u wordt nageleefd, is de SZVK niet tot vergoeding of tegemoetkoming verplicht.

Indien onze medisch adviseur of de tandheelkundig adviseur van oordeel is dat een verstrekking zonder medische of tandheelkundige noodzaak wordt gegeven of reeds is gegeven, stelt deze zich in verbinding met de desbetreffende (voorschrijvende) zorgverlener en/of met de deelnemer.

Indien in verband met het bovenstaande de bevindingen van de medisch adviseur of van de tandheelkundig adviseur daartoe aanleiding geven, kan de SZVK beslissen dat de vergoeding of tegemoetkoming geheel of gedeeltelijk niet (meer) zal worden toegekend. Van deze beslissing wordt de deelnemer zo spoedig mogelijk in kennis gesteld.

Verzekerde kosten worden in principe binnen 15 werkdagen na ontvangst van de originele nota's vergoed. De vergoeding van de aanspraak, indien de kosten in het buitenland zijn gemaakt, vindt in Nederland in euro's plaats tegen de koers van die dag, waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruikt de SZVK de historical rates van www.XE.com.

Afzonderlijke betalingen van bedragen lager dan € 250,- worden vanuit Nederland niet rechtstreeks aan een zorgaanbieder buiten Nederland betaald.

LID 9 FUNCTIONELE INDICATIE

Er is sprake van een functionele indicatie als de militair bij het uitoefenen van de taak of functie, waarvoor de militair is aangewezen, een beperking heeft, die alleen kan worden opgeheven door de verstrekking van een specifiek hulpmiddel of door een specifieke behandeling, die volgens de voorwaarden van deze verzekeringsvoorwaarden zonder een functionele indicatie niet voor vergoeding in aanmerking komt.

De VMA stelt vast of er sprake is van een functionele indicatie en moet de aanvraag, voorzien van een omschrijving van de behandeling of voorziening, indienen bij de SZVK. Voorts is het [Reglement functionele indicatie](#) van toepassing. Functionele indicaties op gebied van tandheelkundige zorg worden vastgesteld door de commandant van de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD).

Aanvullend hierop geldt dat:

- a. wij u van tevoren toestemming moeten hebben gegeven voor die vorm van zorg; en
- b. die vorm van zorg wettelijk niet moet zijn uitgesloten.

LID 10 UITSLUITINGEN VAN VERGOEDING

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. de eigen bijdrage die u betaalt volgens de Wet langdurige zorg (Wlz) en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015);
- b. kosten in verband met het vertalen van nota's;
- c. kosten die zijn ontstaan doordat u de rekening die u rechtstreeks van de zorgaanbieder heeft ontvangen niet op tijd aan de zorgaanbieder heeft betaald;
- d. kosten voor verpleging of behandeling als de deelnemer aanspraak op vergoeding van die kosten kan maken krachtens:
 - een andere wettelijk geregelde verzekering dan de onderhavige verzekering;
 - een regeling van overheidswege;
 - een subsidieregeling;
 - een andere overeenkomst.
- e. aanspraken of vergoedingen die kunnen worden bekostigd op grond van de Wlz, de Jeugdwet of de Wmo 2015, ongeacht of de deelnemer Wlz, Jeugdwet of Wmo-gerechtigd is;
- f. het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen sterilisatie;
- g. zorgkosten indien de deelnemer naar het oordeel van de SZVK heeft gehandeld in strijd met het reglement of heeft nagelaten de voorschriften of het advies van de behandelend arts(en) te volgen;
- h. verpleging op grond van sociale redenen;
- i. versterkende middelen, voedingsmiddelen, vermageringsmiddelen, tonica, medicinale wijnen, traanproducten, vitaminepreparaten, laxermiddelen, cosmetica en middelen, die in enige handelsverpakking buiten de apotheek verkrijgbaar zijn (de zogenaamde drogisterij artikelen), tenzij daarop aanspraak bestaat krachtens het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) of indien in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- j. vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten. De deelnemer vindt de Regeling zorgverzekering op www.wetten.nl;
- k. declaraties als gevolg van niet-nagekomen afspraken (no show).

LID 11 HARDHEIDSBEPALING

De SZVK is bevoegd voor bepaalde gevallen of groepen tegemoet te komen aan onbillijkheden van overwegende aard, die zich bij de toepassing van deze verzekeringsvoorwaarden mochten voordoen.

DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING

ARTIKEL 10 HUISARTSENZORG

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

LID 2 VOORWAARDEN

Voor huisartsenhulp dient de deelnemer zich primair te wenden tot de MGD. Voor vervolgonderzoek op advies van de militair (huis)arts, zoals bijv. laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek of functie-onderzoek in civiel ziekenhuis of laboratorium is een verwijskaart nodig. Voor incidenteel gebruik van een civiele huisarts is een verwijskaart nodig. Het is niet mogelijk zich in te schrijven bij een civiele huisarts.

ARTIKEL 11 GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de gecombineerde leefstijlinterventie vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) of hoger. De zorg is gericht op een gedragsverandering om daarmee een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden.

LID 2 VOORWAARDEN

De deelnemer heeft recht op een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). De deelnemer kan voor een GLI in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de NHG-richtlijn en de Zorgstandaard Obesitas. De aangeboden GLI moet door het RIVM ten minste zijn beoordeeld als een interventie ‘met eerste aanwijzingen voor effectiviteit’ (vanaf niveau II) zoals vermeld in het register ‘Loket Gezond Leven’ van het RIVM en door de Erkenningcommissie van Zorgverzekeraars Nederland zijn erkend als verzekerde zorg. De programma’s die voor vergoeding in aanmerking komen, zijn vermeld op www.szvk.nl. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. De deelnemer heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Een gecombineerde leefstijlinterventie wordt verleend door:

- a. een leefstijlcoach die is geregistreerd bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN); of
- b. een diëtist of oefentherapeut ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici inclusief de aantekening leefstijlcoach; of
- c. een fysiotherapeut ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register inclusief aantekening leefstijlcoach.

ARTIKEL 12 STOPPEN MET ROKEN

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vergoed worden de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma behelst de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met nicotinevervangers en/of geneesmiddelen met als doel te stoppen met roken. De zorg omvat het maximaal drie keer per kalenderjaar volgen van het programma.

LID 2 VOORWAARDEN*Algemeen*

De deelnemer komt in aanmerking voor vergoeding van stoppen-met-rokenprogramma's indien:

- a. de zorg plaatsvindt op basis van individuele consulten of groepstherapie; en
- b. het programma wordt opgesteld in overeenstemming met de omschrijving en kaders die worden gesteld in de Zorgstandaard Tabaksverslaving 2022; en
- c. het programma bestaat uit ten minste vier contactmomenten van ten minste 10 minuten; en
- d. het behandeltraject voor ten minste een jaar wordt gecontinueerd na de stopdatum.

De deelnemer heeft een verwijsbrief en verwijskaart van de militair arts nodig om in aanmerking te komen voor een civiel programma stoppen met roken.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door:

- a. de MGD;
- b. een stoppen met roken coach die geregistreerd is in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken bij Kabiz.

Indien u gebruik maakt van een civiele zorgaanbieder heeft de deelnemer een verwijskaart nodig van de MGD.

Geneesmiddelen of zelfhulpmiddelen

De kosten van de benodigde ondersteunende medicijnen worden alleen vergoed, indien deze worden verstrekt door de militaire apotheek.

ARTIKEL 13 FARMACIE**LID 1 ALGEMENE INFORMATIE**

De kosten van geneesmiddelen en farmaceutische zorg conform de bij 'Regeling zorgverzekering' aangewezen geregistreerde geneesmiddelen alsmede de kosten van andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8, eerste lid, sub b. van het Besluit zorgverzekering worden vergoed.

Farmaceutische zorg omvat ook advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in dit lid genoemde geneesmiddelen.

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. geregistreerde geneesmiddelen (niet zijnde zelfzorggeneesmiddelen);
- b. zelfzorggeneesmiddelen;
- c. niet-geregistreerde geneesmiddelen
- d. dieetpreparaten.

LID 2 GEREgistREERDE GENEESMIDDELEN (NIET ZIJNDE ZELFZORGMIDDELEN)

Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. Voor de nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot farmaceutische zorg wordt een [Reglement farmacie](#) gehanteerd. Het reglement maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden.

Geneesmiddelen, die worden verstrekt uit hoofde van de 'Regeling medisch-specialistische zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg.

Eigen bijdrage

De eigen bijdrage is alleen van toepassing als de geneesmiddelen zonder verwijskaart worden afgehaald bij een civiele apotheek.

Het GVS maakt onderscheid tussen geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn (a) en geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (b).

a. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

Deze geneesmiddelen zijn in groepen verdeeld volgens bepaalde criteria en opgenomen in Bijlage 1a van het GVS. Voor elke groep (cluster) geneesmiddelen heeft de overheid een vergoedingslimiet vastgesteld (de maximale vergoeding die u kunt krijgen). Is het geneesmiddel dat u krijgt voorgeschreven uit die groep duurder, dan betaalt u zelf de kosten boven de vergoedingslimiet als eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor een magistrale bereiding (apotheekbereiding) van een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage geldt. Per kalenderjaar betaalt u voor deze geneesmiddelen maximaal een eigen bijdrage van € 250,-.

b. Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

Deze geneesmiddelen staan in het GVS in Bijlage 1b en worden volledig vergoed. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage.

LID 3 ZELFZORGMIDDELEN

Voor zelfzorggeneesmiddelen geldt dat de deelnemer het geneesmiddel langer dan 6 maanden gebruikt en het is voorgeschreven om een chronische ziekte te behandelen.

Onder strikte voorwaarden worden alleen die zelfzorggeneesmiddelen vergoed, die behoren tot één van de volgende zes groepen:

- a. laxermiddelen;
- b. kalktabletten;
- c. geneesmiddelen bij allergie;
- d. geneesmiddelen tegen diarree;
- e. geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- f. kunsttranen.

Indien de vermelde zelfzorggeneesmiddelen worden verkregen via een civiele apotheek, bestaat geen recht op vergoeding gedurende de eerste vijftien dagen.

LID 4 NIET GEREgistREERDE GENEESMIDDELEN

De deelnemer heeft recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationale farmacotherapie. Voor nadere uitleg zie het Reglement Farmacie. De deelnemer heeft recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

1. Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (eigen bereidingen);
2. Geneesmiddelen die de apotheker of arts speciaal voor de deelnemer bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;

3. Geneesmiddelen die niet in Nederland op de markt zijn, maar op verzoek van de behandelend arts door de apotheker worden ingevoerd. De deelnemer heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als die een zeldzame aandoening heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. De deelnemer heeft alleen recht op deze niet-geregistreerde geneesmiddelen als deze worden geleverd door een militaire apotheek;
4. Als een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende geleverd kan worden, heeft de deelnemer recht op een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie van de Gezondheidszorg of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn geïmporteerd.

LID 5 DIEETPREPARATEN

De kosten van de polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten worden uitsluitend vergoed voor een deelnemer die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop; of
- e. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Dieetpreparaten dienen te worden verstrekt door de MGD, een apotheker of apotheekhoudend huisarts of een door de SZVK aangewezen zorgaanbieder.

Voorschrijf- en toestemmingsvereisten

De deelnemer heeft vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan de deelnemer gebruikmaken van het door de huisarts voorgeschreven recept of de door de medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist.

Bijzonderheden

Dieetpreparaten dienen te worden verstrekt door de MGD, een apotheker of een apotheekhoudend huisarts of een door de SZVK aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kan de deelnemer alleen terecht bij een medisch speciaalzaak ook wel facilitair bedrijf genoemd.

LID 6 EXTRA VOORWAARDEN

Militaire apotheek

De deelnemer moet zich voor de verstrekking van geneesmiddelen wenden tot de militaire apotheek. De deelnemer mag alleen gebruikmaken van civiele zorgaanbieders als de militaire apotheek niet in staat is om de desbetreffende geneesmiddelen te verstrekken. De deelnemer ontvangt hiervoor een verwijskaart. Indien de deelnemer zonder verwijskaart naar een niet gecontracteerde civiele aanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot de door ons maximaal vastgestelde tarieven. Dit kan betekenen dat de deelnemer geen (volledige) vergoeding van de nota krijgt.

Geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden van toepassing zijn

In Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is een overzicht van geneesmiddelen opgenomen waarvoor extra voorwaarden gelden die te maken hebben met de aandoening waarvoor het geneesmiddel wordt gebruikt. Ook voor dieetpreparaten zijn in voornoemde Bijlage 2 voorwaarden opgenomen. Zie [Bijlage 2 Regeling Zorgverzekering](#).

Machtiging

Voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, is een machtiging nodig.

LID 7 UITSLUITINGEN

Uitsluitingen (farmacie) gelden niet indien voorgeschreven door militair arts, militair tandarts of militair medisch specialist en zijn verstrekt door de militaire apotheek, in overeenstemming met medisch militair beleid.

Niet vergoed worden:

- a. geneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
- b. maagzuurremmers die u korter dan zes maanden gebruikt;
- c. de eerste uitgifte van maagzuurremmers die u langer dan zes maanden gebruikt;
- d. anticonceptiva voor een verzekerde van 21 jaar en ouder. Uitzondering: Anticonceptie bij endometriose en menorrhagie komt wel voor vergoeding in aanmerking;
- e. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- f. geneesmiddelen die door de apotheek zelf zijn gemaakt (eigen bereidingen) en uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar u geen vergoeding voor zou krijgen. Deze uitsluiting geldt niet als het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel nog in de aanvraag- en besluitvormingsprocedure zit voor opname in het GVS. Ook kan de minister in de Regeling zorgverzekering apotheekbereidingen opnemen die vergoed worden, als besloten is dat het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel niet opgenomen wordt in het GVS in verband met een ongunstige kosteneffectiviteit en te hoge budgetimpact. Als het geneesmiddel niet in het GVS is opgenomen op basis van een niet aangetoonde effectiviteit of omdat het niet noodzakelijk is het middel ten laste te brengen van het collectief, kan de vergelijkbare apotheekbereiding ook niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- g. vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop;
- h. voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- i. geneesmiddelen en inentingën die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis, tenzij verstrekt door de militaire apotheek;
- j. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- k. geneesmiddelen zoals bedoeld in Artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet;
- l. andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).

Bovenstaande uitsluitingen zijn niet van toepassing als de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een militair arts, tandarts of medisch specialist in overeenstemming met het militair geneeskundig beleid en zijn verstrekt door de militaire apotheek.

ARTIKEL 14 PARAMEDISCHE ZORG

LID 1 FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE

De behandeling wordt gegeven door een bij de MGD werkzame fysiotherapeut, die tevens lid is van het KNGF.. Behandeling door een civiele zorgaanbieder wordt alleen vergoed als door een arts of specialist van de MGD een verwijfsbrief en verwijfskaart is afgegeven. Indien de SZVK geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen, wordt een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen fysiotherapie SZVK of de Lijst maximale vergoedingen oefentherapie SZVK.

Onder fysiotherapie wordt niet verstaan: haptonomie, zwangerschaps- en kraamvrouwen-gymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie. Individuele behandeling dan wel groepsbehandeling, die er slechts toe strekken om de conditie door middel van training te bevorderen komen eveneens niet voor vergoeding in aanmerking.

LID 2 LOGOPEDIE

Volledige vergoeding van de kosten van logopedische behandelingen met een geneeskundig doel door een logopedist. Van de behandeling kan herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen of de slikfunctie worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie, spreken in het openbaar, voordrachtskunst of hulp bij het afleren van dialect en anderstaligheid.

LID 3 STOTTERTHERAPIE

Met een verwijfskaart van de militair arts of militair specialist volledige vergoeding van de kosten van stottertherapie in een daartoe door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instituut.

LID 4 DIËTETIEK

Met een verwijfskaart van de militair arts volledige vergoeding van de kosten van diëtetiek door een diëtist. Indien de SZVK geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen, wordt een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen diëtetiek SZVK.

LID 5 ERGOTHERAPIE

Volledige vergoeding van de kosten van zorg, zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden in hun behandelruimte of ten huize van de deelnemer, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de deelnemer te bevorderen of te herstellen. Indien de SZVK geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen, wordt een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen ergotherapie SZVK.

LID 6 OEDEEMTHERAPIE

De vergoeding bedraagt maximaal €41,80,- per behandeling, waarbij maximaal 10 behandelingen in een kalenderjaar worden vergoed door een fysiotherapeut.

LID 7 VALPREVENTIE

Valpreventie, wordt in een ketenaanpak in samenwerking met gemeenten vormgegeven en bestaat uit een valrisicotest, een valrisicobeoordeling en een advies op maat met de in te zetten interventies om het hoge valrisico weg te nemen of te verminderen. Wij vergoeden daarbij:

- a. de valrisicobeoordeling, en
- b. de valpreventieve beweeginterventie.

Valrisicobeoordeling

Wij vergoeden de valrisicobeoordeling als er sprake is van een hoog valrisico, aantoonbaar vastgesteld bij een valrisicotest. De valrisicobeoordeling bestaat uit een gestructureerde vragenlijst en gaat na welke individuele risicofactoren aan de basis liggen van het hoge valrisico. De valrisicobeoordeling leidt tot een individueel advies waarin eventuele verwijzingen naar zorgaanbieders en/of interventies zijn opgenomen.

De valrisicobeoordeling wordt uitgevoerd door een huisarts.

Valpreventieve beweeginterventie

Een valpreventieve beweeginterventie voor verzekerden met een hoog valrisico als uit een valrisicobeoordeling blijkt dat de verzekerden als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut of oefentherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden. De programma's die voor vergoeding in aanmerking komen, zijn vermeld op www.szvk.nl.

De valpreventieve beweeginterventie wordt uitgevoerd door een voor de interventie geschoolde fysio- of oefentherapeut.

LID 8 VOORWAARDEN

Voor paramedische zorg moet u zich wenden tot de MGD. Uitsluitend met een verwijkskaart van de MGD kunt u gebruik maken van paramedische hulp bij een civiele zorgaanbieder.

LID 9 ZORG VAN ONGECONTRACTEERDE ZORGVERLENER

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u de nota niet altijd volledig vergoed krijgt. De vastgestelde vergoedingen kunt u vinden op www.szvk.nl.

ARTIKEL 15 MONDZORG

LID 1 TE VERGOEDEN ZORG

De verstrekkingen en vergoedingen ten aanzien van tandheelkundige zorg zijn verdeeld in twee groepen:

- a. Tandheelkundige behandelingen
- b. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

De deelnemer heeft alleen recht op volledige vergoeding van tandheelkundige zorg wanneer deze wordt verleend door de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD). Om voor vergoeding in aanmerking te komen voor civiele tandheelkundige zorg, zijn een verwijksbrief en een verwijkskaart noodzakelijk van de militaire tandarts. Noodhulp in de avond en het weekend wordt vergoed, met inachtneming van artikel 7.1. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De commandant DTD kan toestemming verlenen voor 100%-vergoeding van een behandeling indien dit om onderbouwde militaire redenen noodzakelijk is.

Tandheelkunde behandelingen

Voor de hierna vermelde zorg door een tandarts dan wel een tandarts-orthodontist worden vergoedingen of tegemoetkomingen toegekend tot ten hoogste de in dit Artikel vermelde percentages van de geldende WMG-tarieven en bedragen.

LID 2 **MACHTIGING KAAKCHIRURGIE**

De vergoeding van poliklinische tandheelkundige zorg door een kaakchirurg, op verwijzing van een tandarts of medisch specialist, beperkt zich tot de kosten van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten. Er is voorafgaande toestemming nodig voor behandelingen opgenomen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg. Deze lijst is raadpleegbaar op www.szv.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer 088 - 0 270 700.

LID 3 **DE VERMELDE TEGEMOETKOMINGEN OF VERGOEDINGEN ZIJN INCLUSIEF MATERIAAL- EN TECHNIEKKOSTEN:**

Consultatie en diagnostiek (inclusief techniekkosten): (C-codes)

100%;

Maken en/of beoordelen foto's: (X-codes)

100%;

Preventieve mondzorg: (M-codes)

100%;

Verdoving: (A-codes)

100%;

Voor verdoving door middel van algehele anesthesie of sedatie (A20) is enkel vergoeding mogelijk met machtiging

Wortelkanaalbehandelingen (endodontologie): (E-codes)

100%;

Let op: Code E97 (uitwendig bleken) wordt niet vergoed.

Vullingen (inclusief techniekkosten): (V-codes)

100%;

Kronen, bruggen en inlays: (R-codes)

Vergoeding van onderstaande R-codes (inclusief techniekkosten): 100%

- Roestvrijstalen kroon, kunstharsvoorziening (R29)*;
- Opbouw plastisch materiaal (R31)*;
- Vernieuwen porseleinen schildje, reparatie metalen/porseleinen kroon in de mond (R71);
- Vernieuwen schildje van plastisch materiaal (R72)*;
- Opnieuw vastzetten niet plastische restauraties (R74);
- Opnieuw vastzetten plakbrug (R75)*.

* materiaal en techniekkosten mogen apart in rekening gebracht worden.

Alle overige behandelingen voor kronen, bruggen en inlays (inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten):

- 100% als deze behandelingen worden uitgevoerd door een andere zorgaanbieder na voorafgaande toestemming van Commandant DTD, Regiomanager DTD, Discipline coördinator DTD of tandarts-parodontoloog DTD;

In één kalenderjaar wordt per deelnemer in de gezamenlijke kosten van meervlaksinlays, kronen en bruggdelen een tegemoetkoming toegekend tot ten hoogste zes gebitselementen. Vergoeding van deze verrichtingen boven het gestelde maximum aantal van zes is mogelijk indien de behandeling plaatsvindt door de DTD of nadat voorafgaand machtiging is verstrekt door de Commandant DTD.

Kaakgewrichtsbehandelingen (gnathologie/orofaciale pijn en disfunctie) (inclusief techniekkosten) (G-codes)
100%;

Voor gnathologische behandeling door een erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde wordt een tegemoetkoming toegekend overeenkomstig het bepaalde in Artikel 4. Eveneens wordt deze vergoeding verleend indien de zorg wordt geleverd onder de verantwoordelijkheid van een Nederlandse universiteit of door een erkend gnatholoog.

Chirurgische ingrepen (inclusief materiaalkosten): (H-codes)

100%;

Ook een autotransplantaat (H39) wordt vergoed (op aanvraag) inclusief bijkomende behandelingen (vormaanpassing en eventuele wortelkanaalbehandeling, inclusief de eventueel benodigde orthodontie)

Kunstgebitten (uitneembare prothetische voorzieningen) (inclusief techniekkosten): (P-codes)

100%;

Tandvleesbehandelingen (parodontologie) (inclusief techniekkosten): (T-codes)

100%;

Voor parodontale zorg uitgevoerd door een parodontoloog, tandarts of mondhygiënist is een verwijsbrief en verwijskaart noodzakelijk van de DTD, tenzij deze wordt uitgevoerd door een bij de DTD werkzame parodontoloog. Beoordeling vindt plaats volgens de Dutch Periodontal Screening Index-B (DPSI-B) PPS2 of 3 of een vergelijkbare categorie in de nieuwe European Federation of Periodontology (EFP) classificatie.

Orthodontie

Beugels (gebitsregulatie/orthodontie- A-codes) (inclusief techniekkosten) (F-codes);

1. Het eerste consult (de intake), inclusief röntgenfoto's en gebitsmodellen, voor een orthodontische behandeling wordt volledig vergoed.
2. Voor normale orthodontische behandelingen volgens de A-codes geldt een vergoeding van 70%. Een verwijsbrief en verwijskaart van de DTD is noodzakelijk.
3. Voor reparatie of vervanging van een beugel (F811A), herstel of vervanging van retentie-apparatuur (F812A) en het plaatsen van een extra retentiebeugel per kaak (F813A) en het plaatsen van retentie-apparatuur bij orthodontisch niet behandelde of door andere zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt (F814A) en het verwijderen van een spalk (F815A): 100%. Om voor vergoeding van deze codes in aanmerking te komen, is geen voorafgaande machtiging van de SZVK benodigd;
4. De adviserend tandarts kan na overleg met de Commandant DTD toestemming verlenen voor de 100% vergoeding van een orthodontische behandeling indien de commandant DTD dit om onderbouwde militaire redenen noodzakelijk acht.

De vergoeding voor bijzondere orthodontie (B en C codes) valt onder Artikel 15 lid 6.

Implantaten (implantologie) (inclusief techniekkosten) (J-codes)

1. Implantaten in de tandeloze kaak: 100%;

Voor het toekennen van een tegemoetkoming voor implantaten voor een tandeloze kaak, inclusief de mesostructuur, de overkappingsprothese en het rebasen van een overkappingsprothese is voorafgaande machtiging vereist. (tenzij deze worden uitgevoerd door de Defensie Tandheelkundige Dienst).

Voor de implantaten in de tandeloze kaak, de mesostructuur en de bijbehorende uitneembare prothese wordt een vergoeding verleend van 100%, inclusief materiaal- en techniekkosten. Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een Centrum voor bijzondere tandheelkunde bedraagt het vergoedingspercentage voor het honorariumdeel van deze niet-klinische behandeling eveneens 100%.

Indien de implantaten worden geplaatst door een kaakchirurg bedraagt het vergoedingspercentage 100% van het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten.

Voor het initieel onderzoek implantologie (J01), verlengd onderzoek implantologie (J02), proefopstelling inclusief techniek- en materiaalkosten (J03), implantaatpositionering op grond van CT-scan (J05) en voor nazorg implantologie (J60 en J61) is geen voorafgaande machtiging vereist. De vergoeding voor de codes J01, J02, J03, J05, J60 en J61 bedraagt 100%, als het onderzoek is verricht door een Defensie tandarts parodontoloog of Defensie kaakchirurg.

2. Implantaten in de niet-tandeloze kaak (inclusief materiaal- en techniekkosten):

- a. Uitsluitend op machtiging;
- b. 100% als deze behandeling wordt uitgevoerd op verwijzing van de Defensie Tandheelkundige Dienst;

De adviserend tandarts kan na overleg met de Commandant DTD toestemming verlenen voor de 100% vergoeding van een behandeling indien de commandant DTD dit om onderbouwde militaire redenen noodzakelijk acht.

LID 4 SECOND OPINION

De SZVK vergoedt op verwijzing en met verwijskaart een second opinion.

LID 5 BIJZONDERE TANDHEELKUNDIGE ZORG

De kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen, waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel, worden vergoed. Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. Agenesie: het niet aangelegd zijn van blijvende gebitselementen;
- b. Amelogenesis imperfecta: een ontwikkelingsstoornis van tandglazuur en/of tandbeen;
- c. Dento-alveolair defect: een aangeboren defect of een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn;
- d. Cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis: een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet;
- e. Oro-maxillo-faciaal defect: een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- de behandeling plaatsvindt in een Centrum voor bijzondere tandheelkunde en
- de SZVK op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.

LID 6 BIJZONDERE ORTHODONTISCHE HULP

Orthodontische hulp valt alleen onder de bijzondere tandheelkunde als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, of andere bijzondere problematieken waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.. Er geldt alleen een vergoeding als het gaat om de behandeling van een zeer ernstige afwijking die vergelijkbaar is met een schisisafwijking (B en C codes) of wanneer een orthodontische behandeling deel uitmaakt van een multidisciplinair behandelplan. De vergoeding is 100% als er een geldige machtiging aanwezig is. Een aanvraag en verwijsskaart zijn noodzakelijk.

LID 7 CENTRUM VOOR BIJZONDERE TANDHEELKUNDE (CBT)

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde voldoet aan de volgende eisen:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde;
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA); en
 - het centrum werkt met een anesthesioloog, die lid is van de NVA; en
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis; en
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten; en
 - het centrum dat maakt gebruik van (lachgas)sedatie en is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).
3. Een CBT maakt gebruik van een tarief gebaseerd op tijd: X731, X831 of U05 (5 minutentarief).

LID 8 TERUGBETALING BIJ GEBITSREGULATIE

Voor gebitsregulatie, in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische of gnathologische behandeling, is voorafgaande machtiging vereist. Indien in verband met een kaakchirurgische behandeling een machtiging is verkregen en de gebitsregulerende behandeling, door omstandigheden anders dan operationele inzet, niet binnen twee jaar wordt gevolgd door de gemachtigde kaakchirurgische behandeling, is de deelnemer verplicht de reeds vergoede bedragen van de gebitsregulatie terug te betalen. De SZVK kan in overleg met de deelnemer een termijn van terugbetaling vaststellen:

- a. Indien in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische behandeling, uitgezonderd de kaakchirurgische ingrepen, vermeld onder H, Chirurgische ingrepen en onder T, Tandvleesbehandelingen: 100%;
- b. Indien in samenhang met een gnathologische behandeling vermeld onder G: 100%.

LID 9 OVERIGE TANDHEELKUNDIGE VERSTREKKINGEN EN VERGOEDINGEN

Een reserve gebitsprothese wordt vergoed indien hiervoor redenen aanwezig zijn die samenhangen met de dienst- uitvoering.

De adviserend tandarts kan na overleg met de Commandant DTD eveneens toestemming verlenen voor de 100% vergoeding van een behandeling indien de commandant DTD dit om onderbouwde militaire redenen (functionele indicatie) noodzakelijk acht.

ARTIKEL 16 VERVOER

LID 1 TE VERGOEDEN KOSTEN

Voor een tegemoetkoming in of vergoeding van de kosten ter zake van vervoer komt alleen medisch noodzakelijk vervoer in aanmerking dat in direct verband staat met ziekte of ongeval. De deelnemer wordt in voorkomend geval met een militair vervoermiddel vervoerd, tenzij het vervoer niet of niet tijdig dan wel niet adequaat kan worden verleend. Aanspraak op vergoeding is alleen mogelijk voor zover de kosten niet declarabel zijn als reiskosten op basis van het Besluit Dienststreizen Defensie.

Onder medisch noodzakelijk vervoer wordt verstaan: vervoer om medische redenen, ter beoordeling van de medisch adviseur en aangetoond door de (militaire) zorgverlener.

Het ziekenvervoer wordt vergoed indien de deelnemer:

1. Nierdialyse behandelingen krijgt (consulten, nacontroles, bloedonderzoek en/of andere onderzoeken).
2. Oncologische behandeling met chemo, radio of immuuntherapie ontvangt; Hieronder valt ook het vervoer van en naar consulten, onderzoek en controles tijdens de periode van de oncologische behandeling. Indien er sprake is van een oncologische behandeling, maar de deelnemer heeft geen behandeling (meer) met chemo, radio of immuuntherapie dan valt het vervoer niet onder de vergoeding (bijv. vervoer ten tijde van de indicatiestelling, operatie of nacontrole).
3. Zich alleen per rolstoel kan verplaatsen, waardoor de deelnemer niet meer zelfstandig kan reizen.
4. Een blijvend beperkt gezichtsvermogen heeft (blind of slechtziend), waardoor de deelnemer niet zonder begeleiding kan reizen.
5. Jonger is dan 18 jaar en vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen is op verpleging en verzorging (waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in nabijheid).
6. Aangewezen is op geriatrie revalidatiezorg (GRZ).
7. Aangewezen is op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en onderdeel is van een zorgprogramma bij geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).

Als er sprake is van een medische noodzaak, kan de deelnemer recht hebben op de volgende vervoerskosten. De declaratie dient te allen tijde verzegeld te zijn met een bewijs van de (behandel)afspraken. Bij taxivervoer en openbaar vervoer dient er ook een originele nota aanwezig te zijn.

a. Taxivervoer

Bij taxivervoer dient de deelnemer eerst contact op te nemen met de DVVO. Kan de DVVO het vervoer niet uitvoeren, dan dient de deelnemer met een verwijzing voor taxivervoer contact op te nemen met de SZVK. Via de SZVK kan de deelnemer gebruik maken van de aangewezen partij voor taxivervoer. Vergoeding is 100%

b. Vervoer met eigen (huur)auto

Voor vervoer per eigen (huur)auto vergoeden wij €0,40 per km. Deze wettelijke vergoeding is inclusief parkeerkosten, waardoor de parkeerkosten niet apart kunnen worden vergoed. Het aantal kilometers wordt berekend aan de hand van de Basisregistratie Adressen en Gebouwen van het Nationaal Wegenbestand. Daarbij wordt geen rekening gehouden met omleidingen, blokkades, persoonlijke voorkeuren in weggebruik en het ontwijken van files.

c. Openbaar vervoer

100% vergoeding in de laagste klasse van het openbaar vervoer op basis van de berekening van www.9292.nl.

Motivering en bewijs afspraak

Indien er sprake is van medisch noodzakelijk vervoer dient de declaratie van taxikosten of gebruik van eigen (huur)auto altijd vergezeld te gaan van de in Artikel onder lid 2 sub a. bedoelde motivering van de behandelend arts en een bewijs van de (behandel)afspraak.

Vergoeding logeren

Indien een deelnemer is aangewezen op medisch noodzakelijk vervoer en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de SZVK op verzoek van de deelnemer een vergoeding voor de kosten van logeren verstrekken van € 91,- per dag in plaats van een vergoeding voor de kosten van vervoer. De deelnemer heeft hiervoor voorafgaande toestemming nodig;

LID 2 VOORWAARDEN

Vergoeding of tegemoetkoming in de kosten wordt verleend in geval van vervoer met een ambulance, (huur) auto, taxi of openbaar vervoermiddel, uitsluitend:

- a. naar en/of van het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar een onderzoek of behandeling wordt ondergaan;
- b. naar en/of van de volgende dichtstbijzijnde inrichtingen of personen:
 - een polikliniek;
 - een medisch-specialist of orthodontist; een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar of logopedist. Ook is het mogelijk dat (indien medisch noodzakelijk) de behandeling bij de deelnemer thuis plaatsvindt;
 - Een instrumentenmaker voor het aanmeten of passen van een orthopedisch hulpmiddel;
- c. in geval van medisch noodzakelijke repatriëring of vervoer vanuit het buitenland van een stoffelijk, indien dat vervoer tot stand is gekomen via bemiddeling van de SZVK Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 88 0 270 750.
- d. de kosten voor repatriëring tijdens varen, inzet, vliegen en oefenen in het buitenland worden vergoed door Defensie.

ARTIKEL 17 ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG

LID 1 ALGEMEEN

Verloskundige zorg is de zorg aan de (aanstaande) moeder en haar kind. De zorg wordt geleverd door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Het gaat zowel om de zorg die wordt gegeven vóór, tijdens en na de bevalling.

LID 2 PRECONCEPTIEZORG

Preconceptiezorg is het geheel aan maatregelen om de gezondheid van het aanstaande kind te bevorderen. Voor het beste effect moeten de (aanstaande) ouders deze maatregelen vóór de bevruchting naleven. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het gebruik van foliumzuur, gezonde voeding, en stoppen met roken, alcohol en drugs. De zorgverlener volgt voor het preconceptieconsult de multidisciplinaire richtlijn Preconceptie Indicatie Lijst.

LID 3 ECHOSCOPIE

Te vergoeden zorgkosten echo's

Onder de verloskundige zorg tijdens de zwangerschap vallen de volgende echo's:

- a. algemene termijnecho
- b. specifieke diagnose echo's:
 - biometrie echo: het beoordelen van de groei van het kind;
 - echo vanwege bloedverlies;
 - begeleidingsecho bij uitwendige versie;
 - liggingsecho: het bepalen van de hoofdligging van het kind;
 - echo lokalisatie placenta: vaststellen waar de placenta zich in de baarmoeder bevindt in het derde trimester van de zwangerschap na vorming van het onderste uterussegment;
 - vitaliteitsecho: vaststellen locatie en vitaliteit van de zwangerschap in het eerste trimester van de zwangerschap.
- c. echo ter controle van de ligging van een IUD (spiraaltje)

Voorwaarden

Algemeen

De specifieke diagnose echo's vinden uitsluitend plaats op medische indicatie.

Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

LID 4 ANTICONCEPTIE

Het plaatsen van een IUD (spiraaltje) of implantatiestaafje door een verloskundige

Te vergoeden zorgkosten bij het plaatsen van een IUD of implantatiestaafje

Wij vergoeden het consult door de verloskundige, het plaatsen van een IUD (spiraaltje)/implantatiestaafje door een verloskundige en de echo ter controle van de ligging van de IUD indien hier een medische indicatie voor bestaat.

Voorwaarden

Algemeen

Het plaatsen van een IUD (spiraaltje) of implantatiestaafje door een verloskundige wordt uitsluitend vergoed als verloskundige staat vermeld in het deelregister anticonceptie van het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Verwijzing

U heeft een recept nodig van uw verloskundige, (huis)arts of specialist als u het anticonceptiemiddel afhaalt bij de apotheek.

Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

LID 5 KRAAMPAKKET

Aanstaande moeders kunnen aanspraak maken op een verzorgd kraampakket. Wij verstrekken twee soorten kraampakketten, een voor als u de wens heeft thuis te bevallen en een voor als u de wens heeft in het

ziekenhuis te bevallen of wanneer u een medische indicatie heeft en in het ziekenhuis moet bevallen. Meer informatie over het aanvragen van het kraampakket vindt de deelnemer op www.szv.nl.

U kunt een kraampakket aanvragen vanaf de vierde maand van de zwangerschap. Het pakket wordt afgeleverd op een door de deelnemer gekozen adres in Nederland. Deelnemers, die verblijven op Aruba, Curaçao, St. Maarten en het niet-Europese deel van het Koninkrijk der Nederlanden (BES-eilanden) kunnen een kraampakket verkrijgen via de MGD in het Caribisch gebied. Verzending naar overige landen is niet mogelijk. Kraampakketten aangeschaft via andere instanties of via de detailhandel komen niet voor vergoeding in aanmerking.

LID 6 CURSUSSEN

Een tegemoetkoming voor vrouwelijke deelnemers voor de kosten voor het volgen van:

- het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap;
- cursussen die u voorbereiden op de bevalling;
- cursussen die het lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen, tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

De cursus moet worden gegeven door:

- een thuis- of kraamzorgorganisatie;
- een verloskundige(-praktijk);
- een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck aangesloten bij ZwangerFit®;
- een haptonoom die lid is van de Vereniging van Haptonomisch Zwangerschaps Begeleiders (www.vhzb.nl);
- Een yoga-docent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN);
- een gekwalificeerde zorgaanbieder die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Vereniging Samen Bevallen;
- een zorgaanbieder gekwalificeerd in hypnobirthing die is geregistreerd bij Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing Cursusleiders (NVHBC).

De zorgaanbieder moet ingeschreven staan bij de Kamer van Koophandel voor het aanbieden het geven van zwangerschaps- of bevallingscursussen. Tevens heeft de zorgaanbieder een website waarop de cursus wordt vermeld. Cursussen die voor of na de zwangerschap gestart zijn, worden niet vergoed.

De vergoeding voor cursussen bedraagt maximaal € 75,- per bevalling.

LID 7 BEVALLING

A. Bevalling en kraamzorg met medische noodzaak in een ziekenhuis of instelling
Wij vergoeden

- de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging in het ziekenhuis bij de bevalling. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.
- de kraamzorg (24 uur tot maximaal 80 uur) verdeeld over ten hoogste 6 weken te rekenen vanaf de dag van bevalling. De bepaling van het aantal uren is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en vindt plaats volgens de bepalingen in het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg. Indien u na de bevalling één of meer dagen heeft doorgebracht in een instelling, dan wordt dit verrekend met het aantal uren/dagen kraamzorg waar u recht op heeft. U heeft recht op vergoeding van deze zorg vanaf de dag van bevalling.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals (klinisch) verloskundigen en medisch specialisten die plegen te bieden.

Verwijzing

U heeft voor deze zorg een verwijzing nodig van de verloskundige of huisarts.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist of (klinisch) verloskundige.

Kraamzorg in ziekenhuis

Kraamzorg in een ziekenhuis kan alleen voorkomen, aansluitend aan een bevalling, of indien er alsnog een medische noodzaak voor verblijf ontstaat, aansluitend op de bevalling.

Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

B. Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of een instelling

Wij vergoeden:

- a. verloskundige zorg tijdens zwangerschap en bevalling;
- b. het gebruik van een verloskamer in een instelling voor geboortezorg;
- c. de assistentie van de kraamverzorgende (partusassistentie) die tijdens de bevalling wordt verleend. Deze assistentie moet conform het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg worden gegeven.
- d. de kraamzorg (24 uur tot maximaal 80 uur) verdeeld over ten hoogste 6 weken te rekenen vanaf de dag van bevalling. De bepaling van het aantal uren is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en vindt plaats volgens de bepalingen in het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg. Indien u na de bevalling één of meer dagen heeft doorgebracht in een instelling, dan wordt dit verrekend met het aantal uren/dagen kraamzorg waar u recht op heeft. U heeft recht op vergoeding van deze zorg vanaf de dag van bevalling.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals verloskundigen en kraamverzorgenden die plegen te bieden.

Zorgaanbieder

De verloskundige zorg wordt verleend door een verloskundige of huisarts. De partusassistentie en kraamzorg wordt verleend door een kraamverzorgende die in dienst is van een geboortecentrum (instelling), kraamcentrum of werkzaam is als zelfstandige. De kraamverzorgende werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg en is ingeschreven in het kwaliteitsregister kraamverzorgenden van het Kenniscentrum.

Uitsluitingen

Materiaalkosten, logieskosten, maaltijdkosten en gastovernachtingen worden niet vergoed.

Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

C. Bevalling en kraamzorg thuis

Wij vergoeden:

- a. de verloskundige zorg tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed;
- b. de assistentie bij de bevalling (partusassistentie) tot maximaal twee uur na de volledige bevalling inclusief de (na)geboorte van de placenta (moederkoek);
- c. de kraamzorg (24 uur tot maximaal 80 uur) verdeeld over ten hoogste 6 weken te rekenen vanaf de dag van bevalling. De bepaling van het aantal uren is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en vindt plaats volgens de bepalingen in het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg. Indien u na de bevalling één of meer dagen heeft doorgebracht in een instelling, dan wordt dit verrekend met het aantal uren/dagen kraamzorg waar u recht op heeft. U heeft recht op vergoeding van deze zorg vanaf de dag van bevalling.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals verloskundigen en kraamverzorgenden die plegen te bieden.

Zorgaanbieder

De verloskundige zorg wordt verleend door een verloskundige of huisarts. De kraamzorg wordt verleend door een kraamverzorgende die in dienst is van een kraamcentrum of werkzaam is als zelfstandige. In beide gevallen werkt de kraamverzorgende volgens het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg en is de kraamverzorgende ingeschreven in het kwaliteitsregister kraamverzorgenden van het Kenniscentrum.

Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

LID 8 UITGESTELDE KRAAMZORG

Vergoeding van maximaal 9 uur kraamzorg thuis door een gecontracteerde kraamzorginstelling, direct aansluitend op een bevalling en verblijf op medische indicatie in het ziekenhuis van minimaal 10 dagen. Vergoeding is alleen mogelijk met een verwijfsbrief van de behandelend arts. Voor uitgestelde kraamzorg dient vooraf toestemming gevraagd te worden aan de SZVK.

Meer informatie over extra kraamzorg en de voorwaarden vindt de deelnemer op www.szv.nl.

LID 9 HULP BIJ BORSTVOEDING

Lactatiekundig consult door een lactatiekundige voor de moeder bij problemen met borstvoeding. De vergoeding bedraagt maximaal € 100,- per bevalling.

LID 10 ELEKTRISCHE BORSTKOLF

Een tegemoetkoming in de kosten van de huur of aanschaf van een (elektrische) borstkolf en bijbehorende accessoires voor vrouwelijke deelnemers. De vergoeding bedraagt eenmalig maximaal € 80,- voor de gehele duur van de verzekering.

ARTIKEL 18 HULPMIDDELEN

LID 1 TE VERGOEDEN KOSTEN

De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen worden vergoed overeenkomstig de Regeling zorgverzekering en het door de SZVK vastgestelde [Reglement hulpmiddelen SZVK](#). In het Reglement hulpmiddelen SZVK is opgenomen welke leverancier het hulpmiddel of het verbandmiddel mag leveren en of het hulpmiddel of verbandmiddel in eigendom of bruikleen wordt verstrekt. Tevens zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Dit reglement maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en, is te vinden op www.szvk.nl. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de SZVK. De genoemde gebruiksstermijn van het desbetreffende hulpmiddel en de maximum te leveren aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kan hiervan worden afgeweken. De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn voor rekening van de deelnemer, tenzij in de Regeling zorgverzekering, het Reglement hulpmiddelen SZVK en/of deze verzekeringsvoorwaarden anders bepaald. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen, met uitzondering van de batterijen van hoortoestellen.

LID 2 MACHTIGING

Daar waar de SZVK dit heeft aangegeven in het [Reglement hulpmiddelen SZVK](#), is voor aanschaf, vervanging, herstel of bruikleen van het desbetreffende hulpmiddel, voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Indien de deelnemer een hulpmiddel nodig heeft dat (nog) niet in het Reglement hulpmiddelen SZVK is opgenomen, kan de deelnemer een aanvraag bij de SZVK indienen.

Voor vergoeding van hulpmiddelen bij plaatsing in het buitenland dient de deelnemer vooraf toestemming te vragen bij de SZVK.

LID 3 HUUR VAN MEDISCHE APPARATUUR

Huur van medische apparatuur komt voor maximaal drie maanden per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking. Alleen de huurkosten van de apparatuur, waarvoor de SZVK vooraf een machtiging heeft verleend, worden vergoed. Niet vergoed worden de kosten van aankoop van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen.

ARTIKEL 19 AUDIOLOGISCHE ZORG

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

De kosten van zorg door een daartoe bevoegde overheidsinstantie toegelaten audiologisch centrum worden vergoed op verwijzing van een arts. De zorg moet worden verleend door een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist.

LID 2 VOORWAARDEN

Verwijskaart en verwijsbrief

Voor audiologische zorg dient u zich altijd eerst te wenden tot de MGD. Alleen met een verwijskaart van de MGD kunt u naar een civiele zorgaanbieder. Verder heeft u een verwijzing nodig van een keel-, neus- en oorarts of een klinisch fysicus audioloog.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een instelling voor medisch-specialistische zorg of een audiologisch centrum. Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

ARTIKEL 20 VOETZORG

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN BIJ DIABETES MELLITUS, VERHOOGD RISICO EN REUMA

Vergoed wordt voetzorg voor verzekerden, zoals omschreven in het standpunt van het Zorginstituut Nederland: 'Standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus' en 'Notitie verduidelijking standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus'.

Preventieve voetzorg

Het gaat daarbij om het leveren van preventieve voetzorg aan patiënten met een verhoogd risico op voetulcera vanwege verlies van protectieve sensibiliteit van de voeten, verminderde doorbloeding van de voeten, verhoogde druk op de huid mogelijk in combinatie met een kwetsbare huid als gevolg van een medische aandoening of een medische behandeling.

Daarnaast kan preventieve voetzorg worden geleverd aan patiënten met een verhoogd risico op voetulcera vanwege een voetulcus of amputatie in de voorgeschiedenis, een inactieve Charcotvoet, eindstadium nierfalen of nierdialyse. De behandelingen worden als totaalpakket aan werkzaamheden vergoed.

Alleen de handelingen die door het Zorginstituut Nederland zijn aangeduid als geneeskundige zorg komen voor vergoeding in aanmerking.

Voor de beoordeling of iemand met verhoogde risicovoeten mogelijk wonden krijgt, worden alleen de kosten van het jaarlijks gericht voetonderzoek vergoed. Bij hoge en zeer hoge risicovoeten wordt alle zorg die is vastgelegd in het individuele behandelplan vergoed. Daarnaast volledige vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke behandeling door de pedicure voor de deelnemer met diabetes mellitus of reumatoïde artritis.

Pedicure

De pedicurebehandeling dient te worden verleend door een medisch pedicure. Voor pedicurebehandeling voor diabetes en reumapatiënten is een verwijskaart van de behandelend medisch specialist of arts vereist.

LID 2 VOORWAARDEN

Het risico van de voet moet zijn vastgesteld door huisarts, medisch-specialist of specialist ouderengeneeskunde. Het risico van de voet moet duidelijk omschreven zijn op de nota.

Verwijskaart en verwijsbrief

Voor voetzorg dient u zich te wenden tot de MGD. Alleen met een verwijskaart mag u voor voetzorg gebruik maken van een civiele zorgverlener. Naast een verwijskaart heeft u een verwijsbrief nodig van een militair arts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde.

LID 3 ZORGAANBIEDER

- a. De beoordeling of iemand met verhoogde risicovoeten voetulcera kan krijgen wordt gedaan door een medisch pedicure, pedicure met aantekening diabetische voet, podotherapeut of registerpodoloog.

- b. De zorg voor hoge en zeer hoge risicovoeten wordt verleend door een podotherapeut of registerpodoloog die de zorg in onderaannemerschap kan delegeren aan een medisch pedicure of pedicure met aantekening diabetische voet. De podotherapeut of registerpodoloog declareert de zorg als hoofdaannemer van de zorg
- c. Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

LID 4 PODOTHERAPIE ALGEMEEN, STEUNZOLEN, BRACES EN ORTHESEN

Voor algemene podotherapie, steunzolen, braces en orthesen dient u zich primair te wenden tot Orthopedie Techniek Aardenburg (OTA). Alleen als OTA deze zorg niet kan leveren en/of de deelnemer doorverwijst, kan de deelnemer zich op aangeven van de OTA vervoegen bij een civiele zorgaanbieder. Hiervoor is een verwijfskaart van de OTA vereist. Hulpmiddelen dienen te worden verstrekt door de OTA, of op verwijfzing van de OTA. Zie voor meer informatie het [Hulpmiddelenreglement](#).

ARTIKEL 21 HUIDBEHANDELINGEN

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Voor behandelingen in het gezicht wordt een tegemoetkoming of vergoeding gegeven tot:

- a. € 275,- per kalenderjaar voor elektrische ontharing in geval van abnormale, ernstige ontsierende haargroei in het gelaat. De kosten van verwijdering van overmatige beharing elders op het lichaam komen niet voor een tegemoetkoming in aanmerking. De behandeling dient te worden verricht door een door de SZVK voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder.
- b. 90% van de kosten tot ten hoogste € 160,- per kalenderjaar voor zogeheten camouflagetherapie (inclusief de daarbij behorende cosmetica) in geval van ontsieringen in het gezicht als gevolg van littekens, pigmentverschuivingen (vitiligo), wijnvlekken (haemangiomen) of huidvertekeningen bij lupus erythematoïdes discoides (LED).
- c. 90% van de kosten van een acnebehandeling bij ernstige vormen van acne tot een maximum van € 20,- per behandeling. Per kalenderjaar wordt in maximaal 15 behandelingen tegemoetgekomen. De behandeling dient te worden verricht door een door de SZVK voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder.

LID 2 VOORWAARDEN

Voor huidbehandelingen dient u zich eerst te wenden tot de MGD. Uitsluitend met een verwijfskaart kunt u gebruik maken van een civiele zorgaanbieder. De aangewezen zorgaanbieders zijn te vinden in de Zorgzoeker op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: 088 - 0 270 700.

ARTIKEL 22 ORTHOPTISCHE BEHANDELINGEN DOOR EEN ORTHOPTIST

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Het onderzoek en de behandeling door een orthoptist worden voor 100% vergoed.

LID 2 VOORWAARDEN

Het onderzoek en behandeling dienen voorgeschreven te worden door een arts. U dient zich altijd eerst te wenden tot de MGD. Uitsluitend met een verwijfskaart kunt u gebruik maken van een civiele zorgaanbieder.

ARTIKEL 23 FLEBOLOGISCHE BEHANDELING

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Volledige vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke flebologische behandeling door een arts. Genees- en verbandmiddelen via de apotheek betrokken, worden vergoed zoals vermeld in Artikel 7 en Artikel 8.

LID 2 VOORWAARDEN

U dient zich altijd eerst te wenden tot de MGD. Uitsluitend met een verwijskaart kunt u gebruik maken van een civiele zorgaanbieder. Naast een verwijskaart dient u ook een verwijsbrief te hebben van de militaire arts.

ARTIKEL 24 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

LID 1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG IN EEN ZIEKENHUIS OF ZELFSTANDIG BEHANDELCENTRUM

Vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. De zorg wordt verleend door een medisch-specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de desbetreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig-specialist of physician assistant (PA).

Onder medisch-specialistische zorg is ook begrepen:

- Second opinion door een medisch-specialist. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van de deelnemer zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. De deelnemer moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- Medisch noodzakelijke circumcisie.

LID 2 VOORWAARDEN

De volgende bepalingen gelden:

- a. De deelnemer is voor medisch-specialistische zorg in eerste instantie aangewezen op het Centraal Militair Hospitaal (CMH). Als het CMH de deelnemer doorverwijst voor een behandeling zoals onderstaand vermeld, vindt de deelnemer de door de SZVK op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg gecontracteerde zorgaanbieders in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders in de Zorgzoeker op www.szvk.nl. Dit betekent dat de SZVK bepaalde medisch-specialistische zorg alleen inkoopt bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria;
- b. Bij eventuele civiele verwijzing is naast een verwijsbrief voor de civiele zorgverlener een verwijskaart voor SZVK noodzakelijk, verstuurd door de verwijzer van de MGD
- c. Indien er sprake is van een onacceptabele wachttijd voor medisch-specialistische zorg kan voor wachttijstbemiddeling contact opgenomen worden via telefoonnummer 088 - 0 270 700;
- d. Voor een aantal medisch-specialistische behandelingen is voorafgaande schriftelijke toestemming van de SZVK vereist. Deze behandelingen staan op de Limitatieve Lijst Machtigingen MSZ. De lijst is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: 088 - 0 270 700.

LID 3 BEHANDELING VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslachte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, danwel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 1. lip-, kaak- of gehemeltespelen;
 2. misvorming van het benig aangezicht;
 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- f. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde genderincongruentie;

Voorafgaand aan de behandeling is een machtiging van de SZVK vereist.

LID 4 VOORWAARDELIJK TOEGELATEN ZORG

De minister van VWS kan zorg die nog niet bewezen effectief is tijdelijk toelaten tot het pakket. De minister stelt daaraan de voorwaarde dat in de periode van de tijdelijke toelating de onderzoekers gegevens verzamelen over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van de zorg. In de laatste 6 maanden van de periode van tijdelijke toelating gebruikt het Zorginstituut die gegevens om vast te stellen of de betreffende zorg definitief onderdeel is van het pakket. Tijdens de periode van voorwaardelijke toelating gelden er wel voorwaarden voor het krijgen van deze zorg. Op de site van Zorginstituut Nederland (www.zorginstituutnederland.nl) vindt u een actueel overzicht van de voorwaardelijk toegelaten zorg.

LID 5 DIALYSE

Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van dialyse verleend in een dialysecentrum, ziekenhuis of ten huize van de deelnemer.

Dialyse dient te worden verricht in overleg met en onder verantwoordelijkheid van een daartoe opgeleide medisch-specialist in een dialysecentrum, een ziekenhuis of bij de deelnemer thuis. Voor meer informatie kan de deelnemer www.szvk.nl raadplegen.

LID 6 TRANSPLANTATIES

De kosten van transplantatie van weefsels en organen verricht door een medisch-specialist in een ziekenhuis uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie, EER-lidstaat of het land van plaatsing. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land dan voornoemd, heeft de deelnemer alleen recht op deze zorg als de donor de echtgenoot, geregistreerd partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont. De geneeskundige zorg omvat tevens de vergoeding van specialistische geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor, specialistische geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van transplantatiemateriaal bij de gekozen donor en het onderzoek, de preserving, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na schriftelijke toestemming vooraf door de SZVK. Vergoed worden tevens de kosten van verpleging en behandeling van de donor. Een

donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de desbetreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Verder komen voor vergoeding in aanmerking:

- het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland;
- indien medisch noodzakelijk: vervoer per auto binnen Nederland in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis;
- het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een deelnemer in Nederland;
- overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland.

De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten worden niet vergoed. Als de donor een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft afgesloten, komen de kosten van vervoer van de donor, zoals hiervoor vermeld, voor rekening van de zorgverzekering van de donor. Als de donor geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft afgesloten, komen de kosten van vervoer van de donor, zoals hiervoor vermeld, voor rekening van de SZVK ziektekostenverzekering.

LID 7 MECHANISCHE BEADEMING

De kosten verband houdend met noodzakelijke mechanische beademing, en de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging op voorschrift van een medisch specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de deelnemer. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de deelnemer bestaat aanspraak op:

- a. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de deelnemer gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- b. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

LID 8 MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE

De deelnemer is voor medisch-specialistische revalidatie zorg in eerste instantie aangewezen op het Militair Revalidatie Centrum (MRC). Wanneer de revalidatiearts van het MRC de deelnemer doorverwijst voor een behandeling zoals onderstaand vermeld, vindt de deelnemer de door de SZVK op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg gecontracteerde zorgaanbieders in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders in de Zorgzoeker op www.szvk.nl. Dit betekent dat de SZVK bepaalde medisch-specialistische revalidatie zorg alleen inkoopt bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Vergoed worden de kosten van medisch specialistische revalidatie. Hierop bestaat aanspraak indien er sprake is van een indicatie vastgesteld door een revalidatiearts.

Er is een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie als de revalidatiearts heeft vastgesteld dat er door ziekte of een aandoening sprake is van complexe met elkaar samenhangende problemen met functies zoals motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag. Hierdoor worden activiteiten zoals zelfverzorging, zich verplaatsen denken, handelen en/of communiceren belemmerd. De deelnemer is hierdoor niet (meer) in staat om de door hem gewenste sociaal maatschappelijke rol te vervullen.

Bovengenoemde problemen worden veroorzaakt door aangeboren of verworven ziekten en/of aandoeningen in het houdings- en bewegingsapparaat, het centrale en/of perifere zenuwstelsel, orgaanproblematiek of een combinatie hiervan.

De interdisciplinair medisch specialistische revalidatie dient de meest doelmatige behandeling te zijn om deze belemmeringen of beperkingen te voorkomen, verminderen of overwinnen.

De deelnemer is in staat om te leren, te trainen en actief deel te nemen aan de revalidatiebehandeling (of zal dat binnen afzienbare termijn zijn).

Er is een specifieke indicatie voor klinische behandeling als:

- door de medische situatie van de deelnemer, door complexe problematiek en/of door de noodzakelijke intensiteit van de verpleging en/of behandeling verblijf in de thuissituatie (nog) niet mogelijk is; of
- verwacht kan worden dat klinische revalidatiebehandeling tot betere of snellere resultaten leidt dan poliklinische revalidatiebehandeling en/of dagelijkse verplaatsing onevenredige belasting tot gevolg heeft waardoor effectieve behandeling niet goed mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook behandeling in het MRC in het kader van:

- de militaire arbeidsrevalidatiebehandeling, welke gericht is op het duurzaam inzetbaar krijgen van de deelnemer met (dreigend) arbeidsverzuim.
- oncologische revalidatie gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie. Bij oncologische revalidatie gaat het om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, het herstel, de conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie richt zich op alle fasen waarin de deelnemer zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).
- hartrevalidatie indien cardiaal niet-complex (voorheen level 1 hartrevalidatie).

LID 9 GERIATRISCHE REVALIDATIE

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geriatrische revalidatie. De deelnemer heeft recht op maximaal 6 maanden geriatrische revalidatie. U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen voor een behandeling die langer duurt dan zes maanden. De deelnemer heeft alleen recht op deze zorg als:

- a. er een verwijzing is van de medisch specialist van het ziekenhuis waar u voorafgaand aan de geriatrische revalidatie opgenomen was. Wanneer sprake is van een opname vanuit de thuissituatie, moet er voorafgaand aan de start van de geriatrische revalidatie een geriatrisch assessment worden afgenomen door een geriater of specialist ouderengeneeskunde;
- b. en de deelnemer vóór de opname in het ziekenhuis niet in een Wlz-instelling voor samenhangende zorg verbleef waarbij behandelingen zijn uitgevoerd die zijn bekostigd op grond van de Wet langdurige zorg; en
- c. geriatrische revalidatie wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

LID 10 BEHANDELINGEN IN VERBAND MET GENDERINCONGRUENTIE

Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de volgende behandelingen:

- a. inwendige geslachtsveranderende operaties bij vastgestelde genderincongruentie;
- b. plastisch-chirurgische correctie van primaire uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie;
- c. plastisch-chirurgische correctie van secundaire uiterlijke geslachtskenmerken indien die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken of indien er sprake is van een verminking;
- d. psychische ondersteuning bij genderidentiteitsproblematiek als onderdeel van het multidisciplinaire behandelingstraject;

- e. epilatie (ontharing) die door huidtherapeuten wordt verricht indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- f. aangezichtschirurgie, adamsappelreductie en stemverhogende operatie bij man-vrouw transgender personen indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- g. uitwendige penisprothese tijdens de real-life-experience;
- h. foniatrie en logopedie;
- i. borstprothesen bij volledige afwezigheid van borstweefsel.

Passabiliteitsprobleem

Er is sprake van passabiliteitsproblemen als een transgender persoon niet als het ervaren gender wordt herkend. Hierdoor kunnen andere mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of vreemd of niet respectvol reageren. Duidelijk moet zijn welke onderdelen in het uiterlijk het passabiliteitsprobleem veroorzaken en hoe chirurgische correctie hiervan het passabiliteitsprobleem opheft. Voor ontharing van het gelaat geldt dat er sprake is van een passabiliteitsprobleem indien er ondanks scheren binnen 24 uur en camouflagemiddelen een nog altijd aanwezig mannelijk gelaat is door de baardtekening.

Uitsluitingen

De volgende behandelingen in verband met genderincongruentie worden niet vergoed:

- a. Epilatie van borst en ledematen;
- b. Contourcorrectie van borstkast en heupen;
- c. Uitwendige penisprothese na de real-life-experience;
- d. Psychosociale hulp die niet voldoet aan de psychische ondersteuning zoals genoemd in lid 10.1 onder d van dit Artikel.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgender personen van de World Professional Association for Transgender Health en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van genderincongruentie. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten). Voor behandelingen in verband met genderincongruentie is vooraf toestemming van de SZVK nodig.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist of gecertificeerd huidtherapeut.

LID 11 REFRACIELASER

Oogheelkundige behandeling op functionele indicatie vereist voorafgaande machtiging door de SZVK.

De kosten van refractielaser worden volledig vergoed indien, op aangeven van de verantwoordelijk militair arts (VMA) en ondersteund door een positief advies van de oogarts van het CMH, blijkt dat er sprake is van een functionele indicatie (zie [Reglement functionele indicatie SZVK](#)). Na de behandeling dient een beoordeling van de eindtoestand van de ingreep door de oogarts van het CMH plaats te vinden. De behandeling dient plaats te vinden door een door de SZVK voor deze zorg gecontracteerde zorgaanbieder. Zie voor te hanteren procedure de interne defensieregelgeving Instructie MGA/070 'Functionele indicatie contactlenzen en refractiechirurgie'.

LID 12 STERILISATIE

De ingreep tot sterilisatie wordt vergoed.

LID 13 IN VITRO FERTILISATIE (IVF)

Vergoeding van de kosten van in vitro fertilisatie (IVF) tot maximaal vijf behandelingen per te realiseren zwangerschap conform de aanspraak voor medisch-specialistische zorg als:

- er sprake is van een onder beroepsgenoten gebruikelijke medische indicatie;
- de behandeling plaatsvindt in één van de daarvoor aangewezen ziekenhuizen;
- de vrouwelijke deelnemer 42 jaar of jonger is;

De bij de behandeling noodzakelijke geneesmiddelen worden vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg.

De vrouwelijke deelnemer jonger dan 38 jaar heeft alleen recht op vergoeding van de eerste en de tweede IVF-poging als er één embryo wordt teruggeplaatst. Een deelnemer bij wie een IVF-poging is aangevangen, heeft recht op afronding van die poging na de 43e verjaardag. Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken, gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste negen weken en drie dagen na de implantatie. Een doorgaande zwangerschap kan ook spontaan ontstaan en hiervoor geldt een termijn van 12 weken, gerekend na de eerste dag van de laatste menstruatie. Indien opnieuw een kindrewens bestaat en er sprake is van subfertiliteit, ontstaat opnieuw recht op vijf IVF-pogingen.

Een IVF-poging wordt geacht te zijn begonnen wanneer:

- de geneesmiddelen zijn toegediend (fase a) en/of;
- een follikelpunctie heeft plaatsgevonden in de natuurlijke cyclus (fase b).

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen, die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's, die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog meer embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, heeft de deelnemer recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van Artikel 30.

LID 14 OVERIGE FERTILITEITSBEVORDERENDE BEHANDELINGEN

Aanspraak op geneeskundige zorg als bedoeld in Artikel 4 (Medisch-specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheidbevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen verleend door een gynaecoloog of een uroloog. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra-uteriene inseminatie. Als de vrouwelijke deelnemer 43 jaar of ouder is, bestaat geen aanspraak op fertiliteitsbevorderende behandelingen. Er is een verwijfsbrief noodzakelijk van de huisarts of medisch-specialist.

ARTIKEL 25 ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. De zorg omvat:

- a. het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- b. de erfelijkheidsadvisering;
- c. de psychosociale begeleiding die verband houdt met deze zorg;
- d. onderzoek bij andere personen dan bij u als dit voor het advies aan u noodzakelijk is.

De kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmerg- preparaten verleend door een instelling met een vergunning, op grond van Artikel 2. van de Wet op bijzondere medische verrichtingen, met een verwijsbrief en verwijskaart van de militair arts of medisch-specialist, worden vergoed. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultra- geluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een deelnemer kan tevens onderzoek plaats- vinden bij andere personen dan de deelnemer; aan hen kan dan eveneens advisering plaatsvinden. De kosten van laatstgenoemde onderzoeken komen voor rekening (van de verzekeraars) van de onderzochte andere personen.

LID 2 VOORWAARDEN

Verwijsbrief en verwijskaart

U heeft een verwijsbrief nodig van een militaire arts of medisch specialist. Daarnaast dient u zich eerst te wenden tot de MGD voor een verwijskaart.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een klinisch geneticus die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen en die is verbonden aan een klinisch genetisch centrum.

ARTIKEL 26 GGZ

LID 1 CURATIEVE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ) ALGEMEEN

GGZ settingen

Curatieve GGZ wordt in verschillende vormen geleverd. Dit worden 'settingen' genoemd. De Curatieve GGZ moet binnen één van de onderstaande settingen worden geleverd:

- a. Setting 1: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg is geleverd door een vrijgevestigde zorgaanbieder conform kwaliteitsstatuut sectie II.
- b. Setting 2: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg monodisciplinair is geleverd in een instelling conform kwaliteitsstatuut sectie III.
- c. Setting 3: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg multidisciplinair (door meer dan twee verschillende soorten behandelaren) is geleverd in een instelling conform kwaliteitsstatuut sectie III.
- d. Setting 4: zorgverlening die wordt gekwalificeerd als 'Outreaching'. Dit houdt in dat de zorgverlening plaatsvindt buiten de instelling en door een multidisciplinair team wordt geleverd.

- e. Setting 5: Klinische setting (behandeling met verblijf).
- f. Setting 6: Klinische setting (behandeling met verblijf) waarin in een instelling forensische en beveiligde zorg wordt geleverd.
- g. Setting 7: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarin forensische en beveiligde zorg wordt geleverd.
- h. Setting 8: setting waarin hoogspecialistische multidisciplinaire zorg wordt geleverd. Dit kan zowel ambulant (zonder verblijf) als klinisch (met verblijf) plaatsvinden. Deze zorg kan uitsluitend worden gedeclareerd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

Voor iedere setting geldt dat er alleen aanspraak op vergoeding bestaat als er een medische noodzaak is voor behandeling in de desbetreffende setting. Op basis van de zorgvraag wordt de setting bepaald. Het genoemde kwaliteitsstatuut betreft door de beroepsgroep vastgestelde normen.

De noodzaak voor een bepaalde setting kan gedurende de behandeling wijzigen. Het is derhalve mogelijk dat gedurende de gehele behandeling de behandeling in opvolgend meerdere settings plaatsvindt.

LID 2 VOORWAARDEN

Verwijzing

De deelnemer moet zich in eerste instantie wenden tot de MGD/MGGZ. Behandeling bij een civiele instantie wordt alleen vergoed op basis van een verwijfsbrief vanuit de MGD naar de civiele zorgverlener en een verwijfskaart naar de SZVK. Dit geldt niet voor crisiszorg. Dan is nadien wel een verwijfskaart van de MGD nodig, ook voor de eventuele civiele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is. Indien de deelnemer GGZ ontving op basis van de Jeugdwet en er nog geen verwijfsbrief en verwijfskaart is vanuit de MGD, dan heeft de deelnemer deze alsnog nodig.

Voorwaarden voor de verwijzing:

- a. de verwijzing is gedateerd;
- b. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- c. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
- d. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- e. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- f. uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van een vermoeden op een stoornis die genoemd staat in het vigerende DSM;
- g. de verwijzing is een gerichte verwijzing naar Curatieve GGZ;
- h. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd.

Kwaliteitsstatuut

De zorgaanbieder beschikt over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de voorwaarden die de beroepsgroep daaraan heeft gesteld en werkt aantoonbaar conform dit kwaliteitsstatuut.

Overgangsregelingen

Indien de deelnemer een geldige verwijzing heeft van ten minste na 1 april 2021 voor zorg die voorheen in de generalistische basis GGZ of specialistische GGZ zou vallen, dan heeft de deelnemer recht op vergoeding van de zorg zoals in dit Artikel is omschreven.

Indien de deelnemer in het jaar waarin deze verzekeringsvoorwaarden van kracht zijn, 18 jaar wordt en op dat moment zorg ontvangt van een orthopedagoog-generalist, aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), of een zorgaanbieder die als kinder- en jeugdpsycholoog die is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), dan mogen deze zorgaanbieders de zorg als regiebehandelaar blijven verlenen voor de duur van maximaal 365 dagen, te rekenen met ingang van de dag dat de deelnemer 18 jaar is geworden.

Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) is voorliggend op de vergoeding vanuit de zorgverzekering. Indien tijdens de behandeling blijkt dat de behandeling in aanmerking kan komen voor bekostiging op grond van de Wlz zal de zorg niet meer vergoed worden op basis van de ziektekostenverzekering. Zie tevens artikel 35.

Interventies

De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De interventies die hieraan voldoen zijn opgenomen in de Lijst therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en niet voldoen en in welke situaties ze mogen worden toegepast. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: 088 - 0 270 700.

LID 3 CURATIEVE GGZ ZONDER VERBLIJF

Te vergoeden ziektekosten: SETTING 1, 2, 3, 8

Curatieve GGZ zonder verblijf in setting 1, 2, 3, en 8 betreft zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, of op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Zorg geleverd binnen een vrijgevestigde praktijk (kwaliteitsstatuut sectie II) valt uitsluitend in setting 1.

Voorwaarden: SETTING 1, 2, 3, 8

Zorgaanbieder curatieve GGZ zonder verblijf

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder of GGZ-instelling die conform de Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa) zorg mag verlenen.

Voor laagcomplexe ggz kunnen in een vrijgevestigde praktijk de volgende beroepen als regiebehandelaar optreden: GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch (neuro)psycholoog.

Voor hoogcomplexe ggz kunnen in een vrijgevestigde praktijk de volgende beroepen optreden als regiebehandelaar: psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog en psychiater.

Voor laagcomplexe ggz kunnen de volgende beroepen in een GGZ-instelling als regiebehandelaar optreden: GZ-psycholoog, klinisch psycholoog/ klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist ggz, specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (indien dementie de hoofddiagnose is) en verslavingsarts (indien verslaving de hoofddiagnose is).

Voor hoogcomplexe ggz kunnen in een GGZ-instelling afhankelijk van de behandelsetting de volgende beroepen optreden als regiebehandelaar: psychiater, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist ggz, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts KNMG (indien verslaving de hoofddiagnose is), klinisch neuropsycholoog en klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde (indien dementie de hoofddiagnose is).

Bij hoogcomplexere ggz moet een psychiater en/of klinisch psycholoog vaststellen dat de zorg medisch noodzakelijk is en moet een psychiater en/of klinisch psycholoog aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken zijn bij zowel de diagnostiek als bij cruciale momenten tijdens de behandeling. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier en relateren aan de complexiteit van de behandeling. Bij zowel laagcomplexere als hoogcomplexere ggz dient de regiebehandelaar aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken te zijn bij zowel de diagnosestelling als de behandeling.

Voor directe betrokkenheid is vereist dat er minimaal sprake moet zijn van een persoonlijk contact tussen de regiebehandelaar en de verzekerde. Onder rechtstreekse betrokkenheid verstaan wij in ieder geval niet betrokkenheid door middel van uitsluitend MDO's (multidisciplinaire overleggen).

Begeleidende disciplines

Medewerkers met een beroep zonder zelfstandige behandelbevoegdheid zijn ondersteunend aan de behandeling en verlenen niet het merendeel van de zorg binnen een behandeltraject. Wij noemen dit begeleidende disciplines. Wij bedoelen daarmee de 'overige beroepen' zoals bedoeld in de NZa-beleidsregels, waaronder (maar niet uitsluitend): agogische beroepen, vaktherapeuten, somatische zorgverleners (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten), activiteitenbegeleiders, ervaringsdeskundigen. De mate van inzet van begeleidende disciplines moet relateren aan de complexiteit van de behandeling.

Machtigingsvereiste bij niet gecontracteerde zorg

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat voor een behandeling met rTMS, ECT of Spravato, moet u daar vooraf van de SZVK een machtiging voor hebben ontvangen. Voor zorg te leveren door gecontracteerde zorgaanbieders geldt geen machtigingsvereiste.

Er is alleen vergoeding mogelijk voor rTMS bij de behandeling van een therapieresistente depressie in combinatie met cognitieve gedragstherapie tijdens de duur van het behandeltraject. Uit de aanvraag moet voldoende blijken dat aan de indicatiecriteria wordt voldaan. Daarnaast moet beschreven worden hoe en door wie de cognitieve gedragstherapie wordt geleverd. Indicatiecriteria voor rTMS bij een therapieresistente depressie zijn:

- a. Patiënten met een therapieresistente depressie. Therapieresistentie is hierbij als volgt gedefinieerd: Het betreft patiënten met een depressie die voldoende lang behandeld zijn met twee evidence based therapieën. Deze therapieën kunnen bestaan uit twee evidence based farmacologische behandelingen of twee evidence based psychotherapieën of één evidence based farmacologische behandeling en één evidence based psychotherapie. Uitvragen van therapieresistentie gebeurt bij voorkeur aan de hand van de DM-TRD (met name de vragen over psychotherapie en medicatie).
- b. Patiënten die met rTMS zijn behandeld voor een therapieresistente depressie, die een recidief depressie krijgen na het staken van de rTMS.

Indien u onder behandeling bent bij een niet-gecontracteerde aanbieder en geïndiceerd bent voor een behandeling met ECT gelden de volgende voorwaarden:

- a. er dient een geldige verwijzing te zijn van de behandelend specialist;
- b. de verwijzing is gedateerd;
- c. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- d. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
- e. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- f. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- g. de reden van verwijzing dient te voldoen aan de inclusiecriteria zoals geformuleerd in de Richtlijn Electroconvulsietherapie 2010 van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie;

- h. de behandeling vindt plaats bij een aanbieder die een overeenkomst heeft met SZVK voor ECT;
 - i. de behandeling vindt plaats conform de Richtlijn Electroconvulsietherapie 2010 van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, en
 - j. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd.
- Indien u onder behandeling bent bij een niet-gecontracteerde aanbieder en geïndiceerd bent voor een behandeling met Spravato gelden de volgende voorwaarden:
- a. er dient een geldige verwijzing te zijn van de behandelend specialist;
 - b. de verwijzing is gedateerd;
 - c. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
 - d. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
 - e. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
 - f. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
 - g. de indicatie op de verwijzing moet voldoen aan het volgende criterium:
 - het betreft een behandeling in stap 4 van het behandelprotocol,
 - en er is sprake van non-respons op tenminste drie achtereenvolgende medicamenteuze behandelstappen met antidepressiva inclusief één augmentatiestap.
 - h. de behandeling vindt alleen plaats in specialistische centra die voldoen aan de criteria die daarvoor zijn opgesteld door de NVvP
 - i. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd. Een toeslag voor Spravato en ECT is alleen mogelijk bij gecontracteerde zorgaanbieders.

Uitsluitingen curatieve GGZ

Het volgende komt in geen van de settingen voor vergoeding in aanmerking:

- a. zorg bij leerstoornissen;
- b. zelfhulp;
- c. preventie en dienstverlening;
- d. intelligentieonderzoek;
- e. psychiatrische behandeling bij verzekerden met een Wlz-indicatie met een psychische grondslag en er sprake is van de Wlz-leveringsvorm verblijf met behandeling;
- f. psychiatrische behandeling bij verzekerden met een Wlz-indicatie zonder een psychische grondslag en de behandeling deel uitmaakt van de Wlz-zorg waarbij de verzekerde verblijft in de Wlz-instelling en deze zorg niet los kan worden gezien van de Wlz-behandeling van de andere stoornissen.

LID 4 OUTREACHENDE CURATIEVE GGZ

Te vergoeden ziektekosten: setting 4

De setting Outreachend (setting 4) omvat Curatieve GGZ die overwegend plaatsvindt op een locatie buiten de GGZ-instelling. Voorbeelden van locaties zijn thuis bij de verzekerde of op de werkplek van de verzekerde. Voorbeelden van outreachende zorg zijn FACT (Flexible Assertive Community Treatment) en IHT (intensive hometreatment).

Curatieve GGZ in de setting outreachende (setting 4) betreft zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt en waarbij de zorgverlening overwegend plaatsvindt op een locatie buiten de GGZ-instelling. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, of op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

De setting outreachend geldt voor wijkgerichte zorg die wordt geleverd door een multidisciplinair team. De zorg in de setting outreachend is flexibel georganiseerd, in locaties en in intensiteit. Het betreft vaak onplanbare zorg. De zorg is patiënt-volgend in tijdstippen en er is beschikbaarheid van zorg geregeld buiten kantoortijden. Er is aantoonbaar nauwe samenwerking en goede afstemming met de crisisdienst, huisarts, familie of andere naasten, en andere hulpverleners of ketenpartners die van belang zijn voor een individuele patiënt. Indien nodig wordt de zorg op proactieve wijze geleverd als de patiënt (tijdelijk) zorgmijdt en diens psychische toestand dat rechtvaardigt.

Voorwaarden : SETTING 4

Zorgaanbieder Outreachende Curatieve GGZ

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder of GGZ-instelling die conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) zorg mag verlenen.

Vanuit een GGZ-instelling afhankelijk van de behandelsetting kunnen de volgende beroepen optreden als regiebehandelaar: psychiater, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist ggz, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts KNMG (indien verslaving de hoofddiagnose is), klinisch neuropsycholoog en klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde (indien dementie de hoofddiagnose is).

De regiebehandelaar dient in voldoende mate aantoonbaar direct betrokken te zijn bij zowel de diagnosestelling als de behandeling.

Er moet een psychiater en/of klinisch psycholoog vaststellen dat de zorg medisch noodzakelijk is en er moet een psychiater en/of klinisch psycholoog aantoonbaar direct betrokken zijn bij zowel de diagnostiek als bij cruciale momenten tijdens de behandeling. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier en relateren aan de complexiteit van de zorg.

Voor directe betrokkenheid is vereist dat er minimaal sprake moet zijn van een persoonlijk contact tussen de behandelaar en de verzekerde. Onder rechtstreekse betrokkenheid verstaan wij in ieder geval niet betrokkenheid door middel van uitsluitend multidisciplinaire overleggen (MDO's). De MDO's dienen op systematische wijze plaats te vinden, waarbinnen periodiek de behandeling aan het behandelplan wordt getoetst.

Begeleidende disciplines

Medewerkers met een beroep zonder zelfstandige behandelbevoegdheid zijn ondersteunend aan de behandeling en verlenen niet het merendeel van de zorg binnen een behandeltraject. Wij noemen dit begeleidende disciplines. Wij bedoelen daarmee de 'overige beroepen' zoals bedoeld in de NZa-beleidsregels, waaronder (maar niet uitsluitend): agogische beroepen, vaktherapeuten, somatische zorgverleners (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten), activiteitenbegeleiders, ervaringsdeskundigen. De mate van inzet van begeleidende disciplines moet relateren aan de complexiteit van de behandeling.

Noodzakelijkheid outreachende zorg

Outreachende zorg is uitsluitend mogelijk als dit om medische redenen noodzakelijk is. Uit het medisch dossier moet duidelijk blijken waarom zorg in de setting Outreachend noodzakelijk is en waarom behandeling in een andere setting niet mogelijk is.

LID 5 CURATIEVE GGZ MET VERBLIJF

Te vergoeden ziektekosten: SETTING: 5, 8

Curatieve GGZ met verblijf

Curatieve GGZ met verblijf omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, in combinatie met opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). De opname moet noodzakelijk zijn in het kader van de diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Bij Curatieve GGZ met verblijf worden tevens de tijdens het verblijf noodzakelijk ingezette verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen vergoed.

Bij verblijf voor maximaal 1.095 dagen (drie jaar) worden vergoed:

- a. de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
- b. de verpleging, verzorging en paramedische zorg die bij de behandeling horen tijdens het verblijf. Na deze 1.095 dagen kunt u op grond van de Wlz nog recht hebben op deze zorg.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt de opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt de opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft de deelnemer na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt de opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

De volgende vormen van opname tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. niet-psychiatrische ziekenhuisopname;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum met revalidatie als doel.

Voorwaarden: SETTING 5, 8 Zorgaanbieder

Curatieve GGZ met verblijf

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder of GGZ-instelling die conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) zorg mag verlenen.

In de GGZ-instelling kunnen de volgende beroepen optreden als regiebehandelaar: psychiater, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist ggz, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts KNMG (indien verslaving de hoofddiagnose is), klinisch neuropsycholoog en klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde (indien dementie de hoofddiagnose is).

De regiebehandelaar dient aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken te zijn bij zowel de diagnosestelling als de behandeling.

Er moet een psychiater en/of klinisch psycholoog vaststellen dat de zorg medisch noodzakelijk is en moet een psychiater en/of klinisch psycholoog aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken zijn bij zowel de diagnostiek als bij cruciale momenten tijdens de behandeling. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier en relateren aan de complexiteit van de behandeling.

Voor directe betrokkenheid is vereist dat er minimaal sprake moet zijn van een persoonlijk contact tussen de behandelaar en de verzekerde. Onder rechtstreekse betrokkenheid verstaan wij in ieder geval niet betrokkenheid door middel van uitsluitend MDO's. De MDO's dienen op systematische wijze plaats te vinden, waarbinnen periodiek de behandeling aan het behandelplan wordt getoetst.

Begeleidende disciplines

Medewerkers met een beroep zonder zelfstandige behandelbevoegdheid zijn ondersteunend aan de behandeling en verlenen niet het merendeel van de zorg binnen een behandeltraject. Wij noemen dit begeleidende disciplines. Wij bedoelen daarmee de ‘overige beroepen’ zoals bedoeld in de NZa-beleidsregels, waaronder (maar niet uitsluitend): agogische beroepen, vaktherapeuten, somatische zorgverleners (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten), activiteitenbegeleiders, ervaringsdeskundigen. De mate van inzet van begeleidende disciplines moet relateren aan de complexiteit van de behandeling.

Machtigingsvereiste bij niet-gecontracteerde zorgaanbieder met verblijf

Voor vergoeding van de kosten van Curatieve GGZ met verblijf bij een niet gecontracteerde aanbieder, is vooraf toestemming van de SZVK nodig. Voor zorg te leveren door gecontracteerde zorgaanbieders geldt geen machtigingsvereiste.

Om deze machtiging aan te vragen, moet de zorgaanbieder de volgende gegevens sturen:

- a. NAW-gegevens;
- b. de reden van aanmelding;
- c. een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- d. de voorlopige diagnose volgens de vigerende DSM-classificatie;
- e. de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
- f. het voorgestelde behandelplan, inclusief het te verwachten aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- g. het toe te passen zorgprogramma en zorgpad;
- h. de kwalificaties van de zorgaanbieders, inclusief regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- i. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
- j. de te verwachten zorgprestaties;
- k. een kostenbegroting voor behandeling en verblijf;
- l. de eigen bijdrage die de deelnemer (optioneel) zelf moet betalen.

ARTIKEL 27 VERBLIJF (EXCL. GGZ)

LID 1 VERBLIJF IN EEN INSTELLING (ANDERS DAN GGZ)

- Er is aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg, verloskundige zorg, medisch-specialistische zorg, en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.
- Het verblijf vindt plaats in een ziekenhuis of in een revalidatie-instelling. Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend. Voor verblijf is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, verloskundige, medisch-specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.
- De volgende bepaling geldt:
 - Indien er sprake is van een onacceptabele wachttijd voor een opname kan er contact opgenomen worden via telefoonnummer 088 - 0 270 700.

LID 2 VERBLIJF OP MEDISCHE INDICATIE NA CAR-T-CEL THERAPIE

Vergoeding van verblijf na CAR-T-celtherapie in de buurt van het expertziekenhuis waar de deelnemer behandeld wordt. Het gaat daarbij om vergoeding voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

De verblijfsvergoeding bedraagt maximaal € 77,50 per nacht in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis.

Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn. Daarvan kan onder meer sprake zijn als een verblijf op een reisafstand van meer dan 60 minuten (50 km) van het behandelende expertziekenhuis om medische redenen niet verantwoord is. De afstand wordt berekend per enkele reis op basis van de snelste route van het huisadres naar het expertziekenhuis, geen rekening houdend met actueel verkeer.

Er dient een mantelzorger 24 uur per verblijfsdag aanwezig te zijn die toezicht over de deelnemer kan houden.

Het gaat om verblijf in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis. De eerste twee weken na behandeling verblijft de deelnemer, gezien de kans op complicaties, in het expertziekenhuis.

LID 3 VERBLIJF IN EEN HERSTELLINGSOORD OF ZORGHOTEL

Indien er sprake is van in medisch opzicht bijzondere omstandigheden, vergoeding voor een periode van maximaal zes weken van de kosten van een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel:

- a. Aansluitend op het ontslag van de deelnemer uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als de behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
- b. Als de mantelzorger van de deelnemer overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
- c. Als de deelnemer wil herstellen van (mentale) overbelasting of 'burnout'.

Vergoeding vindt alleen plaats voor zover de kosten niet voor rekening van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 en/of Wlz komen. De in medisch opzicht bijzondere omstandigheden dienen door huisarts of medisch- specialist aannemelijk te worden gemaakt. Voorafgaand aan het verblijf dient toestemming gevraagd te worden. Voor het aanvragen van een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel kan de deelnemer tijdens kantooruren contact opnemen met Zorgadvies en -bemiddeling op telefoonnummer 088 - 0 270 700.

LID 4 HOSPICEZORG

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage voor verblijf in een door de SZVK erkend hospice of Bijna-Thuis-Huis. Wanneer thuis verzorgd worden niet (meer) mogelijk is en een verpleeghuis niet noodzakelijk is, kan een Bijna-Thuis-Huis door de huiselijke sfeer een goede plek zijn. In een Bijna-Thuis-Huis is de (eigen) huisarts medisch verantwoordelijk. De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis. De deelnemer kan voor meer informatie contact opnemen met 088 - 0 270 700.

LID 5 VERBLIJFKOSTEN IN GASTHUIS ANTONI VAN LEEUWENHOEK OF FAMILIEHUIS DANIËL DEN HOED

Volledige vergoeding van de kosten van een verblijf in het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed als de deelnemer poliklinisch onder behandeling is in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of Daniël den Hoed.

ARTIKEL 28 ZINTUIGLIJKE GEHANDICAPTENZORG

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vergoed worden de kosten van multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Bij de zorg in geval van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis gaat het uitsluitend om verzekerden tot 23 jaar.

De zorg bestaat uit:

1. diagnostisch onderzoek;
2. interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap; en
3. interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met een zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeem gerichte ‘mede’ behandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met deze beperking. In die gevallen waarin er sprake is van het ‘mee behandelen’ vallen alle kosten onder de verzekering van de persoon met de zintuiglijke handicap.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

U komt bij een visuele beperking (gezicht) in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

- a. u een gezichtsscherpte van <0.3 aan het beste oog heeft;
- b. u een gezichtsveld van <30 graden heeft; of
- c. u een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog heeft met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Een en ander conform de richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap voor diagnostiek voor vaststelling van een visuele beperking.

U komt bij een auditieve beperking (gehoor) in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

- a. het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen; of
- b. als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Een en ander conform de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC).

U komt bij een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (spraak) in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

- a. de taalontwikkelingsstoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
- b. de taalontwikkelingsstoornis primair is. De taalontwikkelingsstoornis is primair wanneer:
 1. andere problematiek (van psychiatrische, fysiologische en/of neurologische aard) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis; en
 2. de taalontwikkelingsstoornis wordt gekarakteriseerd door ernstige problemen in de taalverwerving van de moedertaal. Het betreft hier dus geen taalverwervings-problematiek in verband met een tweede taal/anders taligheid.

De objectieve vaststelling of er sprake is van een communicatieve beperking zoals hiervoor is aangegeven, geschiedt met multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen.

Het zorgtraject in geval van een auditieve beperking start met audiologische hulp. Deze hulp valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg. Deze audiologische hulp bestaat uit: diagnostisch onderzoek van de gehoorfunctie; advisering van de verzekerde over aan te schaffen gehoorapparatuur; voorlichting aan de verzekerden met betrekking tot het gebruik van de apparatuur.

Machtiging

Voor verblijf is voorafgaand aan de behandeling schriftelijke toestemming van de SZVK vereist.

Verwijzing

De deelnemer heeft een verwijfsbrief en een verwijfskaart nodig van een militair arts.

Zorgaanbieder

De zorg wordt waar mogelijk verleend door gespecialiseerde zorgaanbieders van de MGD. Als dat niet mogelijk is kan worden verwezen naar civiele behandelaars. Daarbij is sprake van de inzet van een multidisciplinair team dat, al naar gelang de handicap, kan bestaan uit oogartsen, optometristen, KNO- artsen, audiologen, logopedisten, psychologen en maatschappelijk werkenden.

LID 3 UITSLUITINGEN

Onder zintuiglijk gehandicaptenzorg vallen niet:

- a. onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- b. de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven;
- c. de zorg aan verzekerden met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis vanaf 23 jaar;
- d. het inslijpen van aangeleerde vaardigheden bij zorg in verband met een auditieve beperking.

ARTIKEL 29 VERPLEGING EN VERZORGING ZONDER VERBLIJF (WIJKVERPLEGING)

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Aanspraak op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in Artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. De deelnemer kan recht hebben op professionele zorgopvolging als gebruik is gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als de deelnemer thuis is gevallen).

Zorgaanbieders

Verpleging en verzorging wordt verleend door:

1. een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en

blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er);

2. een zelfstandig werkend hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Dit mag uitsluitend, als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en de SZVK ontvangt hiervan een kopie.

De deelnemer kan zijn vordering op de SZVK voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie de SZVK geen overeenkomst heeft gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in Artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie de SZVK geen overeenkomst heeft, maakt de SZVK over op het rekeningnummer van de deelnemer.

De deelnemer heeft alleen recht op deze zorg als die een indicatie heeft voor verpleging en verzorging en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de hbo-verpleegkundige of verpleegkundig-specialist. De verpleegkundige stelt in overleg met de deelnemer een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland (V&VN). Het zorgplan beschrijft de zorg die de deelnemer nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

LID 2 VOORWAARDEN

Toestemmingsvereiste

Voor verpleging en verzorging door een niet-gecontracteerde aanbieder is voorafgaande aan de zorg schriftelijke toestemming van de SZVK vereist. Voor de indicatie heeft de deelnemer geen voorafgaande toestemming nodig.

LID 3 PERSOONSGEBONDEN BUDGET

De deelnemer kan voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). Hiervoor is voorafgaande schriftelijke toestemming van de SZVK vereist. De deelnemer vindt in het [Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging](#) onder welke voorwaarden die in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging staat op www.szvkn.nl.

ARTIKEL 30 CONSULT EN ADVIES VANWEGE PROBLEMEN MET HET HORMONALE SYSTEEM

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Een vergoeding voor voorlichting aan, advisering en begeleiding van deelnemers met gezondheidsproblemen die worden veroorzaakt door het hormonale systeem van maximaal € 300,- per kalenderjaar.

LID 2 VOORWAARDEN

Deze zorg dient te worden verleend door een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van hormonen. U dient zich altijd eerst te wenden tot de MGD voor een verwijfskaart. Alleen met een verwijfskaart van de MGD mag u gebruik maken van een civiele zorgaanbieder.

ARTIKEL 31 GENEESKUNDIGE ZORG VOOR SPECIFIEKE PATIËTENGROEPEN

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerste lijn (GZSP) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog)complexe problematiek. Onder de vergoeding valt de zorg die individueel wordt verleend door de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gedragswetenschappers en paramedici, evenals de zorg die in groepsverband wordt geleverd aan kwetsbare patiënten, lichamelijk gehandicapten en mensen met niet-aangeboren hersenletsel, patiënten met een chronisch progressieve degeneratieve aandoening zoals de ziekte van Huntington, MS, Parkinson en dementie en aan cliënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglv).

LID 2 VOORWAARDEN

U dient zich altijd eerst te wenden tot de MGD voor een verwijskaart. Alleen met een verwijskaart van de MGD mag u gebruik maken van een civiele zorgaanbieder.

Machtiging

Er is voorafgaande toestemming van de SZVK noodzakelijk voor dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten zoals vermeld onder 2a.

ARTIKEL 32 INENTINGEN

LID 1 PREVENTIEVE INENTINGEN EN MALARIAPILLEN

Vergoeding van de kosten van preventieve inentingen en malariapillen in verband met een te maken buitenlandse reis. De preventieve inentingen dienen te worden voorgeschreven en toegediend door de MGD. Malariapillen dienen te worden voorgeschreven door de militaire arts en te worden geleverd door de militaire apotheek.

LID 2 GRIEPPRIK

Volledige vergoeding van de griep prik voor militairen die niet behoren tot de daarvoor bestemde risicogroepen. Voorwaarde hierbij is dat de griep prik wordt toegediend door de MGD. De vergoeding voor de griep prik aan de militairen die behoren tot de risicogroepen.

ARTIKEL 33 BUITENLAND

LID 1 ALGEMEEN

Onderscheid wordt gemaakt in plaatsing, vestiging en andere redenen van tijdelijk verblijf in het buitenland. Onder “maximale vergoeding plaatsing in het buitenland” wordt verstaan de situatie dat de deelnemer een functie buiten het Europese deel van het land Nederland vervult.

Onder “vestiging in het buitenland” wordt verstaan de situatie dat de deelnemer zich permanent metterwoon vestigt in een land buiten Nederland.

Onder “andere redenen van tijdelijk verblijf in het buitenland” wordt verstaan de situatie dat:

- een in Nederland woonachtige deelnemer tijdelijk buiten Nederland verblijft;
- een in het land van plaatsing woonachtige deelnemer tijdelijk buiten het land van plaatsing verblijft;
- een in het buitenland gevestigde deelnemer die tijdelijk buiten het land van vestiging verblijft; om andere redenen dan uitoefening van een bedrijf, beroep of plaatsing.

Zorgaanbieders die buiten Nederland zijn gevestigd, worden gelijkgesteld met Nederlandse zorgaanbieders indien zij voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten.

Nota's tot € 250,- worden buiten Nederland door de deelnemer zelf voorgeschooten en met de SZVK app of via de Mijn SZVK omgeving voor vergoeding aan de SZVK aangeboden.

Voor hulpmiddelen en medisch specialistische zorg in het buitenland is altijd vooraf toestemming nodig, tenzij er sprake is van een acute situatie.

LID 2 AARD EN OMVANG DEKKING

Behandeling en behandelingsmethoden in het buitenland, die naar aard en omvang in Nederland niet kunnen worden gerekend tot geneeskundige of heelkundige zorg, zoals gebruikelijk is in de kring van medische beroeps- genoten, komen niet voor vergoeding of tegemoetkoming in de kosten in aanmerking.

Indeling in verpleegklasse

Ten aanzien van de verpleegklasse heeft de deelnemer bij ziekenhuisopname in het buitenland indien noodzakelijk recht op verpleging in een hogere klasse. Hiervoor is toestemming vereist.

Maximale budget vergoedingen en aantallen behandelingen blijven gelijk bij buitenlandplaatsing.

Bij verblijf in het buitenland blijft de in deze voorwaarden opgenomen maximale vergoeding of het aantal behandelingen gelijk.

LID 3 PLAATSING IN HET BUITENLAND

De kosten worden vergoed volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, waarbij het niveau van de zorg vergelijkbaar dient te zijn met de in Nederland geboden zorg. De vergoedingen kunnen worden aangepast, indien de buitenlandse tarieven afwijken van de in Nederland gangbare tarieven. In Artikel 9 staat een nadere toelichting op de vergoeding van de kosten. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verblijfplaats naar Nederland (repatriëring) zijn volledig gedekt inclusief de kosten van noodzakelijke medische begeleiding, uitsluitend na voorafgaande machtiging door de SZVK. De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland zijn eveneens volledig gedekt.

De deelnemer die zorg nodig heeft in het buitenland, moet zich primair wenden tot de MGD, indien aanwezig. Als de MGD de deelnemer verwijst voor civiele medisch-specialistische zorg, dan is de deelnemer verplicht contact op te nemen met de SZVK Alarmcentrale voor toestemming via +31 88 0 270 750.

Bevolkingsonderzoeken en vaccinaties

De kosten van de in Nederland gangbare bevolkingsonderzoeken en vaccinaties komen onder dezelfde voorwaarden als in Nederland voor vergoeding in aanmerking.

LID 4 VESTIGING IN HET BUITENLAND

De kosten van zorg worden vergoed volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, waarbij het niveau van de zorg vergelijkbaar dient te zijn met de in Nederland geboden zorg.

De maximale vergoedingen kunnen worden aangepast, indien de buitenlandse tarieven afwijken van de in Nederland gangbare tarieven. Indien in de verzekeringsvoorwaarden een maximum aantal behandelingen of een maximale vergoeding is vastgesteld is deze ook in het buitenland van toepassing en wordt niet verhoogd.

LID 5 ANDERE REDENEN VAN TIJDELIJK VERBLIJF IN HET BUITENLAND (VAKANTIE)

Indien de deelnemer zich gedurende een periode van maximaal 12 maanden buiten Nederland, het land van plaatsing of het land van vestiging bevindt zonder zich daar naar toe te hebben begeven met het oogmerk aldaar een medische behandeling te ondergaan, worden de kosten vergoed van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen voor:

- a. niet-klinische zorg: met inachtneming van de in deze regeling genoemde eigen bijdragen en maximale vergoedingen;
- b. klinische zorg: indien en onder voorwaarde dat de alsdan noodzakelijk geworden ziekenhuisopname is gemeld aan de SZVK Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 88 0 270 700, en deze namens de SZVK toestemming heeft gegeven voor opname.

De maximale vergoedingen kunnen worden aangepast, indien de buitenlandse tarieven afwijken van de in Nederland gangbare tarieven.

De kosten van medisch noodzakelijk vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde medisch specialist worden volledig vergoed. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verblijfplaats naar Nederland (voor deelnemers die zich permanent in het buitenland hebben gevestigd geldt in plaats van Nederland het land van vestiging) worden volledig vergoed, inclusief de kosten van noodzakelijke medische begeleiding, uitsluitend na voorafgaande machtiging door de SZVK. Tevens worden de vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland (voor deelnemers die zich permanent in het buitenland hebben gevestigd geldt in plaats van Nederland het land van vestiging) volledig vergoed.

LID 6 ZORG IN ANDER LAND OP EIGEN INITIATIEF

Indien de deelnemer zich op eigen initiatief voor geneeskundige behandeling en verzorging wendt tot een zorgaanbieder in een ander EU-/EER-of verdragsland dan Nederland, het land van vestiging of plaatsing, bedraagt de vergoeding van de kosten ten hoogste 100% van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van het pakket Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) zou zijn vergoed. Er is geen aanspraak op vergoeding voor geneeskundige behandeling en verzorging in het buitenland of buiten het land van vestiging, voor zover deze geneeskundige behandeling en verzorging uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf aldaar, tenzij vóór de aanvang van de reis een machtiging daartoe is verstrekt door de SZVK.

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto worden in dat geval vergoed tot maximaal het bedrag dat gelijk is aan het bedrag dat op grond van Artikel 16 zijn vergoed aan kosten van vervoer tussen de woonplaats van de deelnemer en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou kunnen worden verleend.

Ter toelichting: opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval, is het aan te bevelen dat de deelnemer in een voorkomend geval van te voren met de SZVK contact opneemt.

De SZVK kan, na advies van de medisch adviseur, besluiten een vergoeding van of een tegemoetkoming in de kosten toe te kennen in die bijzondere gevallen, waarin de geneeskundige behandeling en verzorging niet in Nederland en niet in het land van verblijf kan plaatsvinden.

ARTIKEL 34 ALTERNATIEVE ZORG

LID 1 TE VERGOEDEN ZORG

Alternatieve zorg bestaat uit behandelingen en (telefonische) consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- a. acupunctuur en andere oosterse geneeswijzen;
- b. homeopathie;
- c. antroposofische alternatieve geneeswijzen;
- d. natuurgeneeswijzen;
- e. alternatieve bewegingstherapieën;
- f. psychosociale zorg.

LID 2 VOORWAARDEN

Voor alternatieve zorg is (als enige uitzondering in deze verzekeringsvoorwaarden) geen verwijskaart nodig.

Alternatieve zorg dient te worden verleend door een door de SZVK aangewezen zorgaanbieder. Deze is te vinden in de Zorgzoeker op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: 088 - 0 270 700.

Van de kosten van de behandelingen en (telefonische) consulten, wordt ongeacht de tijdsduur van het consult € 35,- vergoed tot in totaal € 700,- per kalenderjaar.

Onder alternatieve zorg wordt niet verstaan consulten en (groeps)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening, coaching en counseling;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen.

LID 3 HOMEOPATHISCHE EN ANTROPOSOFISCHE GENEESMIDDELEN

De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, welke worden voorgeschreven door een arts (tot wie de deelnemer in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden gerechtigd is zich te wenden) worden volledig vergoed onder voorwaarde dat deze geneesmiddelen worden geleverd door een gecontracteerde apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

De SZVK vergoedt uitsluitend de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die, volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en antroposofische producten of homeopathische middelen die in de Z-index een registratie huisartsen of hulpmiddelen hebben.

DEEL 3 WET LANGDURIGE ZORG (WLZ)

ARTIKEL 35 WLZ-ZORG

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Overeenkomstig de Wlz heeft de deelnemer, mits die Wlz-gerechtigd is, aanspraak op de verstrekkingen zoals beschreven in de Wlz, het Besluit langdurige zorg en de Regeling langdurige zorg.

LID 2 VOORWAARDEN

Machtiging

Aanspraak op de Wlz verstrekkingen bestaat uitsluitend indien en voor zover de SZVK op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden en bepalingen kunnen worden gesteld.

ARTIKEL 36 WIJKVERPLEGING

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij de zorg niet tot medisch-specialistische zorg behoort, er geen sprake is van verblijf in een instelling en de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het gaat hier onder andere om verpleegkundige technische handelingen zowel onder medische eindverantwoordelijkheid van de huisarts als van de medisch specialist, instructie, signalering van gezondheidsrisico's en persoonlijke verzorging

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door minimaal een HBO-verpleegkundige.

Indien u het niet eens bent met de gestelde indicatie die de HBO-verpleegkundige stelt, bestaat de mogelijkheid tot het vragen van een second opinion. Voor deze second opinion moet u vooraf toestemming van ons hebben gekregen. Ook wij kunnen een second opinion aanvragen, wanneer wij twijfelen aan de gestelde indicatie.

Verwijzing

Als de zorg wordt geleverd onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist is een verwijzing van de medisch specialist nodig.

Zorgplan

De te leveren zorg moet door een minimaal HBO-verpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan.

Het zorgplan bevat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Door ondertekening van het zorgplan stemt u hiermee in. Wij behouden ons het recht voor om ter controle het zorgplan op te vragen.

Voor het verlenen van zorg onder de eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist dient de betrokkenheid van de medisch specialist geborgd te worden. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het patiëntendossier.

Zorgaanbieder

De zorg wordt geleverd door: de verpleegkundig specialist (HBO-master), de verpleegkundige (HBO bachelor), de verpleegkundige niveau 4 of de verzorgende (individuele gezondheidszorg) niveau 3. Voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 36 van de Wet BIG mogen zelfstandig of onder verantwoordelijkheid van een daarvoor in de Wet BIG aangewezen zorgaanbieder worden uitgevoerd mits de zorgverlener die de zorg verleent hiertoe bevoegd en bekwaam is. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgaanbieder. De inzet van stagiaires en leerlingen als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, is niet declarabel, tenzij wij hier op aanvraag expliciet toestemming voor hebben gegeven.

Facturatie

De zorg dient gefactureerd te worden door de organisatie die de zorg daadwerkelijk verleent.

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

AMA

Algemeen Militair Arts.

AMAR

Algemeen militair ambtenarenreglement.

AMBULANCEVERVOER

Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

ANTROPOSOFISCHE EN HOMEOPATHISCHE GENEESMIDDELEN

Geneesmiddelen, die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en antroposofische en homeopathische producten die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben.

APOTHEEKHOUDEND HUISARTS

Een huisarts, aan wie krachtens Artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet, vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

APOTHEKER

Een apotheker, die als zodanig staat geregistreerd volgens de voorwaarden als bedoeld in Artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

AUDIOLOGISCH CENTRUM

Een instelling, die als zodanig is toegelaten volgens de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

BEDRIJFSARTS

Een arts, die is ingeschreven in het desbetreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten. De bedrijfsarts werkt in dienst van of in opdracht van het Ministerie van Defensie.

BIJNA-THUIS-HUIS

Een Bijna-Thuis-Huis is een huis, waar deelnemers die ongeneeslijk ziek zijn, kunnen verblijven in de laatste periode van hun leven.

BUITENLAND

Buiten het Europees deel (Nederland) van het Koninkrijk der Nederlanden.

CENTRUM VOOR BIJZONDERE TANDHEELKUNDE

Een universitair centrum of een centrum dat is aangesloten bij het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen; het gaat daarbij om een behandeling die een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

CENTRUM VOOR ERFELIJKHEIDSADVIES

Een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

CIVIELE ZORGAANBIEDER

Een zorgaanbieder of zorgverlener welke niet behoort tot de Militaire Geneeskundige Dienst (MGD)

DAGVERPLEGING

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis, waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch-specialist.

DEELNEMER

De militair in werkelijke dienst, als bedoeld in Artikel 90. sub a. van het AMAR.

DGO

Defensie Gezondheidszorg Organisatie.

DBC: DIAGNOSE-BEHANDELCOMBINATIE

Een DBC beschrijft door middel van een dbc-code, die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose, die de zorgaanbieder stelt inclusief de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat de deelnemer zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch-specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

DIËTIST

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

DVVO

Defensie Verkeers en Vervoers Organisatie

EIGEN BIJDRAGE

Kosten van zorg die door de ziektekostenverzekering gedekt zijn, maar waarvan in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat een verzekerde die gedeeltelijk zelf moet betalen. De eigen bijdrage kan bijvoorbeeld een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg.

ERGOTHERAPEUT

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

EU- / EER-LANDEN

Een overzicht van de landen die behoren tot de EU (Europese Unie) en de EER (Europese Economische Ruimte) is te vinden op de website van het CAK.

FARMACEUTISCHE ZORG

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de SZVK vastgestelde [Reglement farmaceutische zorg SZVK](#).

FRAUDE

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van de ziektekostenverzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

FYSIOTHERAPEUT

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in Artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in Artikel 108 van de Wet BIG.

FUNCTIONELE INDICATIE

Er is sprake van een functionele indicatie als de militair bij het uitoefenen van de taak of functie, waarvoor de militair door zijn commandant is aangewezen, een beperking heeft, die alleen kan worden opgeheven door de verstrekking van een specifiek hulpmiddel of door een specifieke heelkundige ingreep. Meer informatie is te vinden in het [Reglement functionele indicatie SZVK](#).

GEWICHTSGERELATEERD GEZONDHEIDSRISICO (GGR)

Het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico is verhoogd. Deze maat wordt bepaald door de Body Mass Index (BMI) in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren voor een bepaalde aandoening of van bestaande aandoeningen.

GEZONDHEIDSZORGPSYCHOLOOG

Een psycholoog die als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GECONTRACTEERDE ZORG

Tussen de SZVK en de zorgaanbieder is voor bepaalde zorg een overeenkomst gesloten, waarbij de overeenkomst tenminste bepalingen inhoudt over de te verlenen zorg en de daarvoor in rekening te brengen prijs.

GENERALISTISCHE BASIS GGZ

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek.

GESPECIALISEERDE GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

GGZ

Geestelijke gezondheidszorg.

HOSPICEZORG

Hospicezorg is kortdurende opvang in een instelling waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door professionele hulpverleners en/of vrijwilligers.

HUISARTS

Een (militair) arts, die is belast met de eerstelijns geneeskundige zorg van de eenheid waarbij de deelnemer is ingedeeld. Ook de AMA belast met de eerstelijns geneeskundige zorg van de eenheid waarbij de deelnemer is ingedeeld, wordt gezien als huisarts.

HULPMIDDELEN

De in de Regeling zorgverzekering vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de SZVK vastgestelde [Reglement hulpmiddelen SZVK](#) inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften. Het betreft hier een gebruiksklaar hulpmiddel dat werkt en waarvan de deelnemer weet hoe met het hulpmiddel moet worden omgegaan. Een gebruikersinstructie is onderdeel van het hulpmiddel.

INSTELLING

- Een instelling in de zin van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza);
- Een in het buitenland gevestigde rechtspersoon, die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of die zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

INVITROFERTILISATIEPOGING (IVF)

Zorg volgens de invitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- Het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- Het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- De bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- Het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

KAAKCHIRURG

Een tandarts, die is geregistreerd in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

KLINISCH FYSICUS AUDIOLOOG

Een klinisch fysicus audioloog die als zodanig geregistreerd is in het register van Klinisch Fysici van de Stichting Opleiding Klinisch Fysicus (OKF).

KLINISCH (NEURO)PSYCHOLOOG

Een gezondheidszorgpsycholoog, die als klinisch (neuro)psycholoog is geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in Artikel 14 van de Wet BIG.

KLINISCH TECHNOLOOG

Tot het gebied van deskundigheid van de klinisch technoloog of technisch geneeskundige wordt gerekend het optimaliseren van bestaande technisch medische handelingen alsmede het ontwerpen en ontwikkelen van nieuwe diagnostische methoden en therapieën met behulp van technologie en het verrichten van complexe technisch medische handelingen binnen het technisch medische deelgebied van de geneeskunst waarin de klinisch technoloog is opgeleid.

KNMG

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is een federatie van beroepsverenigingen van artsen en de vereniging De Geneeskundestudent en behartigt de belangen van artsen in Nederland.

KRAAMCENTRUM

Een instelling die volgens de WTZa als kraamcentrum is toegelaten. Een kraamcentrum verleent kraamzorg in de thuissituatie, een geboortecentrum en/of een kraamhotel.

KRAAMZORGORGANISATIE

Een volgens de wet als zodanig toegelaten instelling.

LABORATORIUMONDERZOEK

Onderzoek door een laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is toegelaten.

LACTATIEKUNDIGE

Een lactatiekundige, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB).

LEEFSTIJLCOACH

Leefstijlcoach die is ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) of een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut met een aantekening als leefstijlcoach in hun eigen kwaliteitsregister.

LOGOPEDIST

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

MACHTIGING

De voorafgaande schriftelijke toestemming van de SZVK voor de afname van bepaalde zorg, die door of namens de SZVK aan de deelnemer wordt verstrekt.

MEDISCH SPECIALIST

Een arts, die is geregistreerd in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Een kaakchirurg wordt gelijkgesteld aan een medisch-specialist.

MEDISCHE NOODZAAK

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling, die door de internationale wetenschap is beproefd en deugdelijk is bevonden.

MGD

Militair Geneeskundige Dienst, het geheel van militair geneeskundige voorzieningen met inbegrip van het Centraal Militair Hospitaal (CMH), het Militair Revalidatie Centrum (MRC), de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg en de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD).

MONDHYGIËNIST

Een mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mond- hygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

MRC - Militair Revalidatie Centrum

NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

- Het onderzoek of de behandeling door een medisch-specialist dat/die niet plaatsvindt tijdens een ziekenhuis- verpleging van meer dan 24 uur;
- De diensten, die in rechtstreeks verband met dit onderzoek of deze behandeling op voorschrift van de medisch- specialist plaatsvinden, worden verleend door een ziekenhuis of door een erkend laboratorium.

NZA

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De organisatie ziet toe op zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg (Care). Het doel daarbij is toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor iedereen. Tevens richt de NZa zich op het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan.

OBDUCTIE

Een obductie is een onderzoek naar de doodsoorzaak.

OEFENTHERAPEUT CESAR/OEFENTHERAPEUT MENSENDIECK

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

ORTHODONTIST

Een tandarts, die is geregistreerd in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

ORTHOPEDAGOOG-GENERALIST

Een orthopedagoog-generalist, die is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

ORTHOPTIST

Een orthoptist, die in het bezit is van een door het Nederlands Oogheelkundig Genootschap erkend diploma.

PEDICURE

- Een medisch-pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
- Een pedicure met aantekening ‘Diabetes voet’;
- Een pedicure met aantekening ‘Reumatische voet’;
- Een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
- Een pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

PODOTHERAPEUT

Podotherapeut, die is ingeschreven in het kwaliteitsregister Paramedici (KP).

PSYCHIATER

Een arts, die als psychiater is ingeschreven in het Specialistenregister, ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

PSYCHOTHERAPEUT

Een psychotherapeut, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in Artikel 3 van de Wet BIG.

RATIONELE FARMACOTHERAPIE

Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur, met het geneesmiddel dat tevens het meest economisch is voor de verzekering.

REVALIDATIE

Onderzoek, adviseringen, behandeling van, medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie technische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, dat is verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie.

STAFARTS

De stafarts is het hoofd van de geneeskundige staf van het desbetreffende operationele commando alsmede de stafarts van de Koninklijke Marechaussee en is de intermediair met de DGO inzake medische inhoudelijke aangelegenheden. De stafarts vormt het escalatieniveau in zake het stellen van functionele indicaties.

TANDARTS

Een tandarts, die is geregistreerd conform de voorwaarden in Artikel 3 van de Wet BIG.

TANDPROTHETICUS

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

TECHNIEKKOSTEN

De kosten verband houdende met tandtechnische werkzaamheden in opdracht van de tandarts of tandarts-specialist. Tevens de materiaal-/laboratoriumkosten behorende bij alle tandheelkundige behandelingen genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden.

UR-GENEESMIDDEL

Een UR-geneesmiddel is een geneesmiddel dat uitsluitend op recept bij de apotheek verkrijgbaar is.

VERDRAGSLAND

Elke staat, anders dan EU-/EER-staat, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (alleen bij verblijf korter dan één jaar), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Servië, Montenegro, Tunesië, Turkije en het Verenigd Koninkrijk.

VERWIJSBRIEF

Het document, dat de verwijzend arts opmaakt om de zorgaanbieder, waarnaar de patiënt is verwezen te informeren over relevante achtergronden en vraagstelling.

VERWIJSKAART

Met dit document geeft de verwijzend militair arts aan dat betrokkene binnen de richtlijn naar een civiele zorgaanbieder is verwezen of is geweest.

VERZEKERDENNUMMER

Het nummer, waaronder de deelnemer in de administratie van de SZVK bekend is.

VERZEKERINGSBEWIJS

Het verzekeringsbewijs bestaat uit een bewijs van inschrijving en de bij de verzekering behorende premie-specificatie.

VMA

Verantwoordelijk Militair Arts.

VWS

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

WET BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

WLZ

Wet langdurige zorg.

WMG

De wet marktordening gezondheidszorg die onder andere regelt welke prestatie en prijs door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraars mag worden gedeclareerd.

WMG-TARIEVEN

Tarieven zoals door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG).

ZELFSTANDIG BEHANDELCENTRUM

Een zelfstandig behandelcentrum is een kliniek, die voldoet aan de bij of krachtens wet gestelde regels, waarin minstens twee specialisten samenwerken.

ZIEKENHUIS

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van ziekten, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

ZORGAANBIEDERS

Personen en instellingen in de gezondheidszorg, die binnen het kader van deze overeenkomst zorg leveren.

ZORGGROEP

Een organisatie (van doorgaans overwegend eerstelijnszorg zorgaanbieders) om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en/of uit te voeren.

ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) behartigt de belangen van de ondernemingen die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden.

MEER WETEN?

Klantenservice SZVK

Beschikbaarheid maandag t/m vrijdag van 8.00 uur tot 17.00 uur Telefoonnummer 088 - 0 270 700

Vanuit het buitenland +31 88 0 270 700

SZVK

Postbus 440

3100 AK Schiedam

E-mail zorgvragen via het contactformulier op www.szvk.nl.

EEN DECLARATIE INDIENEN?

De snelste manier is digitaal. Gebruik daarvoor de MijnSZVK-app of scan van de rekening en dien deze in via MijnSZVK.

Declareert u liever via de post? Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele rekening aan ons op.

HEEFT U NOG VRAGEN?

Kijk dan op www.szv.nl of neem contact met ons op via telefoonnummer 088 - 0 270 700. Wij staan u graag te woord.



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT