

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202500118

Partijen

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

en

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 25 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 mei 2025 heeft een intakegesprek plaatsgevonden, dat schriftelijk aan verzoeker is bevestigd. Op 3 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 14 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 augustus 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 september 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Sterk en OHRA Balans (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft zich tijdens een langdurig verblijf in Antalya, Turkije, in verband met rugklachten gewend tot een plaatselijke arts. Deze stelde een *“two-level discectomy operation with lumbar microsurgery”* voor. Verzoeker heeft hiertoe bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend.
- 2.3. Bij brief van 6 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld alsnog een akkoordverklaring te geven tot een bedrag van € 8.466,80.
- 2.5. Verzoeker was het niet eens met de hoogte van de vergoeding en heeft zich gewend tot SKGZ. SKGZ heeft namens verzoeker om heroverweging van de beslissing bedoeld onder 2.4 gevraagd. De ziektekostenverzekeraar is daartoe bij brief van 13 februari 2025 overgegaan, maar kwam daarbij niet tot een ander oordeel.
- 2.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Naar aanleiding daarvan heeft op 22 april 2025 een telefoongesprek plaatsgevonden tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens verzocht verzoeker op 25 mei 2025 schriftelijk om een mondelinge behandeling bij de commissie.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft tijdens het intakegesprek op 28 mei 2025 telefonisch aan de commissie verzocht te bepalen dat:
 - 1) hij erkenning moet krijgen voor wat hem is overkomen;
 - 2) de uitleg van de ziektekostenverzekeraar aangaande geplande zorg niet is opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering; en
 - 3) de ziektekostenverzekeraar niet juist jegens hem heeft gehandeld.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 15 januari 2025 aangevoerd dat hij in eerste instantie een afwijzing kreeg van de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft contact gehad met zowel de ziektekostenverzekeraar als de Alarmcentrale om ofwel te kunnen worden behandeld in Antalya dan wel naar Nederland te worden gerepatrieerd. Beide opties werden hem geweigerd. Hij heeft zich daarom op 21 december 2024 op eigen kosten in Antalya laten opereren zodat hij weer naar Nederland kon terugreizen. Pas op 8 januari 2025 ontving hij een gedeeltelijke akkoordverklaring voor deze operatie.
Verzoeker meent dat sprake is van een tekortkoming in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst, nu de Alarmcentrale hem niet wilde helpen.
- 3.3. Tijdens het gesprek met de ziektekostenverzekeraar op 22 april 2024 heeft verzoeker verklaard dat hij het deel van de operatie dat niet is vergoed door de ziektekostenverzekeraar, van zijn reisverzekeraar vergoed heeft gekregen. De tip om de kosten daar te claimen, werd hem gegeven door de Ombudsman Zorgverzekeringen en is door de ziektekostenverzekeraar nooit benoemd. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat sprake was van geplande zorg, wat ook de reden zou zijn dat de reisverzekeraar door hem niet is genoemd. De term 'geplande zorg' is echter niet terug te vinden in de voorwaarden van de ziektekostenverzekering.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij door de ziektekostenverzekeraar is mishandeld. Dit voelt hij nog dagelijks. Het gaat hem er nu om dat dit wordt erkend. Dit is mede een geestelijk aspect, maar het gaat om een rechtvaardigheidsgevoel dat hij bij zich draagt en dat hij gebruikt om de wereld bij te sturen. Men heeft hem niet behandeld toen hij dat wel nodig had. Hij heeft diverse keren eindeloos in de wacht gestaan. Hij is ook eindeloos van het kastje naar de muur gestuurd en begrijpt niet waarom. Hij heeft hierop ook geen enkele terugkoppeling gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen geantwoord dat fouten overal worden gemaakt. Maar hij zit met dit probleem. Zelfs de Alarmcentrale wilde hem niet repatriëren. Hij vindt dat het een onhoudbare situatie is waarin iedereen nu verkeert. Zijn gevoel zegt hem dat hij is gebruikt om kosten te besparen. Daar is geen enkele uitleg voor gekomen. Hij vindt het onbegrijpelijk dat hij geen toestemming kreeg om te worden gerepatrieerd. Hij heeft wereldwijd recht op zorg. Verzoeker kon in Turkije niet op of om, en zijn echtgenote moest hem

overal mee helpen, terwijl in Turkije een snelle operatie mogelijk was. Het makkelijkste was hem in Turkije te laten helpen, maar men wilde het niet betalen. Toen hebben zij maar geld bij elkaar gesprokkeld zodat hij zich toch kon laten opereren. Dit type operatie is in Nederland niet bekend, en daar zou hij ook niet geholpen worden. Hij moest uit het appartement, ook omdat het visum verliep. Er was een vlucht op 26 december 2024, en hij en zijn echtgenote waren in paniek. Hij heeft toen op 23 december 2024 € 10.000,-- betaald en op de 26e kon hij met de reguliere vlucht lopend weer naar huis. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar overal toestemming voor gegeven, maar het resultaat is dat deze niets voor hem heeft gedaan. Alles is misgegaan. Pas toen hij al twee weken thuis was, kreeg hij toestemming voor de ingreep.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij juist heeft gehandeld en de juiste vergoeding aan verzoeker heeft verleend. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 13 februari 2025 aangevoerd dat verzoeker een restitutiepolis heeft afgesloten. Dit betekent dat zijn zorgkosten volledig worden vergoed, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Volgens de verzekeringsvoorwaarden is het marktconforme tarief het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is. Dit is hetzelfde begrip als wordt gehanteerd in het Besluit zorgverzekering. De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke behandelingen die soortgelijke zorgaanbieders in Nederland declareren. De ziektekostenverzekeraar vergoedt in beginsel een rekening volledig, tenzij de kosten in een individueel geval onredelijk hoog zijn en buitensporig afwijken van rekeningen van soortgelijke zorgaanbieders. Gelet op het bovenstaande heeft de ziektekostenverzekeraar bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) het tarief opgevraagd. De NZa heeft verklaard dat het hoogste tarief dat gebruikt is voor de berekening van de gemiddelde verkoopprijs op OpenDis-data voor zorgproduct 131999284 voor het jaar 2024 € 5.695,24 bedraagt.
- 4.2. Verzoeker heeft destijds aangevoerd dat de Sint Maartenskliniek een hoger tarief hanteert. Op de website staat inderdaad dat voor 2024 de prijs € 10.407,13 bedraagt. Dit betreft echter het zogenoemde passantentarief. Het passantentarief wordt in rekening gebracht bij patiënten die niet verzekerd zijn tegen ziektekosten. Dit zijn hogere tarieven dan de gecontracteerde tarieven. De gemiddelde tarieven die zijn opgenomen in OpenDis-data worden berekend op basis van alle gedeclareerde vergoedingen. Hieronder valt zowel de gecontracteerde als de niet-gecontracteerde zorg. Nu het passantentarief niet wordt gedeclareerd en vergoed, kan dit niet worden vergeleken met het hoogste tarief in OpenDis-data. Met zijn brief van 8 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoord gegeven voor een vergoeding van maximaal € 8.466,80. Verzoeker heeft hiermee reeds een hogere vergoeding ontvangen dan het hoogste tarief uit OpenDis-data. De ziektekostenverzekeraar ziet dan ook geen reden tot het verlenen van een hogere vergoeding.
- 4.3. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 28 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat hij, gelet op het dossier, juist heeft gehandeld door het opvragen van de benodigde informatie. Omdat hierop telkens dezelfde informatie werd ontvangen, namelijk het verslag van de MRI, had het evenwel op zijn weg gelegen telefonisch contact op te nemen met verzoeker. Er had dan kunnen worden uitgelegd welke informatie nog ontbrak en waarom de ziektekostenverzekeraar deze informatie nodig had. Hiermee had de ziektekostenverzekeraar verzoeker kunnen 'ontzorgen'. Door dit na te laten, is bij verzoeker de indruk ontstaan dat hij in de steek werd gelaten door de ziektekostenverzekeraar en de Alarmcentrale. En dat is uiteraard zeer vervelend, zeker met de hevige pijnklachten die verzoeker op dat moment had. Ook heeft hij nu de indruk gekregen dat de ziektekostenverzekeraar niet tot vergoeding wilde overgaan en bereid was daar alles aan te doen. Uiteraard is daarvan geen sprake. De ziektekostenverzekeraar biedt voor deze gang van zaken zijn excuses aan.

- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 14 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de eerder door hem verzonden brieven, en meegedeeld verder niet inhoudelijk te reageren op het geschil.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er op 27 november 2024 een aanvraag is ingediend voor een operatie op niveau L3-L4. Volgens de voorwaarden moet worden beoordeeld of iemand is aangewezen op de zorg. Hier is ook een richtlijn voor, en dat is conservatief beleid bestaande uit fysiotherapie en oefeningen. Dan pas wordt duidelijk of een ingreep is aangewezen. De vragen hierover werden niet beantwoord, en dat is waarom het dossier langer heeft geduurd. Het advies dat in het dossier staat is bijvoorbeeld ook dat onduidelijk is hoe lang de klachten bestonden en wat er al was gedaan aan ‘stepped care’. Daar is opnieuw een vraag om informatie op gekomen. Ook hierop kwam echter niet de benodigde informatie. Daarom is bij verzoeker toestemming gevraagd om dit zelf op te vragen bij de artsen. Hierin is het een en ander misgegaan, ook omdat niet duidelijk was waar de informatie moest worden opgevraagd. De vragen zijn niet volledig beantwoord, en toen is de klacht gekomen, waarop het is neergelegd bij de Alarmcentrale. Er was wel een operatie-indicatie, maar de vragen over de voorafgaande zorg zijn niet beantwoord. Uiteindelijk is er alsnog een akkoordverklaring gekomen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit gezien de klachten erg vervelend was, en ook het gevoel dat verzoeker zich niet prettig bejegend voelde, maar het was nodig om te kunnen achterhalen of de zorg voor vergoeding in aanmerking kon komen. Verder geldt dat er bepaalde voorwaarden zijn voor repatriëring, en meestal gaat het daarbij om spoedeisende zorg. Dit is alle zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Als de zorgbehandeling niet meteen plaatsvindt of pas na een week, dan kan ervan worden uitgegaan dat het planbare zorg is. Bij repatriëring moet het ook altijd gaan om vervoer naar een instelling voor medisch-specialistische zorg in Nederland, en niet om vervoer naar huis. SOS is een organisatie die de ziektekostenverzekeraar heeft gecontracteerd om te helpen met medische problemen in het buitenland, maar dan wel bij aantoonbaar spoedeisende zorg. Verzoeker vond zelf dat sprake was van een noodsituatie, en dan zou het beter zijn geweest als de ziektekostenverzekeraar eerder de telefoon zou hebben opgepakt. Bij het opvragen van de informatie is de verzekeraar gebonden aan regels. Bij gecontracteerde zorgaanbieders kan de communicatie buiten de verzekerde om gaan. Maar in dit geval is er geen communicatieportaal met de zorgaanbieder, en zonder toestemming mogen deze gegevens niet worden opgevraagd. Nu heeft het een paar dagen geduurd voordat deze stap is genomen, en dat zal de ziektekostenverzekeraar intern meenemen. Bij spoedeisende zorg kan gebruik worden gemaakt van het systeem dat er is vanwege het verdrag met Turkije, en dan wordt dit onderling afgehandeld. Bij geplande zorg is er een speciale telefoonlijn; de buitenlandlijn.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 6.2. Het staat vast dat verzoeker intussen van zijn reisverzekeraar een aanvullende vergoeding heeft gekregen voor de door hem in Antalya genoten zorg, zodat geen kosten voor zijn rekening zijn gebleven. Dat heeft verzoeker desgevraagd ter zitting erkend. Gelet op het door verzoeker tijdens het intakegesprek op 28 mei 2025 geformuleerde verzoek – waarop hij na schriftelijke bevestiging niet is teruggekomen – houdt de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde vergoeding partijen dan ook niet langer verdeeld. Daarmee kan verder in het midden blijven of het marktconforme tarief door de ziektekostenverzekeraar al dan niet correct is vastgesteld.
- 6.3. Verzoeker heeft de commissie allereerst gevraagd om erkenning van hetgeen hem is overkomen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze omstandigheden ter zitting erkend en daarbij aangegeven dat hij de situatie beter had kunnen aanpakken. De commissie is het daarmee eens; in deze specifieke situatie had van de ziektekostenverzekeraar mogen worden verwacht dat hij telefonisch contact opnam met verzoeker. Daartoe bestond naar het oordeel van de commissie in ieder geval aanleiding toen verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar aangaf dat hij het herhaalde verzoek om informatie niet begreep en daarvan ook bleek nadat hij reeds eerder toegezonden informatie herhaaldelijk opnieuw toezond. In dit verband spelen de hoge leeftijd van verzoeker en zijn bedlegerige toestand tijdens een verblijf in het buitenland een rol. Nu telefonisch contact vanuit de ziektekostenverzekeraar is uitgebleven, dient het verzoek om erkenning voor hetgeen verzoeker is overkomen te worden toegewezen.
- 6.4. Verzoeker heeft in het kader van het tweede onderdeel van zijn verzoek aangevoerd dat de uitleg van de ziektekostenverzekeraar aangaande ‘geplande zorg’ niet is opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie begrijpt deze stelling aldus dat het feit dat de Alarmcentrale een verzekerde uitsluitend helpt bij een niet-geplande behandeling en/of repatriëring volgens verzoeker niet in de voorwaarden van de zorgverzekering is vermeld, en hem zodoende niet had mogen worden tegengeworpen. Hij ziet het ontbreken van hulp door de Alarmcentrale, die in dezen handelt namens de ziektekostenverzekeraar, als een tekortkoming in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst (vgl. artikel 6:74 BW).
- De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel B.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is opgenomen dat bij planbare, niet-spoedeisende zorg vooraf een akkoordverklaring moet worden gevraagd. De Alarmcentrale (of OHRA Hulpdienst) wordt niet als zodanig in de voorwaarden van de zorgverzekering genoemd, maar is wel vermeld op de website van de ziektekostenverzekeraar, waarop is te lezen dat bij opname in het buitenland of hoge kosten contact moet worden opgenomen met de Alarmcentrale. Hieruit volgt dat de Alarmcentrale met name wordt ingeschakeld als sprake is van zorg die direct medisch noodzakelijk is, en niet voor zorg die nog kan worden uitgesteld, zoals in dit geval aan de orde is. Verzoeker had met dit gegeven bekend kunnen zijn. De commissie heeft er begrip voor dat hij, gelet op zijn pijnklachten, op dat moment veel van de Alarmcentrale verwachtte, maar dat maakt niet dat de Alarmcentrale niet aan die verwachtingen heeft voldaan dan wel sprake is van een tekortkoming in de nakoming van de tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst.
- 6.5. Het derde en laatste onderdeel van het verzoek betreft het handelen van de ziektekostenverzekeraar jegens verzoeker. De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat hij van mening is dat de ziektekostenverzekeraar te vaak en teveel informatie heeft opgevraagd en hem bovendien pas laat heeft geïnformeerd over de akkoordverklaring. Op dat moment had hij de operatie namelijk al op eigen kosten ondergaan.
- Zoals hiervoor onder 6.4. is overwogen, bepaalt artikel B.2.2. dat bij geplande zorg een voorafgaande akkoordverklaring nodig is. In artikel A.18. is bepaald dat bij een aanvraag voor zorg wordt bekeken of is voldaan aan de hertoe geldende voorwaarden. Indien nodig kan de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie opvragen. In de situatie van verzoeker had de ziektekostenverzekeraar onvoldoende gegevens om tot een beoordeling te komen. Daarom is diverse keren om aanvullende informatie verzocht. Verzoeker stuurde echter steeds dezelfde informatie op, waardoor het lang heeft geduurd om tot de akkoordverklaring te (kunnen) komen.

De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat dit had kunnen worden ondervangen door telefonisch contact op te nemen met verzoeker, hem ook langs die weg duidelijk te maken welke informatie nog ontbrak, en hem aldus te ‘ontzorgen’. Hij heeft zijn excuses aangeboden dat dit niet is gebeurd, maar stelt dat dit niet tot toewijzing van de klacht kan leiden. Hoewel het op de weg van verzoeker lag om – tijdig – de juiste informatie aan te leveren, volgt de commissie de ziektekostenverzekeraar niet in zijn conclusie. In de brieven van de ziektekostenverzekeraar werd weliswaar benoemd welke informatie nog noodzakelijk was, maar de commissie heeft hiervoor overwogen dat en waarom in dit specifieke geval van de ziektekostenverzekeraar had mogen worden verwacht dat hij telefonisch contact met verzoeker zou leggen. Dat is, zoals de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft erkend, niet gebeurd. Dit laat naar het oordeel van de commissie onverlet dat de ziektekostenverzekeraar niet onjuist heeft gehandeld door aanvullende informatie op te vragen en, bij het uitblijven hiervan, (nog) geen akkoordverklaring af te geven.

- 6.6. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, ziet de commissie aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het in deze procedure door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,-- aan hem te vergoeden.

Slotsom

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist:

- 1) dat de door verzoeker verzochte erkenning voor hetgeen hem is overkomen op zijn plaats is;
- 2) dat de ziektekostenverzekeraar onjuist jegens verzoeker heeft gehandeld door in deze specifieke situatie geen telefonisch contact te leggen;
- 3) dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden; en
- 4) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 17 oktober 2025,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 74

1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.
2. Voor zover nakoming niet reeds blijvend onmogelijk is, vindt lid 1 slechts toepassing met inachtneming van hetgeen is bepaald in de tweede paragraaf betreffende het verzuim van de schuldenaar.

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Zorg in het buitenland (artikel B.2.2.), zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg in het buitenland.
Uw basisverzekering geeft werelddekking. Dit betekent dat u buiten Nederland verzekerd bent voor dezelfde zorg en dezelfde omvang als binnen Nederland.
Als u zorg in een verdragsland krijgt omdat u daar woont of omdat u daar tijdelijk verblijft dan kunt u (in plaats van de vergoeding vanuit uw basisverzekering) kiezen voor de wettelijke regeling die in dat verdragsland geldt.

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
 1. Voor zorg in het buitenland: buitenlandzorg heeft een gelijke omvang en hoogte zoals de zorg in Nederland of uw woonland is verzekerd.
 2. Voor zorg in een verdragsland: de wettelijke regeling van het verdragsland.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor zorg in het buitenland (artikel B.2.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland.
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg).
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat.
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg).
- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum.
Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt.
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)**Wat betaalt u zelf?**

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland.
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg).
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat.
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg).
- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum.
Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt.
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Lopende behandeling

U kunt de behandeling ongehinderd afmaken als u al in behandeling bent bij een zorgverlener met budget- of volumeafspraken.

Zie ook:

[Behandeling](#) (begrippen)

Niet-gecontracteerde zorgverleners uit uw basisverzekering

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan bestaat de kans, dat wij de kosten niet volledig vergoeden. Zie hiervoor artikel A.20. Tarieven

Zorgverlener met zorgcontract of betaalovereenkomst

Gecontracteerde zorgverleners hebben altijd een betaalovereenkomst. Andere zorgverleners kunnen ook een betaalovereenkomst met ons hebben.

Andersom geldt dat niet. Zorgverleners met een betaalovereenkomst hoeven niet altijd een contract met ons over bepaalde zorg of levering van middelen te hebben.

Einde contract met zorgverlener tijdens behandeling

In de volgende gevallen zijn uw behandelingen nog maximaal één jaar verzekerd alsof een gecontracteerde zorgverlener de zorg heeft verleend:

- U bent onder behandeling bij een gecontracteerde zorgverlener. Gaandeweg de behandeling eindigt dat contract tussen uw zorgverlener en ons.
- U stapt tijdens uw lopende behandeling over van een andere verzekeraar naar ons. Uw zorgverlener was wel gecontracteerd bij uw oude verzekeraar maar (nog) niet bij ons.

Plaats van zorgverlening

Uw zorgverlener verleent de zorg op een locatie die redelijkerwijs passend, geschikt en medisch verantwoord is. Dit kan een locatie zijn waarover wij afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener of met u. Of een locatie die wettelijk of door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd daarvoor is aangewezen. In bijzondere situaties of bij bijzondere zorg noemen we de locatie.

De zorg kan, als dat mogelijk is, ook online worden verleend.

A.18. Akkoordverklaring

Wanneer is een akkoordverklaring nodig?

Met akkoordverklaring bedoelen wij de schriftelijke verklaring van onze afdeling Medische Beoordelingen.

Voor sommige zorg moeten wij eerst toestemming geven. U ziet dan bij deze zorg staan dat u een akkoordverklaring moet aanvragen. U moet deze aanvraag doen voordat u de zorg krijgt. Wij kijken bij de aanvraag voor de zorg of u voldoet aan de voorwaarden. Ook kijken wij of de zorg voor u passend en doelmatig is. Hiervoor hebben wij soms extra informatie nodig die we aan u vragen.

Geven wij u akkoord? Dan leest u in de akkoordverklaring wat wij vergoeden en welke voorwaarden gelden.

Zie ook:

[Schriftelijk](#) (begrippen)

Akkoordverklaring voor zorg van een gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een gecontracteerde zorgverlener? Dan kan de zorgverlener namens ons beoordelen of u een akkoordverklaring krijgt. Dit hebben wij dan met de zorgverlener afgesproken.

Wat doet de gecontracteerde zorgverlener?

- De zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor de vergoeding van de zorg;
- De zorgverlener beoordeelt welke zorg u nodig heeft;
- De zorgverlener geeft een akkoordverklaring af.

Weet de zorgverlener niet zeker of alles in orde is? Dan stuurt hij de aanvraag naar ons zodat wij dit kunnen beoordelen. U hoeft dan zelf niets aan ons door te geven.

Akkoordverklaring voor zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. U doet dit alleen als wij voor deze zorg aangeven dat een akkoordverklaring nodig is. U kunt vragen of de zorgverlener u hierbij helpt.

Welke informatie hebben wij nodig?

- Een aanvraag met de reden waarom u de zorg nodig heeft;
- Als het mogelijk is: een overzicht van de kosten van de behandeling en een behandelplan.

Hebben wij nog meer informatie nodig? Dan laten wij u weten welke informatie wij missen.

U kunt de informatie opsturen naar de afdeling Medische Beoordelingen.

In welke taal moet u de aanvraag indienen?

Aanvragen en aanvullende informatie schrijft u in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Doet u uw aanvraag in een andere taal? Dan vragen wij een vertaling bij u op. U kunt er ook voor kiezen om de vertaling door ons te laten regelen. U moet dan de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen.

Akkoordverklaring voor hulpmiddelen

Voor veel hulpmiddelen kunt u voor aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie rechtstreeks bij een door ons gecontracteerde zorgverlener terecht. Deze zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking en welk hulpmiddel voor uw situatie is aangewezen. Als u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking, declareert hij het hulpmiddel rechtstreeks bij ons. Voldoet u niet aan de voorwaarden, dan kunt u kiezen:

- zelf voor het hulpmiddel te betalen; of
- alsnog zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Vermeld daar dan bij dat uw verzoek bij de zorgverlener is afgewezen. U vraagt de akkoordverklaring schriftelijk bij de afdeling Medische Beoordelingen aan. U moet hiervoor een zorgaanvraag naar ons sturen.

Als wij aanvullende informatie nodig hebben voor de beoordeling van de zorgaanvraag, zullen we die bij u opvragen. Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, stuurt deze vaak namens u de zorgaanvraag naar ons. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgverlener moet u zelf de zorgaanvraag naar ons insturen. Voor een aantal hulpmiddelen is hiervoor een standaard aanvraagformulier. Dit kunt u vinden op onze website. U kunt ook telefonisch een aanvraagformulier opvragen bij onze afdeling Medische Beoordelingen.

Met de zorgaanvraag stuurt u ons een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de voorschrijver. Hierin staat de medische indicatie; eventueel aangevuld met een advies of rapportage als wij daar om vragen. Ook bevat de zorgaanvraag:

- uw relatienummer;
- uw naam, adres en woonplaats;
- uw geboortedatum;
- de naam van de zorgverlener die het hulpmiddel levert;
- een omschrijving van het gewenste hulpmiddel;
- het artikelnummer van de Z-index of de GPH-code: de zorgverlener kan u deze gegevens geven;
- een opgave van de periode dat u verwacht het hulpmiddel nodig te hebben;
- en als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat een offerte of prijsopgave van de kosten van het te leveren hulpmiddel.

Bij een basisverzekering als u verandert van zorgverzekeraar

Stapt u tijdens uw behandeling naar ons over? Dan blijft de akkoordverklaring, de verwijzing of het recept dat u heeft verkregen van uw vorige zorgverzekeraar geldig.

Mededelingen en toezeggingen

De akkoordverklaring is alleen geldig als u schriftelijk toestemming van ons heeft gehad. Wij sturen dan een brief naar het door u doorgegeven post- of e-mailadres. Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die ontstaat als u te laat of geen berichten krijgt. Bijvoorbeeld omdat wij het verkeerde adres hebben ontvangen.

Geldigheidsduur

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is geldig:

- op basis van algemeen geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden;
- voor maximaal 365 dagen, behalve als we anders aangeven. Als wij binnen deze periode de specifieke voorwaarden voor uw zorg veranderen, mag u de behandeling volgens de akkoordverklaring afmaken.

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is niet meer geldig als:

- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt; of
- als uw verzekering is veranderd of stopt. Behalve als de ingangsdatum van een behandeling met een DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt.

Zie ook:

[DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

A.19. Rekeningen

Vergoeding algemeen

U krijgt nooit meer vergoed dan de werkelijke kosten van de zorg die op de rekening staan.

Rekeningen algemeen

Heeft u recht op vergoeding? Dan ontvangt u de vergoeding op uw banknummer (IBAN) dat bij ons bekend is.

Declareren en vergoeden van rekeningen kan op verschillende manieren:

- Een gecontracteerde zorgverlener declareert meestal rechtstreeks bij ons. Wij vergoeden dan rechtstreeks aan de zorgverlener.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener geeft of stuurt u de rekening. Deze kunt u bij ons declareren. Wij vergoeden dan aan u als u daar recht op heeft.
- De volgende acties of handelingen zijn uitgesloten:
- uw vordering of een ander recht op ons mag u niet overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of aan iedere andere derde;
- een zekerheidsrecht (zoals een pandrecht) mag u niet geven aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of anderen die wij niet gecontracteerd hebben;
- een niet-gecontracteerde zorgverlener of iedere andere derde mag u geen toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren. Zij mogen ook geen betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aannemen waarmee een verplichting van u aan die ander wordt voldaan. Ook niet als u daar toestemming of opdracht voor geeft.

Waar rekeningen aan moeten voldoen

Aan welke eisen moet een rekening voldoen?

- het moet gaan om zorg die werkelijk geleverd is;
- de rekening moet binnen 36 maanden na de zorg bij ons binnen zijn. U heeft geen recht meer op vergoeding als wij de rekening na 36 maanden binnen hebben.
- de rekening is in een van de volgende talen: Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Dit geldt ook voor behandelverslagen. Is dit niet een van die talen? Dan vragen wij u om een vertaling van de rekening. U kunt de vertaling ook door ons te laten regelen. U moet dan wel de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen;
- u moet de rekening hebben ingestuurd of een gecontracteerde zorgverlener heeft dat namens u gedaan;
- wij moeten de rekening zonder navraag, bewerking of onderzoek kunnen afhandelen. Wij gaan daarbij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. In ieder geval moet op de rekening staan:
- naam en adres van de zorgverlener;