

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen
Zaaknummer: 202501111

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 2 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 januari 2026 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 12 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 februari 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend DSM **, Aanvullend Tand Basis, en Extra Vitaal (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is al enkele jaren onder behandeling bij Klatter Pijncoaching, een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor de medisch specialistische revalidatie, die wordt gedeclareerd door middel van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC), is in bepaalde gevallen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist. De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van de namens verzoekster hiertoe ingediende aanvraag, beslist dat deze, vanwege ontbrekende informatie, niet verder in behandeling wordt genomen. De gemaakte kosten worden om die reden niet vergoed.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 23 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door haar in 2025 gemaakte kosten van medisch specialistische revalidatie bij Klatte Pijncoaching te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. In het klachtenformulier heeft verzoekster gesteld dat zij al acht jaar onder behandeling was bij deze zorgaanbieder en de kosten voorheen volledig werden vergoed. Zonder dat de polisvoorwaarden zijn gewijzigd moet nu eerst een machtiging worden aangevraagd. Aan verzoekster werd verteld dat dit slechts een kleine moeite zou zijn. De ingediende aanvraag werd echter door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, omdat er te weinig informatie zou zijn verstrekt. Volgens verzoekster speelt dit bij alle patiënten van deze zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft verzoekster verteld dat de ziektekostenverzekeraar zoveel informatie vraagt dat dit in strijd is met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Bovendien gaat de ziektekostenverzekeraar hiermee op de stoel van de arts zitten. Verzoekster licht toe volledig bedlegerig te zijn geweest. Nu kan zij weer kleine stukjes in huis lopen. De revalidatiearts kent haar ziektebeeld goed. In de reguliere revalidatiezorg werd geconcludeerd dat zij niet trainbaar was en er maar mee moest leren te leven. Verzoekster ziet nu weer perspectief in haar leven en heeft grip op haar aandoening. Zij vreest achteruit te gaan en dan weer hogere zorgkosten te maken.
- 3.3. In haar brief van 2 december 2025, gericht aan de commissie, stelt verzoekster dat de kosten van de behandeling sinds maart 2025 niet langer worden vergoed. In voorgaande jaren was het machtigingsvereiste niet aan de orde en werden de nota's zonder problemen vergoed. Van de wijziging was zij niet op de hoogte; de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder hadden haar hierover moeten inlichten. Volgens verzoekster had de ziektekostenverzekeraar uit coulance een overgangsregeling moeten aanbieden. Inmiddels is zij op de hoogte van het beleid en kan zij hiermee voor 2026 rekening houden bij het maken van afspraken.
- 3.4. Ter zitting is door verzoekster uiteengezet dat de kosten van de behandelingen bij Klatte Pijncoaching tot 2025 altijd werden vergoed. Halverwege 2025 werd verzoekster ineens ermee geconfronteerd dat de kosten niet zonder meer zouden worden vergoed. Dit omdat voorafgaand aan de behandeling eerst een aanvraag moest worden ingediend. Ook toen de aanvraag eenmaal was ingediend werden de kosten niet vergoed. Nu met als reden dat de noodzaak voor revalidatiezorg niet nader is onderbouwd. Met betrekking hiertoe wenst verzoekster te benadrukken dat haar zorgaanbieder als een van de weinigen ervaring heeft in het behandelen van patiënten met het Ehlers-Danlos syndroom (EDS).

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 11 april 2025 verklaard dat de zorgaanbieder niet-gecontracteerd is. Voor de eerste DBC in een kalenderjaar is geen toestemming nodig. Anders is dit voor de tweede en volgende, bij de in deze kwestie relevante behandelcode. Op de zorgaanbieder rust de verplichting zijn patiënt hierover in te lichten. In dit geval is de niet-gecontracteerde zorgaanbieder bij brief van 1 december 2023, en nogmaals in februari 2024, op de hoogte gesteld van het machtigingsbeleid voor medisch specialistische revalidatie. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar artikel B.24 'Revalidatie' en tekent hierbij aan dat de voorwaarden van de zorgverzekering in 2024 op dit punt niet zijn gewijzigd.
- 4.2. In zijn brief van 23 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een aanvraag van de zorgaanbieder werd ontvangen. Hieruit bleek niet van welk ziektebeeld sprake is. Voorts was er geen specifieke omschrijving van de noodzaak van een vervolgbehandeling en werden geen specifieke behandeldoelen beschreven. Daarnaast gevraagd werd van de zorgaanbieder geen

toelichting ontvangen, hoewel het op zijn weg lag hiervoor zorg te dragen. Voor de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is tot op heden niet navolgbaar waarom een behandeling in de tweede lijn nodig is. Dit betekent ook dat niet kan worden gecontroleerd of aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Na 15 mei 2025, de datum waarop zij en de betrokken zorgaanbieder over het voorgaande schriftelijk werden geïnformeerd, heeft de ziektekostenverzekeraar geen andere aanvragen ten behoeve van verzoekster ontvangen.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 6 oktober 2025 zijn standpunt herhaald en hieraan toegevoegd dat hij het primaat van de revalidatiearts in stand laat, maar hij daartegenover een verzekeringsrechtelijke toets mag uitvoeren, dat wil zeggen dat hij mag beoordelen of de beoogde behandeling voldoet aan de criteria voor verzekerde zorg volgens de ‘drietrapsraket’. In dat kader wordt nagegaan of (i) het zorg is die artsen ‘plegen te bieden’, (ii) de zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en (iii) de verzekerde ‘redelijkerwijs is aangewezen op’ de zorg. Daarom geldt voor medisch specialistische zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een machtigingsvereiste. Het in dat verband opvragen van informatie is op grond van de AVG toegestaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar ervaren meer verzekerden problemen met ontbrekende of onvolledige aanvragen van deze zorgaanbieder. Op 25 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar – in algemene zin – opnieuw contact gezocht hierover.

De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat in het geval van verzoekster nog geen definitieve beoordeling heeft plaatsgevonden.

- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 12 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar het juridisch kader geschetst aan de hand van de relevante artikelen uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, en de verzekeringsvoorwaarden. Hij stelt vast dat in 2024 het machtigingsvereiste al van toepassing was. Er is een aanvraag gedaan, maar bij gebrek aan informatie vanuit de niet-gecontracteerde zorgaanbieder is voor de medisch adviseurs onvoldoende navolgbaar dat bij verzoekster een verzekeringsindicatie voor medisch specialistische zorg bestaat. Het lag op de weg van de zorgaanbieder verzoekster te informeren over het niet-gecontracteerd zijn en de mogelijke gevolgen hiervan. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 7:448, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek in samenhang met artikel 38, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg, en de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-035) van de Nederlandse Zorgautoriteit. De zorgaanbieder is door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gebracht van het machtigingsvereiste en wist dat de aanvraag hiertoe niet zonder meer zou worden geaccordeerd. Hij had verzoekster hierover moeten inlichten. Overigens is hierbij een overgangstermijn geboden tot medio 2024.

De informatieplicht van de ziektekostenverzekeraar strekt enkel tot het kenbaar maken van wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en daarvan is hier geen sprake. Volgens de ziektekostenverzekeraar bevatten de verzekeringsvoorwaarden alle informatie over afname van niet-gecontracteerde zorg en is zijn informatieverstrekking in lijn met de verplichtingen vanuit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij de zorgaanbieder tijdig heeft geïnformeerd dat er voor medisch specialistische revalidatie vooraf een machtiging dient te worden aangevraagd. Tussen het moment van informeren en het daadwerkelijk gaan hanteren van de voorwaarde zat een behoorlijke periode. Deze periode was bedoeld als overgangsregeling, zodat de zorgaanbieder ruim de tijd had om (i) zijn patiënten te informeren en (ii) voor hen een machtiging aan te vragen. Voor zover verzoekster dat het ook op de weg van de ziektekostenverzekeraar om zijn verzekerden te informeren, geldt dat dit praktisch gezien niet mogelijk is.

Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar van de zorgaanbieder op enig moment wel een aanvraag heeft ontvangen, maar hieruit bleek niet dat verzoekster volgens het stepped-care-principe is behandeld. De aanvraag was voor de ziektekostenverzekeraar dan ook niet navolgbaar.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 Zorgverzekeringswet (Zvw) over het toestemmingsvereiste, het Burgerlijk Wetboek over de inlichtingenplicht, en de AVG zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de Nederlandse Zorgautoriteit en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Uit de Memorie van toelichting bij artikel 14 Zvw blijkt dat het een zorgverzekeraar is toegestaan om in de verzekeringsvoorwaarden op te nemen dat een verzekerde voor bepaalde vormen van zorg zijn voorafgaande toestemming nodig heeft. In dit geval betreft het medisch specialistische revalidatie. De aanspraak hierop is geregeld in artikel B.24 'Revalidatie' van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voorts staat vast dat de zorgaanbieder, Klante Pijncoaching, voor deze zorg niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Eerdergenoemde bepaling bevat ter zake de volgende tekst:

“Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier ‘aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg’ welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject.

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.”

Het staat vast dat deze aanvullende voorwaarden in ieder geval vanaf 1 januari 2025 van toepassing waren. Van een tussentijdse wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, zoals door verzoekster vermoed, is dan ook geen sprake.

- 6.3. Voorts staat vast dat door de niet-gecontracteerde zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor – voortgezette – medisch specialistische revalidatie is gedaan. In dit verband is door de ziektekostenverzekeraar gevraagd welke behandelingen in het kader van AMSR er tot nog toe zijn ingezet en wat het effect was van deze ingezette behandelingen. De laatste vraag is aldus beantwoord:

“Verminderen van achteruitgang bij chronisch progressief ziektebeeld met complexe bio-psycho-sociale samenhang.

Verbeterde fysieke en mentale balans. Meer inzicht in- en grip op belasting en belastbaarheid.

Verbeteren Quality of life. Persisterend zeer kwetsbare fysieke en mentale balans”

Op de vraag waarom de verzekerde op dit moment is aangewezen op een vervolg binnen AMSR heeft de zorgaanbieder geantwoord:

Op alle bovengenoemde aspecten is vervolgbehandeling en vangnet noodzakelijk. Regelmatig medicatie evaluatie en voorschrift. Zo nodig injectietherapie, orthesiologie, advisering en voorschrift van aanpassingen, voorzieningen, leefregels. Dit alles behoeft ASMR behandeling met specifieke kennis, expertise en passende werkwijze zoals Klatte Pijncoaching deze biedt. De eerste lijn kan dit niet bieden. De revalidatiecentra hebben hiervoor geen passende expertise en geen passend behandelaanbod. Patiënt is al langdurig in behandeling bij Klatte Pijncoaching.”

De commissie stelt vast dat in de aanvraag een beschrijving van het ziektebeeld ontbreekt. Voor de noodzaak van de vervolgbehandelingen worden geen specifieke, op verzoekster toegespitste behandeldoelen omschreven. Ondanks herhaalde verzoeken heeft de zorgaanbieder op deze onderdelen geen duidelijkheid geboden. De commissie kan de (medisch adviseur van de) ziektekostenverzekeraar volgen in zijn conclusie dat niet navolgbaar is waarom verzoekster – verdere – behandeling in de tweede lijn nodig heeft. Van strijd met de AVG is geen sprake, nog daargelaten of een zorgaanbieder daarop namens een verzekerde een beroep kan doen. In dit verband kan een grondslag voor de verwerking van de bijzondere persoonsgegevens van verzoekster worden gevonden in artikel 9, tweede lid, onder h, AVG.

- 6.4. Artikel 7:941, tweede lid, BW bepaalt dat de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht zijn binnen een redelijke termijn alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. Het derde lid bepaalt dat indien deze verplichting niet is nagekomen, de verzekeraar de uitkering kan verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

De commissie concludeert dat de inlichtingenplicht die op verzoekster rust vooralsnog niet is nagekomen en merkt in dit verband op dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat nog geen definitieve beoordeling (van de aanvraag) heeft plaatsgevonden. Daarmee is sprake van een euvel dat verzoekster alsnog kan (laten) oplossen.

- 6.5. Verzoekster heeft betoogd dat de kosten eerder gewoon werden vergoed en dat zij niet bekend was met het machtigingsvereiste. De ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder hadden haar hierover moeten informeren.

De commissie overweegt in dit verband dat het machtigingsvereiste voor verzoekster kenbaar was, althans had kunnen zijn, aan de hand van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan aan de op hem rustende informatieverplichting uit hoofde van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de Nederlandse Zorgautoriteit. Uit artikel 9 van deze regeling volgt dat indien verzoekster meer informatie wenste over de vergoeding van de onderhavige zorg – en de voorwaarden waaronder – het op haar weg lag hier navraag naar te doen bij de ziektekostenverzekeraar.

Of en in hoeverre op de niet-gecontracteerde zorgaanbieder een informatieverplichting rust, en in hoeverre hij zich namens verzekerde kan beroepen op vermeende strijd met de AVG, kan in het midden blijven. Tenslotte is de zorgaanbieder geen partij in deze procedure en beperkt de bevoegdheid van de commissie zich tot geschillen tussen ziektekostenverzekeraars en verzekeringnemers of verzekerden.

- 6.6. Volgens verzoekster had de ziektekostenverzekeraar uit coulance een overgangsregeling moeten aanbieden. De commissie overweegt dat door de ziektekostenverzekeraar onweersproken is gesteld dat ook in 2024 al een machtigingsvereiste van toepassing was en dat toen tot medio dat jaar een overgangsregeling is gehanteerd. Hiernaast merkt de commissie op dat er ook nu nog een

open mogelijkheid ligt om de aanvraag nader te onderbouwen. Het feit dat de zorgaanbieder vooralsnog de benodigde informatie niet heeft verschaft biedt geen grondslag om de kenbare voorwaarde van een voorafgaande machtiging opzij te zetten.

Slotsom

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

B.24 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([24.1](#)) en geriatrische revalidatie ([24.2](#)).

24.1 Medische specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie (MSR) als u een van de volgende aandoeningen heeft:

- Een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen.
- Een aangeboren of verworven neurologische aandoening, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. U heeft ook recht op MSR zonder dat sprake is van problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen indien u niet-aangeboren hersenletsel (NAH) heeft en dit leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.
- Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Het moet gaan om een klacht, stoornis of aandoening die volgens het Zorginstituut Nederland voldoet aan deze omschrijving.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts, verpleegkundig specialist, arts-assistent, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist;
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie;
- Patiënten komen pas in aanmerking voor medisch specialistische revalidatie wanneer is voldaan aan de uitgangspunten van stepped care tenzij sprake is van een aandoening op de lijst van revalidatiediagnosen die mede door de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen is opgesteld en de revalidatiearts constateert dat een stepped care-traject gezien de aard en ernst van de aandoening niet aan de orde is. Bij stepped care wordt een patiënt altijd de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en ernst van de problematiek. En als de minimaal noodzakelijke interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

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

- (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- eerstelijns verblijf.

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

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject.

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

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

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

24.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit. Het doel van geriatrische revalidatie is het herstel of verbeteren van uw functioneren en uw participatie in de maatschappij.

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

1. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatiezorg.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
3. Voorafgaand aan deze verwijzing naar geriatrische revalidatiezorg verbleef u niet voor behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
4. Of u bent aangewezen op geriatrische revalidatiezorg moet blijken uit een geriatrisch assessment. Dit assessment wordt afgenomen door een specialist ouderengeneeskunde, een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

B.25 Second Opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

1. De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
3. De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
4. Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
5. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

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

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

B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel [B.15](#), [B.27](#) en [B.28](#) staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

2. Met inachtneming van de beschikbare technologie doet de verwerkingsverantwoordelijke redelijke inspanningen om in dergelijke gevallen te controleren of de persoon die de ouderlijke verantwoordelijkheid voor het kind draagt, toestemming heeft gegeven of machtiging tot toestemming heeft verleend.
3. Lid 1 laat het algemene overeenkomstenrecht van de lidstaten, zoals de regels inzake de geldigheid, de totstandkoming of de gevolgen van overeenkomsten ten opzichte van kinderen, onverlet.

Artikel 9

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

1. Verwerking van persoonsgegevens waaruit ras of etnische afkomst, politieke opvattingen, religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen, of het lidmaatschap van een vakbond blijken, en verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens met het oog op de unieke identificatie van een persoon, of gegevens over gezondheid, of gegevens met betrekking tot iemands seksueel gedrag of seksuele gerichtheid zijn verboden.
2. Lid 1 is niet van toepassing wanneer aan een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:
 - a) de betrokkene heeft uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van die persoonsgegevens voor een of meer welbepaalde doeleinden, behalve indien in Unierecht of lidstatelijk recht is bepaald dat het in lid 1 genoemde verbod niet door de betrokkene kan worden opgeheven;
 - b) de verwerking is noodzakelijk met het oog op de uitvoering van verplichtingen en de uitoefening van specifieke rechten van de verwerkingsverantwoordelijke of de betrokkene op het gebied van het arbeidsrecht en het socialezekerheids- en socialebeschermingsrecht, voor zover zulks is toegestaan bij Unierecht of lidstatelijk recht of bij een collectieve overeenkomst op grond van lidstatelijk recht die passende waarborgen voor de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene biedt;
 - c) de verwerking is noodzakelijk ter bescherming van de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon indien de betrokkene fysiek of juridisch niet in staat is zijn toestemming te geven;
 - d) de verwerking wordt verricht door een stichting, een vereniging of een andere instantie zonder winstoogmerk die op politiek, levensbeschouwelijk, godsdienstig of vakbondsgebied werkzaam is, in het kader van haar gerechtvaardigde activiteiten en met passende waarborgen, mits de verwerking uitsluitend betrekking heeft op de leden of de voormalige leden van de instantie of op personen die in verband met haar doeleinden regelmatig contact met haar onderhouden, en de persoonsgegevens niet zonder de toestemming van de betrokkenen buiten die instantie worden verstrekt;
 - e) de verwerking heeft betrekking op persoonsgegevens die kennelijk door de betrokkene openbaar zijn gemaakt;
 - f) de verwerking is noodzakelijk voor de instelling, uitoefening of onderbouwing van een rechtsvordering of wanneer gerechten handelen in het kader van hun rechtsbevoegdheid;
 - g) de verwerking is noodzakelijk om redenen van zwaarwegend algemeen belang, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene;
 - h) de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen;
 - i) de verwerking is noodzakelijk om redenen van algemeen belang op het gebied van de volksgezondheid, zoals bescherming tegen ernstige grensoverschrijdende gevaren voor de gezondheid of het waarborgen van hoge normen inzake kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg en van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht waarin passende en specifieke maatregelen zijn opgenomen ter bescherming van de rechten en vrijheden van de betrokkene, met name van het beroepsgeheim;

- j) de verwerking is noodzakelijk met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden overeenkomstig artikel 89, lid 1, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkene.
3. De in lid 1 bedoelde persoonsgegevens mogen worden verwerkt voor de in lid 2, punt h), genoemde doeleinden wanneer die gegevens worden verwerkt door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die eveneens krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels tot geheimhouding is gehouden.
4. De lidstaten kunnen bijkomende voorwaarden, waaronder beperkingen, met betrekking tot de verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens of gegevens over gezondheid handhaven of invoeren.

Artikel 10

Verwerking van persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten

Persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten of daarmee verband houdende veiligheidsmaatregelen mogen op grond van artikel 6, lid 1, alleen worden verwerkt onder toezicht van de overheid of indien de verwerking is toegestaan bij Unierechtelijke of lidstaatrechtelijke bepalingen die passende waarborgen voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen bieden. Omvattende registers van strafrechtelijke veroordelingen mogen alleen worden bijgehouden onder toezicht van de overheid.

Artikel 11

Verwerking waarvoor identificatie niet is vereist

1. Indien de doeleinden waarvoor een verwerkingsverantwoordelijke persoonsgegevens verwerkt, niet of niet meer vereisen dat hij een betrokkene identificeert, is hij niet verplicht om, uitsluitend om aan deze verordening te voldoen, aanvullende gegevens ter identificatie van de betrokkene bij te houden, te verkrijgen of te verwerken.
2. Wanneer de verwerkingsverantwoordelijke in de in lid 1 van dit artikel bedoelde gevallen kan aantonen dat hij de betrokkene niet kan identificeren, stelt hij de betrokkene daarvan indien mogelijk in kennis. In dergelijke gevallen zijn de artikelen 15 tot en met 20 niet van toepassing, behalve wanneer de betrokkene, met het oog op de uitoefening van zijn rechten uit hoofde van die artikelen, aanvullende gegevens verstrekt die het mogelijk maken hem te identificeren.

HOOFDSTUK III

Rechten van de betrokkene

Afdeling 1

Transparantie en regelingen

Artikel 12

Transparante informatie, communicatie en nadere regels voor de uitoefening van de rechten van de betrokkene

1. De verwerkingsverantwoordelijke neemt passende maatregelen opdat de betrokkene de in de artikelen 13 en 14 bedoelde informatie en de in de artikelen 15 tot en met 22 en artikel 34 bedoelde communicatie in verband met de verwerking in een beknopte, transparante, begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal ontvangt, in het bijzonder wanneer de informatie specifiek voor een kind bestemd is. De informatie wordt schriftelijk of met andere middelen, met inbegrip van, indien dit passend is, elektronische middelen, verstrekt. Indien de betrokkene daarom verzoekt, kan de informatie mondeling worden meegegeeld, op voorwaarde dat de identiteit van de betrokkene met andere middelen bewezen is.

- 8.3 De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat de informatie, als bedoeld in het eerste lid, ook aan consumenten wordt gegeven als niet de collectiviteiten zelf, maar eventuele derden op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar een modelovereenkomst aanbieden met een collectiviteitsovereenkomst.

Kenmerk

Pagina
5 van 8

Kosten van zorg

Artikel 9 Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

- 9.1 Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien.
- 9.2. Wanneer een consument niet beschikt over alle gegevens op basis waarvan de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde informatie kan geven, dan moet de zorgverzekeraar aangeven welke gegevens ontbreken. De zorgverzekeraar vermeldt hierbij, indien van toepassing, waar of bij wie de consument de ontbrekende gegevens kan verkrijgen zodat de informatie bedoeld in het eerste lid alsnog kan worden gegeven.

Artikel 10 Informatie over (niet) gecontracteerde zorg

- 10.1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde dan:
- meldt de zorgverzekeraar dit via zijn relevante openbare communicatiekanalen en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, en
 - neemt de zorgverzekeraar in zijn relevante openbare communicatiekanalen een actueel overzicht op met welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan waar dit overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders te vinden is.
- 10.2 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds hanteert bij de contractering en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde dan:
- meldt de zorgverzekeraar hoe hij daarmee omgaat in de polisvoorwaarden en via zijn relevante openbare communicatiekanalen, waarbij hij ook de mogelijke consequenties voor de verzekerde vermeldt, en
 - vermeldt de zorgverzekeraar in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht voor de betreffende zorgaanbieder wat de mogelijke consequenties hiervan zijn voor de verzekerde.