

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600063

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 13 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 5 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2026 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 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering Variant Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 8 september 2025 is verzoeker naar Essen, Duitsland, gegaan voor een consult.
- 2.3. Op 15 september 2025 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een microchirurgische decompressie L4-S1 links (hierna: herniaoperatie), uit te voeren in Essen.
- 2.4. Bij brief van 18 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.5. Op 25 september 2025 is de herniaoperatie bij verzoeker uitgevoerd.
- 2.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 31 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:
 1. de kosten van de door hem in Essen genoten zorg, bestaande uit een consult en de daaropvolgende herniaoperatie, vermeerderd met de wettelijke rente, al dan niet gedeeltelijk, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering;
 2. het door hem betaalde klachtgeld van € 37,-- te vergoeden;
 3. een vergoeding te verlenen voor de kosten die hij heeft gemaakt voor de klachtbehandeling, te weten de kosten van juridische bijstand.

- 3.2. Bij brief van 13 januari 2026 heeft verzoeker toegelicht dat hij in december 2024 een acute aanval met hevige pijn en uitvalklachten kreeg. De huisarts vermoedde een piriformis syndroom of beginnende hernia, maar kon geen eenduidige diagnose stellen en heeft verzoeker ook niet doorverwezen voor een MRI-scan. Verzoeker heeft vervolgens fysiotherapie gehad, waaronder dry needling, echter zonder dat verbetering optrad. Hij heeft de huisarts meerdere keren gevraagd om een doorverwijzing voor een MRI-scan. De huisarts vond dit echter niet nodig. Omdat de klachten aanhielden heeft verzoeker op eigen initiatief op 27 augustus 2025 een MRI-scan laten maken. Daaruit bleek dat hij een hernia met dubbele stenose had. De MRI-scan en de rapportage van de radioloog zijn vervolgens doorgestuurd naar de huisarts en de resultaten zijn met deze besproken op 29 augustus 2025. Het was duidelijk dat zonder operatie geen herstel te verwachten was. De huisarts gaf aan dat het via de reguliere weg circa negen maanden zou duren voordat een afspraak met een neuroloog kon worden ingepland, ondanks de reeds bekende MRI-resultaten. Verzoeker is doorverwezen naar een neuroloog in Drachten. Hij vond afwachten met de aanhoudende pijn, ongemakken en onzekerheden echter niet langer houdbaar. Daarom heeft hij contact gezocht met de Herniapoli, waarbij hij de MRI-scan, de rapportage van de radioloog en een medische vragenlijst heeft aangeleverd. De Herniapoli heeft hierna bemiddeld bij het tot stand komen van een diagnose en de daaropvolgende behandeling bij Procelsio Clinic in Essen. Verzoeker is daar op 8 september 2025 voor een consult/onderzoek bij een neurochirurg geweest. Deze heeft de casus van verzoeker vervolgens beoordeeld en bevestigd dat een operatie noodzakelijk was om van de klachten af te komen. Verzoeker heeft op 12 september 2025 een verwijzing van de huisarts naar Procelsio Clinic gekregen. Op 25 september 2025 is hij succesvol geopereerd. Verzoeker heeft op grond van artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Hij heeft dit recht aangezien hij was aangewezen op deze zorgvorm (de operatieve ingreep) en omdat de zorg doelmatig en doeltreffend is (geweest). Dit blijkt uit de feiten en wordt daarnaast onderbouwd door de verwijzing van de huisarts. Ook op grond van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet heeft verzoeker recht op vergoeding van de kosten van de door hem genoten zorg.

- 3.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet de verwijzing van de huisarts niet aan de gestelde eisen, omdat deze is opgesteld na het contact met de zorgverlener in Essen. In artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering staat dat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen een verwijzing, voorschift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig heeft, waaruit blijkt dat de verzekerde is aangewezen op de zorg. Op grond van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering kan verzoeker, vanwege zijn diagnose, terecht bij een medisch specialist. Hiervoor is een verwijsbrief van de huisarts vereist. In de voorwaarden van de zorgverzekering is echter niet expliciet opgenomen dat deze verwijzing voorafgaand aan de zorgverlening, in casu het consult/onderzoek bij Procelsio Clinic, moet zijn verkregen. Indien verzoeker deze verwijzing inderdaad voorafgaand aan het contact met Procelsio Clinic had moeten hebben, had dit uitdrukkelijk in de voorwaarden van de zorgverzekering moeten worden vermeld. Op grond van artikel 6:238, tweede lid, van het Burgerlijk geldt dat bij onvoldoende kenbare en onduidelijke bepalingen in een consumentenovereenkomst, waarbij twijfel bestaat over de betekenis, de voor de consument meest gunstige uitleg moet worden gevolgd. In dit geval betekent dit dat onder 'verwijzing van de huisarts' kan worden verstaan de verwijzing van de huisarts,

ongeacht of deze vóór of na het contact met Procelsio Clinic is verkregen. De verwijzing van de huisarts is bovendien verkregen voordat verzoeker in Essen is geopereerd. De behandeling die verzoeker heeft ondergaan staat niet op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg, waardoor voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar niet vereist was.

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat het behandelplan van Procelsio Clinic is opgesteld op basis van een anamnese en een scan, zonder dat een evident geïndiceerd lichamelijk onderzoek is betrokken bij de indicatiestelling. Dit zou in strijd zijn met de geldende richtlijnen van de beroepsgroep. Het is niet duidelijk op welke richtlijnen de ziektekostenverzekeraar zich in dit verband baseert. Daarnaast heeft de neurochirurg een diagnose gesteld en een behandeladvies gegeven, te weten een chirurgische ingreep, dit op basis van de MRI-scan en de bijbehorende rapportage van Prescan, de klachten van verzoeker, en een aanvullende anamnese verricht door Privatescan. In tegenstelling tot wat in de brief van de ziektekostenverzekeraar wordt vermeld, is een lichamelijk onderzoek wel degelijk onderdeel geweest van de indicatiestelling. In de brief van Procelsio Clinic van 8 september 2025 staat ook expliciet vermeld dat de definitieve indicatie zal worden gesteld na het lichamelijk onderzoek door de neurochirurg. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de bevindingen van Prescan (waaronder tekenen van tendinopathie) niet zijn meegenomen in de afweging om al dan niet te opereren. De onderzoeksresultaten van Prescan zijn gedeeld met de neurochirurg en deze zijn dus wel meegenomen in de behandeloverweging. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de tekenen van tendinopathie betrekking hebben op het onderzoek naar de heupregio van verzoeker. Het onderzoek naar het onderste deel van de wervelkolom toont duidelijk aan dat de klachten van verzoeker verband houden met een hernia met dubbele stenose. De neurochirurg is bovendien tot de conclusie gekomen dat conservatieve behandelingen, waaronder fysiotherapie, infiltraties en analgetica, niet hebben geleid tot (aanzienlijke) verbetering van de klachten. Gezien de klinische symptomen, de ineffectieve conservatieve aanpak en de radiologische bevindingen, achtte de neurochirurg een chirurgische ingreep noodzakelijk. Ook conform de specialistenrichtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) wordt tot een operatie overgegaan indien conservatieve therapie heeft gefaald. De medische zorg die verzoeker heeft ontvangen was voor hem de meest geschikte en aangewezen behandeling. Tevens heeft het Zorginstituut op 31 oktober 2013 het standpunt uitgebracht dat de behandeling van een hernia in de onderrug met een endoscopische operatie door middel van de MED-techniek tot het basispakket kan worden gerekend, omdat deze behandeling niet wezenlijk verschilt van de standaardbehandeling. Ook de beroepsverenigingen NVvN en DSS (Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie en Dutch Spine Society) bevestigen dit.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar artikel 14 van de Zorgverzekeringswet. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij, in overeenstemming met de voorwaarden van zorgverzekering, een voorafgaande gerichte verwijzing van de huisarts heeft ontvangen voordat de operatie plaatsvond. Daarnaast is in artikel 14 van de Zorgverzekeringswet een verplichting voor de ziektekostenverzekeraar opgenomen.
- 3.6. De verwijzing, door de ziektekostenverzekeraar, naar eerdere bindende adviezen van de commissie treft geen doel. In de door de ziektekostenverzekeraar genoemde bindende adviezen was überhaupt geen sprake van een voorafgaande verwijzing. In bijvoorbeeld het bindend advies SKGZ202100703 ging het om iemand met pijnklachten aan zijn kaak. In Nederland moest hij drie maanden wachten op behandeling, waarna hij zich wendde tot een arts in Münster, Duitsland. De kosten van de behandeling daar heeft hij gedeclareerd bij zijn verzekeraar, maar deze weigerde vergoeding, op de grond dat er geen voorafgaande verwijzing was en ook geen toestemming was gevraagd. De commissie wees het verzoek af, aangezien er twee verwijsbrieven waren, beide gedateerd na de behandeling, en het hierbij niet ging om gerichte verwijzingen. In het geval van verzoeker was er ten tijde van de operatie echter wel degelijk een (voorafgaande) gerichte verwijzing van de huisarts.

- 3.7. Verzoeker heeft opgemerkt dat hij eventueel bereid is de kosten van het onderzoek en het consult bij Procelsio Clinic op 8 september 2025 zelf te betalen. Deze bedragen € 950,-. Voor de operatie op 25 september 2025 was er echter wel een gerichte en voorafgaande verwijzing aanwezig. Deze kosten ten bedrage van € 12.950,- dienen dan ook in ieder geval door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed.
- 3.8. Er is een zorgverzekeringsovereenkomst tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar komt zijn verplichtingen uit deze overeenkomst niet (tijdig) na. Hierdoor is er sprake van een tekortkoming in de nakoming van zijn kant, en dit levert wanprestatie op in de zin van artikel 6:74 van het Burgerlijk Wetboek. Bij brief van 17 oktober 2025 is verzocht om alsnog aan die verplichtingen te voldoen. Uit de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 31 oktober 2025 blijkt echter dat hij daartoe niet bereid is. Door middel van de onderhavige procedure vordert verzoeker van de ziektekostenverzekeraar dan ook nakoming van de verplichtingen c.q. een vergoeding voor de kosten van de hernia-operatie.
Naast vergoeding van de door verzoeker gemaakte medische kosten, is de ziektekostenverzekeraar gehouden tot betaling van de wettelijke rente over het bedrag vanaf het moment dat hij in verzuim is tot de datum van algehele voldoening daarvan. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 31 oktober 2025 blijkt dat hij in de nakoming van de verplichtingen tekortschiet, waardoor het verzuim per direct is ingetreden op grond van artikel 6:83 van het Burgerlijk Wetboek. De ziektekostenverzekeraar verkeert dus al sinds 31 oktober 2025 in verzuim.
- 3.9. Ter zitting heeft verzoeker gesteld dat hij op grond van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet en artikel 1.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak heeft op zorg, althans vergoeding van de kosten hiervan. Hoewel verzoeker de kosten inmiddels zelf heeft voldaan, gaat het om een aanzienlijk bedrag, dat niet voor zijn rekening moet blijven. Het uitgangspunt is dat medisch specialistische zorg slechts toegankelijk is na verwijzing. De huisarts heeft op 12 september 2025 een verwijzing afgegeven voor de operatie in Essen. Het staat dus vast dat er een voorafgaande verwijzing was. Het argument dat deze verwijzing moest zijn afgegeven vóór het eerste consult, gaat niet op. Uit het document 'Verwijsafspraken Medisch Specialistische Zorg' waarnaar de ziektekostenverzekeraar verwijst, blijkt inderdaad dat een huisarts niet meer kan verwijzen als er al een afspraak bij een medisch specialist heeft plaatsgevonden. Dit document gaat echter over de afspraken tussen eerstelijns verwijzers en medisch specialisten. Een eventuele fout in de verwijzingspraktijk behoort tot die rechtsverhouding en kan niet aan verzoeker worden tegengeworpen. Er is onderkend dat verzoeker was aangewezen op de ondergane behandeling. Voor zover niet of niet tijdig is verwezen, betreft dit een omstandigheid die buiten verzoeker ligt en niet aan hem kan worden tegengeworpen. Bovendien had de huisarts al eerder moeten verwijzen, maar heeft hij dit ten onrechte niet gedaan.
Als de ziektekostenverzekeraar bedoelde dat een verwijzing voorafgaand aan het eerste contact had moeten plaatsvinden, had dit duidelijk in de voorwaarden van de zorgverzekering moeten worden opgenomen.
In dit geval geldt dan ook dat er een verwijzing aanwezig is die voldoet. In zijn brief van 5 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat hij niet toekomt aan een zorginhoudelijke beoordeling. Dit vormt een gebrek in de afwijzing. Er is vooraf om toestemming gevraagd, maar dit is niet beoordeeld op zorginhoudelijke criteria. Op grond van artikel 14 van de Zorgverzekeringswet moet zorginhoudelijk worden beoordeeld of de aangevraagde zorg nodig is. Bij zorg in het buitenland die gepaard gaat met een overnachting is toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. Deze toestemming is gevraagd, maar ten onrechte afgewezen. Hieruit volgt dat die afwijzing geen stand kan houden, althans dat de machtigingsaanvraag opnieuw en zorginhoudelijk moet worden beoordeeld, met inachtneming van de verwijzing van 12 september 2025.
Verzoeker heeft lange tijd met pijn moeten leven. Dit was mede het gevolg van niet tijdige diagnostiek en het uitblijven van behandeling. In Nederland kreeg verzoeker geen toegang tot de noodzakelijke zorg en daarom moest hij uitwijken naar Duitsland. Er is door hem herhaaldelijk gevraagd om morfine. Het advies van de huisarts was om rustig aan te doen en contact op te

nemen als de situatie ernstig werd. De huisarts is ook meerdere malen om een MRI-scan gevraagd, maar dit is steeds geweigerd. Volgens de huisarts zou er toch niet worden geopereerd. Het herstel kon misschien wel een jaar duren en dit afwachten was voor verzoeker onmogelijk. Er is fysiotherapie en dry needling geprobeerd, maar na maanden werd het niet beter. Daarom is gekozen voor de MRI-scan. Inmiddels is de operatie uitgevoerd en is recht op lopen weer mogelijk. Er is weliswaar nog geen sprake van volledig herstel, maar functioneren is weer aardig mogelijk. De uitslag van de MRI-scan en het verslag van de radioloog zijn aan de huisarts voorgelegd. Er was duidelijk te zien dat het ging om een hernia met een dubbele stenose. Bij langer wachten zou de kans op schade aan de zenuw groter worden. De verwijzing is gegeven nadat de uitslag van de MRI-scan en het verslag van de radioloog zijn besproken. De huisarts heeft een eigen beoordeling uitgevoerd.

In Nederland kon verzoeker niet worden verteld wanneer een afspraak kon worden ingepland. Bovendien werd over het ziekenhuis in Heerenveen al gezegd dat er een patiëntenstop was. Ook wilde verzoeker niet opnieuw naar een neuroloog, maar direct naar een neurochirurg. Dat kon weken of maanden duren.

De operatie was noodzakelijk. De behandelend neurochirurg heeft dit zelfstandig geconcludeerd, los van de eerdere onderzoeken. Het kan niet zo zijn dat als een verwijzing voor een eerste consult ontbreekt, de vervolgbehandelingen ook niet worden vergoed. De huisarts heeft aan verzoeker verteld dat de wachttijd negen maanden bedroeg. Hier mocht verzoeker op vertrouwen en daarvan hoeft ook geen onderbouwing te worden gegeven.

Verzoeker had blijkbaar als patiënt moeten weten dat voor medisch specialistische zorg een verwijzing nodig is. Zonder verwijzing bestaat volgens de ziektekostenverzekeraar geen aanspraak op vergoeding van de verdere behandeling. Dit is voor een leek niet duidelijk. Verzoeker is niet roekeloos naar Duitsland vertrokken. Hij ging ervan uit dat wat hij deed juist was.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op de in Essen genoten zorg.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 5 maart 2026 toegelicht dat verzoeker op 27 augustus 2025 een MRI-onderzoek heeft laten verrichten in Duitsland. Vervolgens heeft op 8 september 2025 een consult plaatsgevonden. Op 12 september 2025 ontving verzoeker een verwijzing van zijn huisarts en op 16 september 2025 is een aanvraag ingediend. Op 24 september 2025 is verzoeker opgenomen bij de Proselcio Clinic in Duitsland, alwaar op 25 september 2025 de operatie heeft plaatsgevonden. Op 26 september 2025 werd verzoeker ontslagen. Verzoeker heeft op eigen initiatief een MRI-scan laten verrichten in Duitsland, omdat de huisarts in december 2024 terughoudend was ten aanzien van die mogelijkheid. Dit betekent dat hoewel verzoeker wist dat er een verwijzing nodig was voor een MRI-scan, hij toch heeft besloten om zonder verwijzing een eerste afspraak bij de medisch-specialist in het buitenland in te plannen. Daarmee is geen rekening gehouden met de 'poortwachtersfunctie' en de eis van een voorafgaande verwijzing, zoals die in Nederland geldt. Er is ook geen rekening gehouden met de voorwaarde van de zorgverzekering waarin staat dat alleen bij acute zorg geen verwijzing nodig is, of met het zorgartikel over medisch-specialistische zorg, waarin is bepaald dat voor toegang tot medisch-specialistische zorg een verwijzing van onder meer de huisarts vereist is, conform artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet. Uit de episodelijst blijkt dat achteraf is verzocht om een verwijzing door de huisarts, omdat deze nodig is voor het declareren van de zorgkosten bij de ziektekostenverzekeraar. Hieruit volgt dat de verwijzing wordt gezien als een administratieve taak. Het achteraf krijgen van een geldige verwijzing en niet vóóraf, wat wettelijk verplicht is, betekent dat de kosten van de desbetreffende medisch-specialistische behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komen. De commissie heeft meerdere malen in bindende adviezen vermeld dat het hebben van een voorafgaande, gerichte verwijzing, geen formaliteit is, maar uit de wet- en regelgeving voortvloeit. Van deze

geldende regels kan en mag de ziektekostenverzekeraar niet afwijken. Ook is door de commissie eerder benoemd dat de overheid zorgverzekeraars de taak heeft gegeven om te beoordelen of recht bestaat op vergoeding vanuit de zorgverzekering. De zorgverzekeraars moeten zich bij deze beoordeling houden aan de geldende wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden, die in overeenstemming daarmee zijn opgesteld. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hierop toe. Uit artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet vloeit voort dat voor toegang tot medisch-specialistische zorg, een voorafgaande verwijzing noodzakelijk is, die moet zijn gegeven door bijvoorbeeld de huisarts.

In het geval van verzoeker is niet voldaan aan deze voorwaarde, waardoor de zorgkosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Ook uit het document 'landelijke verwijzingsafspraken' vloeit voort dat een verwijzing niet mag worden opgesteld door een huisarts wanneer de eerste afspraak bij de medisch specialist al heeft plaatsgevonden.

In artikel 1.9 van voorwaarden van de zorgverzekering staat dat in sommige gevallen een verwijzing, voorschift en/of voorafgaande toestemming nodig is. Ook wordt in dit artikel vermeld: *'Een verwijzing, voorschift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.'* Hierin wordt dus nogmaals expliciet benadrukt dat alleen voor acute zorg géén voorafgaande verwijzing nodig is. Aan het hebben van een voorafgaande toestemming zijn soms voorwaarden verbonden, aan het hebben van een voorafgaande verwijzing en/of voorschift niet. Bij acute zorg geldt dat noch een verwijzing/voorschift noch toestemming vooraf verplicht is. In de resterende gevallen is het hebben van een voorafgaande verwijzing altijd verplicht.

Ook in het zorgartikel over medisch specialistische zorg in de voorwaarden van de zorgverzekering wordt vermeld dat hiervoor een verwijzing noodzakelijk is, in ieder geval door de huisarts. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de geldende wet- en regelgeving. Zo vloeit uit de wet voort dat het verplicht is om een voorafgaande verwijzing te hebben om toegang te krijgen tot medisch-specialistische zorg en mag een huisarts conform de landelijke verwijzingsafspraken niet een verwijzing opstellen wanneer de eerste afspraak bij de medisch-specialist al is geweest, omdat de (huis)arts juist een 'poortwachtersfunctie' heeft in Nederland. De toezichthouder controleert jaarlijks de verzekeringsvoorwaarden, voordat deze op de markt worden aangeboden en hij heeft deze geaccordeerd. Sterker nog, de toezichthouder, de Nederlandse Zorgautoriteit, zou elke bepaling waaruit voortvloeit dat een verwijzing achteraf mogelijk is, nooit goedkeuren en niet in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet achten. Indien daar enige onduidelijkheid over zou bestaan in de verzekeringsvoorwaarden, zou de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekeringsovereenkomst niet op de markt mogen aanbieden. Al met al houdt de stelling van verzoeker, dat de verwijzing ook achteraf of na een eerste afspraak bij de medisch-specialist kan worden opgemaakt, geen stand. Dit is niet in lijn met hoe het zorgstelsel in elkaar zit, de voorwaarden van de zorgverzekering, de geldende wet- en regelgeving, en het oordeel van de Nederlandse Zorgautoriteit over de duidelijkheid van de verzekeringsvoorwaarden, die – zoals bevestigd - in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving zijn geformuleerd.

- 4.3. In de situatie van verzoeker gaat het om zorg in een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. In artikel 20 van deze verordening is geregeld dat een verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Hieraan is een voorwaarde verbonden, namelijk dat de verzekerde hiervoor toestemming vraagt en krijgt van zijn zorgverzekeraar. In het onderhavige geval heeft verzoeker weliswaar toestemming gevraagd, maar niet gekregen.

Uit de factuur van 30 september 2025 blijkt dat verzoeker op 24 september 2025 is opgenomen om 17.00 uur en dat hij is ontslagen uit de kliniek op 26 september 2025. Volgens de voorwaarden van de zorgverzekering dient een verzekerde toestemming te hebben als er sprake is van één of meer overnachtingen in het buitenland. Dit blijkt uit artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoeker heeft op 16 september 2025 een aanvraag ingediend. Deze aanvraag is

op 18 september 2025 afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft herhaald dat geen geldige verwijzing voorafgaand aan het eerste consult bij de medisch-specialist is verkregen, en dat hij daarom genoodzaakt was de machtigingsaanvraag af te wijzen. Verzoeker heeft, ondanks de ontvangen afwijzing, besloten de behandeling in het buitenland te ondergaan. Dit betekent dat niet aan deze voorwaarde is voldaan en de zorgkosten die zijn gemaakt daardoor ook niet voor vergoeding in aanmerking komen. Door aldus te handelen heeft verzoeker aanvaard dat de zorgkosten voor zijn rekening blijven.

Verzoeker stelt dat hij was aangewezen op de genoten zorg, en omdat de behandeling niet op de Limitatieve lijst staat, er geen voorafgaande toestemming vereist was. Deze stelling treft geen doel. In artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering staat vermeld dat voor zorg in het buitenland waarvoor één of meer overnachtingen plaatsvinden voorafgaande toestemming vereist is. Voor een behandeling waarvoor één of meer overnachtingen plaatsvinden, dient een verzekerde niet alleen voorafgaande toestemming te hebben gevraagd, maar deze óók te hebben gekregen (zie SKGZ 202301953).

De ziektekostenverzekeraar komt niet toe aan een zorginhoudelijke beoordeling als er géén voorafgaande verwijzing is verkregen van de huisarts. Daarnaast is verzoeker, terwijl de machtigingsaanvraag ruim vóór de operatiedatum was afgewezen, overgegaan tot het ondergaan van de behandeling. Dit toont aan dat de verwijzing én toestemming door hem werden gezien als een louter administratieve taak. Aan de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving kan en mag echter niet zomaar voorbij worden gegaan. Verzoeker heeft niet gehandeld in overeenstemming met deze voorwaarden van de zorgverzekering en wet- en regelgeving. Dit heeft tot gevolg dat de gemaakte zorgkosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.

- 4.4. Verzoeker stelt in zijn brief van 17 oktober 2025 dat de huisarts zou hebben gezegd dat een verwijzing naar de neuroloog via de reguliere weg circa negen maanden zou duren, ondanks de bekende MRI-uitslagen. Deze stelling is evenwel niet onderbouwd. Op de ingediende aanvraag staat het volgende vermeld: *“In Nederland kan ik pas op z’n vroegst over circa een jaar terecht. Dit is voor mij onacceptabel en niet langer vol te houden.”*. Ook deze stelling wordt verder niet onderbouwd. Tegelijkertijd herleidt de ziektekostenverzekeraar niet uit het dossier dat contact is opgenomen met zijn afdeling Zorgadvies en Bemiddeling om een bemiddeling aan te vragen, zoals beschreven in de artikelen 1.6 en 29 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierdoor heeft de ziektekostenverzekeraar niet de mogelijkheid gehad om verzoeker te helpen bij het zo snel mogelijk vinden van een bij de zorgvraag passende, gecontracteerde zorgaanbieder. Het argument van verzoeker is daarmee niet steekhoudend en rechtvaardigt het afnemen van zorg zonder een voorafgaande verwijzing en toestemming van de ziektekostenverzekeraar niet. Op basis van deze stelling bestaat dan ook geen recht op vergoeding van de gemaakte zorgkosten.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de MRI-scan op eigen initiatief is uitgevoerd op 27 augustus 2025. Dit is gebeurd zonder voorafgaande verwijzing. In een eerder bindend advies heeft de commissie bepaald dat een MRI-scan medisch specialistische zorg betreft. Hiervoor is een voorafgaande verwijzing nodig. Verzoeker heeft gesteld dat de huisarts aangaf dat het negen maanden zou duren voordat een afspraak kon worden ingepland. De onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar, als eerder opgemerkt, echter niet terug kunnen vinden. De ziektekostenverzekeraar is door verzoeker ook niet de kans geboden om te bemiddelen naar een gecontracteerde zorgaanbieder die de zorg kon bieden binnen de geldende Treek-normen en passend bij zijn zorgvraag, zoals benoemd in de artikelen 1.6 en 29 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat de ziektekostenverzekeraar hierbij handelt in strijd met artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, ziet hij niet in. Verzoeker heeft een naturapolis afgesloten en de ziektekostenverzekeraar heeft voldoende zorgaanbieders gecontracteerd. Daarmee voldoet hij aan de op hem rustende zorgplicht. De ziektekostenverzekeraar heeft achteraf nog gekeken of er in de periode van de aanvraag behandelmogelijkheden binnen de Treek-norm waren. Dit bleek het geval. Bij tijdig contact had de ziektekostenverzekeraar verzoeker dus kunnen helpen.

Verzoeker heeft een medisch specialist geraadpleegd en een behandeling ondergaan, zonder de vereiste voorafgaande verwijzing. Dit terwijl hij wist, althans wordt geacht bekend te zijn met de voorwaarden van de zorgverzekering dat een voorafgaande gerichte verwijzing én toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig waren. De eis van een voorafgaande verwijzing voor medisch specialistische zorg staat uitdrukkelijk vermeld in artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierbij staat ook benoemd dat enkel bij acute zorg geen verwijzing nodig is. Een en ander is conform artikel 14 van de Zorgverzekeringswet. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn afgestemd op de Zorgverzekeringswet.

Verzoeker heeft uitgelegd dat hij, ondanks meerdere verzoeken daartoe, niet werd doorverwezen voor een MRI. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit niet was waar verzoeker op had gehoopt, maar dit rechtvaardigt niet dat wordt afgeweken van de wettelijk voorgeschreven vereisten. De ziektekostenverzekeraar mag ook niet op de stoel van de arts gaan zitten, dus als een huisarts niet wil verwijzen voor een MRI-scan, dan is dat aan die arts. Verzoeker heeft gesteld dat hij conform artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering was aangewezen op de behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft al eerder uiteengezet dat hij niet toekomt aan deze inhoudelijke beoordeling, omdat niet is voldaan aan de (wettelijke) vereisten van een voorafgaande verwijzing en toestemming. De beslissing om de operatie toch te ondergaan, betekent dat verzoeker het risico heeft aanvaard dat de kosten van de in Essen genoten zorg voor zijn rekening blijven.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat er in ieder geval voorafgaand aan het eerste consult in Duitsland een voorafgaande gerichte verwijzing had moeten zijn. Dit kan achteraf niet worden gerepareerd. Daarmee zou immers voorbij worden gegaan aan de wet- en regelgeving. Uit de functie van een verwijzing volgt dat deze voorafgaand aan de start van de behandeling moet zijn afgegeven. Dit blijkt tevens uit de 'poortwachtersfunctie' van de huisarts. Als een verwijzing niet voorafgaand is, verliest deze functie zijn betekenis. Het standpunt van verzoeker leidt tot een onaanvaardbare uitkomst. Dit zou namelijk inhouden dat een verzekerde zich rechtstreeks kan wenden tot een medisch specialist en vervolgens aanspraak maken op vergoeding. Daarmee komt de 'poortwachtersfunctie' feitelijk te vervallen.

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 10 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de eis van een voorafgaande verwijzing, en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder wordt hierin het van belang zijnde artikel van Verordening (EG) nr. 883/2004 aangehaald. Ook zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker heeft zorg genoten in Essen, Duitsland, bestaande uit een consult bij een medisch specialist en de daaropvolgende herniaoperatie bij Procelsio Clinic in Essen. Ten aanzien daarvan geldt het volgende.
Verzoeker is naar een andere EU/EER-lidstaat gegaan met het doel daar zorg te betrekken. Hiermee is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. De eerste vraag die in dat verband moet worden beantwoord, is of verzoeker de ziektekostenverzekeraar om voorafgaande toestemming heeft gevraagd. Ten aanzien van het consult op 8 september 2025 staat vast dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar niet om

voorafgaande toestemming heeft verzocht. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof van Justitie volgt dat de verordening dan buiten toepassing blijft. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd onderscheidenlijk de beslissing op die aanvraag wordt afgewacht. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld noch gebleken.

- 6.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat dit anders is voor de herniaoperatie op 25 september 2025, omdat deze apart moet worden beschouwd en hiervoor door hem wél tijdig om toestemming werd verzocht, namelijk op 15 september 2025. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend op dit verzoek beslist, onder meer omdat de in dat verband overgelegde verwijzing niet voldeed aan de hieraan gestelde eisen.
De commissie overweegt dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat ook de voorwaarden met betrekking tot de formele vereisten, waaronder die van een verwijzing, onverkort gelden. In het navolgende zal aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving worden beoordeeld of is voldaan aan de aan een verwijzing gestelde eisen. Is dat het geval, dan werd de op grond van de verordening gevraagde toestemming voor de herniaoperatie verzoeker ten onrechte onthouden.
- 6.4. In artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde voor sommige vormen van zorg een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig heeft, waaruit blijkt dat de verzekerde is aangewezen op de zorg. Of dit nodig is, blijkt uit het betreffende zorgartikel. Verder is in artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf niet nodig is voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Verder bestaat op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering recht op zorg in het buitenland. Hierbij is onder meer bepaald dat een verzekerde voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig heeft, als hij voor een behandeling in het buitenland één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen. Een verzekerde heeft geen toestemming nodig als hij onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot de verzekerde in zijn woonland is teruggekeerd. De door verzoeker in Duitsland genoten zorg, bestaande uit een consult bij een medisch specialist en de daaropvolgende herniaoperatie, betreft medisch specialistische zorg waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. Dit blijkt uit artikel 6 van de zorgartikelen van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van deze bepaling is voor medisch specialistische zorg een verwijzing vereist van een in dat artikel genoemde zorgverlener, waaronder de huisarts.
- 6.5. De feiten zijn als volgt. Op 28 augustus 2025 heeft verzoeker op eigen initiatief een MRI-scan laten maken bij Prescan. Vervolgens heeft de huisarts, blijkens het door verzoeker overgelegde huisartsenrapport, hem op 29 augustus 2025 verwezen naar Nij Smellinghe. Verzoeker heeft niet ervoor gekozen zich tot Nij Smellinghe te wenden. Volgens hem vanwege bestaande wachttijden. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar echter niet gevraagd om bemiddeling naar een andere zorgaanbieder. In plaats daarvan heeft hij – wederom op eigen initiatief – besloten zich te wenden tot de neurochirurg in Essen. Op 8 september 2025 vond daar een consult plaats. Daarna heeft hij zich opnieuw tot de huisarts gewend, die een verwijzing heeft opgesteld op 12 september 2025. Op 25 september 2025 is verzoeker in Essen geopereerd. De in Duitsland genoten zorg betreft tweedelijnszorg waarvoor een verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts is vereist. Verzoeker heeft een verwijzing van de huisarts overgelegd die dateert van na het consult, namelijk van 12 september 2025.
- 6.6. Verzoeker heeft in de eerste plaats gesteld dat niet is vereist dat de verwijzing voorafgaand moet zijn afgegeven. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn op dit punt volgens hem ook niet duidelijk. De commissie volgt verzoeker hierin niet. In artikel 14, tweede lid, Zvw is bepaald dat de

zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt 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. Hieruit blijkt dat de wetgever de mogelijkheid van een achteraf gegeven verwijzing heeft willen uitsluiten. Voor de huisarts houdt dit mede verband met diens ‘poortwachtersfunctie’. Als de huisarts wordt gevraagd om een verwijzing nadat een behandeltraject is gestart, heeft hij geen mogelijkheid deze functie uit te voeren. De verwijzing schiet dan aan zijn doel voorbij. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen is de voorwaarde van een voorafgaande gerichte verwijzing geen administratieve formaliteit waaraan achteraf nog kan worden voldaan.

De stelling van verzoeker dat artikel 14, tweede lid, Zvw een verplichting voor de ziektekostenverzekeraar inhoudt, doet aan het voorgaande niet af. Bedoelde verplichting betekent wel dat het aan de zorgverzekeraar is het in artikel 14, tweede lid, Zvw geformuleerde goed over te nemen in de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst. Verzoeker heeft aangevoerd dat dit niet het geval is, omdat hierin niet duidelijk is opgenomen dat het moet gaan om een voorafgaande verwijzing. Hierbij heeft hij zich beroepen op artikel 6:238, tweede lid, BW. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Reeds uit het woord ‘verwijzing’ valt op te maken dat de zorgverlener die verwijst daaraan voorafgaand beslist naar wie en om welke reden hij doorverwijst. Het zou in dat licht niet logisch zijn dat verzekerden/patiënten – in het algemeen leken op medisch gebied – eerst zelf besluiten dat, en zo ja welke tweedelijnszorg zij nodig hebben, om vervolgens terug te gaan naar een zorgverlener in de eerste lijn teneinde die keuze bevestigd te krijgen.

Gelet op de systematiek van de wet was voor de toegang tot de medisch specialistische zorg een voorafgaande gerichte verwijzing nodig. Die zorg is aangevangen met het eerste consult bij de medisch specialist in Duitsland op 8 september 2025 en een verwijzing hiervoor ontbreekt. Uit het huisartsenrapport blijkt daarentegen dat verzoeker door de huisarts gericht werd verwezen naar Nij Smellinghe. Dit betekent dat in het onderhavige geval geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de in Duitsland genoten zorg ten laste van de zorgverzekering en dat de gevraagde toestemming voor de herniaoperatie op grond van de verordening terecht werd geweigerd.

Tekortkoming in de nakoming

- 6.7. Nu hiervoor is geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar niet was gehouden tot vergoeding van de kosten van het consult bij de medisch specialist en de daaropvolgende herniaoperatie, is op dat punt geen sprake van een tekortkoming in de nakoming zoals bedoeld in artikel 6:74 BW. Desgevraagd moet de ziektekostenverzekeraar ook ervoor zorgen dat zijn verzekerden worden bemiddeld naar (gecontracteerde) zorg. Zoals eerder is vastgesteld, heeft verzoeker hier niet om verzocht, zodat ook in die zin geen tekortkoming in de nakoming aan de orde is.

Proceskosten

- 6.8. Gelet op het voorgaande ziet de commissie geen aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het klachtgeld alsmede de kosten van juridische bijstand aan verzoeker te vergoeden.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 juni 2026,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

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 heeft 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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelingen, misvormingen

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

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

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.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de [Mijn IZZ Zorgverzekering](#) of via de [IZZ Zorgverzekering app](#). U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. Stuur de originele nota naar Postbus 25030, 5600 RS Eindhoven. Soms vragen wij u een declaratieformulier in te vullen en mee te sturen. Kijk voor meer informatie op onze website. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Wij vergoeden alleen nota's die wij binnen 3 jaar hebben ontvangen. Deze 3 jaar gaan in op de eerste dag na de dag dat u weet van de opeisbaarheid van de vordering.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. U heeft hiervoor onze schriftelijke voorafgaande toestemming nodig. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het notabedrag.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- Medisch inhoudelijke factoren;
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Voor bepaalde zorg kan de zorgaanbieder namens u toestemming aanvragen. Kijk voor meer informatie op onze website. Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgaanbieder van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgaanbieder niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

1.10. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.11. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- Vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
- Vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- Vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee')
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders
- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten
- (Vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel

[7.5. Berekening verplicht eigen risico.](#)

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdsige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdsige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 39) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt? Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale uitgevoerd door de ANWB. Het telefoonnummer vindt u in de [IZZ Zorgverzekering app](#), op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter in Nederland.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 261 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is $2 \times € 152 = € 304$ per dag Af: eigen bijdrage is $2 \times € 21,50 = € 43$ per dag Totaal: $€ 304 - € 43 = € 261$ per dag Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 261 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	De eigen bijdrage is € 549,41 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,40 per uur.
Medische noodzaak	
Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.	

Artikel 6. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

- a. Van 1 juli 2021 tot 1 januari 2027, blaasinstillatie met blaasspoelvoelstoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnssyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
- b. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkyliserende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker;
- c. Van 1 oktober 2017 tot 1 juli 2025 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht;
- d. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
- e. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

- Oogheelkunde: Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
- KNO: Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
- Chirurgie: Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
- Dermatologie Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
- Gynaecologie: Vulvaire en vaginale afwijkingen
- Plastische chirurgie: Zie artikel [11. Plastische en/of reconstructieve chirurgie](#).

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 7. Revalidatie

7.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (Interdisciplinaire MSR) is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Deze zorg is gericht op het behandelen van mensen die door bepaalde ziekten of aandoeningen ernstige problemen ervaren bij hun dagelijkse activiteiten en daardoor moeilijk meekomen in de maatschappij. Bij interdisciplinaire MSR werkt een revalidatiearts samen met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden. Het doel van interdisciplinaire MSR is dat de patiënt zichzelf goed kan redden, zelf controle kan nemen en beter kan deelnemen aan de maatschappij.

Op indicatie van een revalidatiearts kunt u recht hebben op Interdisciplinaire MSR-behandeling als bij u sprake is van:

- Problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen veroorzaakt door een aandoening in het bewegingsapparaat of een neurologische aandoening;
- Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt problemen in het bewegingsvermogen;
- Problemen van het bewegingsvermogen en de mogelijkheid om te bewegen beperkt of afwezig is;
- Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) als het hersenletsel leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.

U heeft alleen recht op deze zorg als deze het meest doeltreffend is om de problemen te voorkomen, verminderen of overwinnen en u met deze zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van gespecialiseerde zorgverleners onder leiding van een revalidatiearts verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.