

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501949

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

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. Verzoeker heeft in een telefoongesprek op 18 februari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is op 18 en 20 februari 2026 schriftelijk aan hem bevestigd. Op 26 februari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 5 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is diezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juli 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 verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Vervoer* en Aanvullend Tand** (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft op 18 juni 2025 een MRI-scan gehad in Bochum, Duitsland. Vervolgens is hij op 3 juli 2025 geopereerd in Essen, Duitsland. De kosten van deze operatie ten bedrage van € 8.900,-- zijn op 9 juli 2025 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Bij brief van 15 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker om aanvullende informatie gevraagd. Op 16 juli 2025 heeft verzoeker hierop gereageerd. Bij brief van 1 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar opnieuw om aanvullende informatie gevraagd, waarna deze door verzoeker is aangeleverd.
- 2.4. Bij brief van 24 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de operatie in Duitsland niet worden vergoed.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door hem in Essen, Duitsland, ondergane acute operatie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij brief van 4 maart 2026 heeft verzoeker toegelicht dat zijn klachten medio april 2025 begonnen met pijn in de onderrug, met uitstraling naar de linker bil en het linker bovenbeen. In eerste instantie waren de klachten aanwezig maar dragelijk. In de weken daarna werden zij steeds ernstiger en begonnen de klachten het dagelijks functioneren sterk te beperken. Lopen, staan en zitten gingen gepaard met hevige pijn en de nachtrust werd hierdoor verstoord. Verzoeker merkte dat zijn situatie zich ontwikkelde tot een acuut en ernstig medisch probleem, waarbij normaal functioneren nauwelijks nog mogelijk was. Vanwege de hevige pijn kreeg verzoeker onder meer het geneesmiddel Tramadol voorgeschreven. Ondanks het gebruik van deze zware pijnmedicatie bleef de pijn aanhouden. De dosering moest daarom worden verhoogd en verzoeker zat tegen de maximale veilige dosering aan. Daarnaast kreeg hij uitvalsverschijnselen in zijn been, waaronder verminderd gevoel en krachtverlies. Dit gaf verzoeker veel zorgen, onzekerheid en stress. Hij was bang dat zijn situatie zou verslechteren of blijvende schade zou ontstaan. Ondanks herhaald contact met de huisartsenpraktijk, en verzoeken van zijn kant om verdere hulp en een verwijzing, had verzoeker het gevoel dat de ernst en het acute karakter van zijn situatie onvoldoende werd erkend en hij niet werd gehoord.
- 3.3. Omdat de klachten verergerden heeft verzoeker op 3 juni 2025 contact opgenomen met de huisarts. Verzoeker kon zich op dat moment nog maar beperkt bewegen vanwege hevige pijn. De huisarts heeft, naar aanleiding van de klachten, contact opgenomen met een neuroloog. Vervolgens is verzoeker geadviseerd zich te melden bij de spoedeisende hulp voor verdere beoordeling. Op de spoedeisende hulp is aan hem meegedeeld dat er op dat moment geen sprake was van een acute situatie. Verzoeker kreeg medicatie voorgeschreven en werd naar huis gestuurd. Hierbij is wel aangegeven dat er een MRI-scan met contrast moest worden gemaakt, waarvoor verzoeker na drie à vier weken terecht kon. Verzoeker heeft toen verklaard dat hij, om het proces te versnellen, de MRI-beelden zelf wilde aanleveren zodra deze beschikbaar waren. Hiermee werd ingestemd.
Op 18 juni 2025 is in Bochum een MRI-scan uitgevoerd. Hieruit bleek dat sprake was van een hernia. De volgende dag heeft verzoeker de MRI-beelden bij het ziekenhuis aangeleverd en meteen een afspraak gemaakt bij de neuroloog voor 10 juli 2025. Op 1 juli 2025 heeft verzoeker, na meerdere telefoontjes en berichten, de huisarts verzocht om een verwijzing naar een gespecialiseerde kliniek in Duitsland, gezien de aanhoudende en verergerde klachten, en de bevestigde MRI-uitslag. Op dat moment had verzoeker dagelijks aanzienlijke pijn en beperkingen in het functioneren. Tijdens het telefonisch contact met de huisartsenpraktijk werd hem meegedeeld dat een verwijzing naar een kliniek in Duitsland niet gebruikelijk was en dat de praktijk werkt binnen het Nederlandse zorgsysteem. Een directe verwijzing of concreet alternatief behandeltraject op korte termijn werd verzoeker op dat moment niet aangeboden, terwijl de klachten aanhielden.
- 3.4. Verzoeker heeft hierop contact gezocht met de kliniek in Duitsland. Hij heeft de ernst van zijn situatie uitgelegd en de MRI-beelden opgestuurd. Op 3 juli 2025 heeft verzoeker een microscopische hernia-operatie (microdissectomie) ondergaan. Deze ingreep verliep succesvol. Na de operatie namen de klachten direct af en verdween de uitstralende pijn in het been. Op 4 juli 2025 is verzoeker ontslagen uit de kliniek. Op 8 juli 2025 ontving hij alsnog een bericht van de huisarts naar aanleiding van het eerdere verzoek om een verwijzing naar de gespecialiseerde kliniek. Er werd aangegeven dat nog overleg moest plaatsvinden, ook met de neuroloog. Dit bericht ontving verzoeker nadat hij de operatie al had ondergaan, die noodzakelijk was vanwege de aanhoudende en verergerende klachten.

- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij in 2009 al is geopereerd aan een hernia op wervel 4 en 5. Hij weet hoe het is om een hernia te hebben. De hernia in 2025 bevond zich op wervel 5 en S1. Hier heeft hij al eerder last van gehad. In april 2025 is de situatie verergerd. Er is toen contact opgenomen met de huisarts. In eerste instantie kwam verzoeker niet verder dan de assistent en die gaf aan dat hij paracetamol moest gebruiken. Op een gegeven moment is verzoeker toch gezien door de huisarts. De huisarts heeft contact gehad met het ziekenhuis waar in 2009 is geopereerd en daar werd aangegeven dat verzoeker zich binnen een half uur op de spoedeisende hulp moest melden. Op de spoedeisende hulp zijn pijnstillers toegediend en is door een arts in opleiding onderzocht of de situatie acuut was. Er zijn testen uitgevoerd en pijnstilling toegediend. Ondanks de pijnstilling was de pijn nog steeds aanwezig. Uiteindelijk heeft de arts geconcludeerd dat geen sprake was van een acute situatie. Op de vraag wanneer wel sprake was van een acute situatie antwoordde de arts: *‘als er geen gevoel meer is in het onderlichaam. Dan moet er 112 worden gebeld’*.

Het ziekenhuis kon wel op de reguliere wijze helpen, maar er was een wachtlijst. Ook moest eerst een MRI-scan worden gemaakt. Dit kon pas over drie of vier weken. Het was ook mogelijk om zelf een MRI-scan aan te leveren. Hiervoor is contact opgenomen met een Nederlands bedrijf en deze kon binnen vijf dagen een MRI-scan maken. Echter, omdat er al eerder een operatie was uitgevoerd, moest er een MRI-scan worden gemaakt met contrast en dat kon niet bij dit bedrijf. Er is daarom uitgeweken naar Duitsland. Daar is geconstateerd dat er een hernia aanwezig was en dat de situatie al ernstig was en alleen maar ernstiger zou worden.

In het Nederlandse ziekenhuis was pas na drie tot vier weken plaats voor een gesprek. Een operatie zou dus lang op zich wachten. De situatie was niet meer te houden. De medicatie werkte niet meer en er werd al een te hoge dosis gebruikt. Geestelijk ging het ook niet goed. Uiteindelijk is gekozen voor een operatie in Duitsland. Na de operatie was er direct sprake van verlichting. De kosten moeten door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Er was namelijk sprake van een acute situatie. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij een paar seconden uitvalsverschijnselen heeft gehad in zijn linkerbeen.

Verzoeker heeft geen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Er is wel contact opgenomen met de huisarts voor een verwijzing naar Duitsland. Verzoeker dacht dat de huisarts de verwijzing moest regelen. Verzoeker heeft niet gedacht aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker had veel pijn en ging ervan uit dat hij daarmee bij de huisarts moest zijn.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de in Essen uitgevoerde operatie niet voor vergoeding in aanmerking komen. Ter onderbouwing hiervan heeft hij bij brief van 5 juni 2025 toegelicht dat een verwijzing, door bijvoorbeeld een huisarts, noodzakelijk is voordat medisch specialistische zorg in het buitenland kan worden vergoed. De huisarts vervult een belangrijke rol als poortwachter binnen het stelsel van de Zorgverzekeringswet, en alle zorgverzekeraars zijn op grond van artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet gehouden om in de verzekeringsvoorwaarden de eis van een verwijzing op te nemen. Ook de commissie heeft in meerdere bindende adviezen onderschreven dat een voorafgaande verwijzing een belangrijke voorwaarde betreft voor vergoeding vanuit de zorgverzekering (SKGZ202402032).
- 4.2. Verzoeker meent dat hij genooddaakt was zich zonder verwijzing tot de kliniek in Duitsland te richten, gezien de ernst van zijn pijnklachten en het feit dat de verwijzing enige tijd op zich liet wachten. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat een eigen oordeel van verzekerden met betrekking tot de spoedeisendheid en noodzaak van zorg geen reden kan zijn om de functie van de verwijzing binnen de Zorgverzekeringswet buiten toepassing te laten. Dit geldt te meer nu de huisarts richting verzoeker heeft aangegeven dat zijn situatie niet als acuut werd beoordeeld, een verwijzing naar de kliniek in Duitsland niet als gebruikelijk werd gezien, en er alvorens te verwijzen nog overleg nodig was met de neuroloog. Door vervolgens zonder verwijzing

of enig contact met de ziektekostenverzekeraar de operatie te laten uitvoeren, nam verzoeker het risico dat de kosten hiervan mogelijk niet zouden worden vergoed.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het begrijpelijk is dat verzoeker met zoveel pijn de noodzaak zag om uit te wijken naar het buitenland. Tegelijkertijd is een voorafgaande verwijzing voor de ziektekostenverzekeraar erg belangrijk. Een dergelijke verwijzing ontbreekt. Verder is vastgesteld dat geen sprake was van acute zorg, omdat het Nederlandse ziekenhuis de situatie als niet acuut heeft bestempeld.
- Dat het in Nederland niet mogelijk was om een MRI-scan met contrastvloeistof uit te voeren, is door de ziektekostenverzekeraar niet vastgesteld. Het was goed geweest als verzoeker contact had opgenomen met de ziektekostenverzekeraar voordat werd uitgeweken naar het buitenland. Als een MRI-scan met contrastvloeistof in Nederland onmogelijk bleek te zijn, was hiervoor mogelijk toestemming gegeven.
- Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering is het aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of sprake is van acute zorg. Ook daarom was het van belang om contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Een verzekerde kan niet zelf beoordelen of sprake was van een acute situatie.

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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de eis van een voorafgaande verwijzing, en die uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) 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 is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar geen voorafgaande toestemming gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Europees Hof van Justitie volgt dat de verordening in dat geval buiten toepassing blijft. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Europees Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan niet van een verzekerde kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd onderscheidenlijk de beslissing op die aanvraag wordt afgewacht. De commissie begrijpt de stellingen van verzoeker aldus dat dit in zijn situatie aan de orde was. Met de verordening is geen uitbreiding van de verzekeringsaanspraken beoogd. Daarom zal de commissie hierna eerst beoordelen of de in Essen genoten zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt.
- 6.3. Op grond van artikel A.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Het betreft in dit geval medisch specialistische zorg. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorgverzekering dekking biedt voor medisch specialistische zorg en dat de genoten zorg behoort tot de verzekerde prestaties, dat wil zeggen dat het zorg betreft die voldoet aan de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'.

- 6.4. In voornoemd artikel A.15 is verder bepaald dat voor zorg in het buitenland óók de voorwaarden en uitsluitingen van toepassing zijn zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Als er voor de zorg in Nederland een voorafgaande verwijzing nodig is, dan geldt dit dus ook voor die zorg in het buitenland. Op grond van artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering is voor medisch specialistische zorg een verwijzing vereist van een van de in dat artikel genoemde zorgverleners. De commissie overweegt dat hiermee uiting is gegeven aan hetgeen beschreven is in artikel 14, tweede lid, Zvw, waarin 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. Het staat vast dat verzoeker niet beschikt over een voorafgaande verwijzing.
- 6.5. Zoals uit de voorgaande overwegingen volgt, is een voorafgaande verwijzing niet vereist in geval van acute zorg. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat zijn situatie zich ontwikkelde tot een acuut en ernstig medisch probleem, waarbij normaal functioneren nauwelijks nog mogelijk was. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden en hierbij onder meer gewezen op hetgeen de huisarts richting verzoeker heeft aangegeven, namelijk dat zijn situatie niet als acuut werd beoordeeld, een verwijzing naar de kliniek in Duitsland niet als gebruikelijk werd gezien, en er alvorens te verwijzen nog overleg nodig was met de neuroloog. De commissie overweegt dat gelet op de gemotiveerde betwisting van de ziektekostenverzekeraar en gelet op artikel 150 Rv, het aan verzoeker was om aan te tonen dat inderdaad sprake was van acute zorg zoals bedoeld in artikel 14, tweede lid, Zvw. Hierin is hij naar het oordeel van de commissie niet geslaagd. Verzoeker had weliswaar uitstralende pijn naar onderrug, linker bil en linkerbeen, maar van uitvalsverschijnselen, die een acute operatie-indicatie zouden kunnen vormen is niet gebleken tijdens het onderzoek in het Diakonessenhuis. Voor de ingreep was daarom een voorafgaande verwijzing vereist. De stelling van verzoeker dat de operatie succesvol is geweest, maakt dit niet anders. Daarmee is immers nog niet gegeven dat de ingreep ook acuut noodzakelijk was. Onder de gegeven omstandigheden bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering en vindt de verordening geen toepassing.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 augustus 2026,

L. Ritzema

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.

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 gehemeltespelen, misvormingen

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 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.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Wij beëindigen uw basisverzekering:

- a. met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- b. op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- c. als u militair in werkelijke dienst wordt;
- d. bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel [A.20](#) van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
- e. bij overlijden;
- f. als wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over;
- g. als wij, vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- c. vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- d. vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Als de zorgnota's en bijbehorende documenten (bijvoorbeeld behandelverslagen) niet zijn opgesteld in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans, kunnen wij u vragen om de nota en/of bijbehorende documenten te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel [17.1](#) van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

A.18 Heeft u een klacht?

18.1 U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Centrale Klachtencoördinatie

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 5 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 5 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

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 of neem contact met ons op.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. 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 u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" welke te vinden is op onze website.
2. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of het om ELV-laag, -hoog, -palliatief, gesloten herstel of Korsakov gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
3. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

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

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via agbcode.nl. Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

De zorg bestaat uit:

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

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

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, 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.
2. Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
3. Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
4. Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
5. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
6. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
7. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.
8. Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij 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 polysomnografie' welke te vinden is op onze website.

Let op!

In de volgende artikelen van [B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#) zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel [B.8](#) Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel [B.13](#) Audiologisch centrum
- Artikel [B.15](#) Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)
- Artikel [B.19](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.20](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.21](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.22](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.23](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.24](#) Revalidatie
- Artikel [B.30](#) Bevallings- en verloskundige zorg
- Artikel [B.31](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie
- Artikel [B.33](#) Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel [B.41](#) Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel [B.15](#).

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

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

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c. eerstelijns verblijf.

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wel 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.

De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

B.29 Overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR T-celtherapie

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis. U krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 91,- per nacht.