

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401578

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 26 augustus 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 31 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 31 januari 2025, aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 6 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025002821) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 maart 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 20 maart 2025 hebben verzoekster en de ziektekostenverzekeraar ieder aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 24 maart 2025 aan de respectieve wederpartij gezonden. Op 27 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar nog een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 1 april 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Eveneens op 2 april 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 7 april 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.6. Op 15 en 30 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar brieven aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op respectievelijk 17 en 30 april 2025 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 14 mei 2025 heeft verzoekster gereageerd. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 15 mei 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 maart 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie nadere vragen gesteld. Bij brief van 4 juni 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 5

juni 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij bericht van 23 juni 2025 heeft verzoekster gereageerd. Een kopie hiervan is op 27 juni 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Onderwijs **** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Op 16 april 2024 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een ingreep, bestaande uit een gecombineerde decompressie operatie en een TLIF spondylodese op niveau L4/5, uit te voeren bij Procelsio Clinics in Essen, Duitsland. Op 19 april 2024 heeft de ingreep aldaar plaatsgevonden.
- 2.3. Bij brief van 21 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de ingreep niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 6 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 4 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Essen uitgevoerde rugoperatie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster haar medische situatie toegelicht. Verzoekster heeft haar hele leven al rugklachten. Zij is sedert jaren onder behandeling bij fysiotherapeuten, Cesar therapeuten en chiropractors. Twaalf jaar geleden was op een MRI-scan zichtbaar dat verzoekster een instabiele rug had. Deze kon door een operatie worden vastgezet. Destijds heeft verzoekster ervoor gekozen de operatie niet te ondergaan. Zij heeft geprobeerd haar leven aan te passen, maar de pijnklachten zijn altijd gebleven.
In mei 2023 namen de pijnklachten toe en kreeg verzoekster last van uitstraling naar haar benen. Sinds die tijd heeft zij verschillende artsen benaderd en bezocht, maar in Nederland waren er lange wachttijden van een aantal maanden. Verzoekster is steeds van het kastje naar de muur gestuurd.
- 3.3. De situatie van verzoekster verslechterde intussen. Zij had last van uitvalsverschijnselen. Dit maakte het wachten ondragelijk. De pijn die zij ervoer was onmenselijk en haar situatie was mensonterend. Het leven van verzoekster en haar gezin stond in het teken van de rugklachten. Haar sociale en werkzame leven stond op pauze. Pijnbestrijding hielp verzoekster niet. Dit gold ook voor het gebruik van een TENS.
- 3.4. In februari 2024 is verzoekster behandeld in een kliniek in Ede, door middel van een zenuwblokkade. Dit had echter niet het gewenste resultaat. Uiteindelijk is verzoekster bij Procelsio Clinics terecht gekomen. Hier kon zij op korte termijn worden behandeld. Volgens de

behandelend arts aldaar was een operatie noodzakelijk geworden vanwege een sterk vergroot risico op blijvend letsel aan de zenuw. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar de verklaringen van de behandelend artsen in Duitsland. De rugoperatie vond plaats in Essen. Verzoekster heeft hierbij opgemerkt dat Procelsio Clinics GmbH Essen aan Privatescan BV te Hengelo, conform artikel 3:94 van het Burgerlijk Wetboek, contractueel niet alleen de nazorg, maar ook de vordering op haar Nederlandse patiënten heeft overgedragen. Hierdoor is Privatescan BV bij uitsluiting bevoegd de nota voor de door verzoekster ondergane behandeling te incasseren.

- 3.5. Bij e-mailbericht van 20 maart 2025 heeft verzoekster haar verzoek uitgebreid. Zij verzoekt de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar tevens gehouden is (1) de reis- en verblijfskosten te vergoeden, te weten een bedrag van € 717,94 alsmede (2) de kosten van Privatescan, te weten een bedrag van € 600,--. Daarnaast verzoekt zij de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is tot betaling van de wettelijke rente vanaf de betaaldatum van de factuur d.d. 15 april 2024, alsmede de buitengerechtelijke incassokosten, te weten € 960,--.

- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar de keuze voor DBC-zorgproductcode 15D645 niet heeft onderbouwd in zijn brief van 27 maart 2025. Ook mist een onderbouwing van de hoogte van de toegezegde vergoeding van € 8.731,88. De behandeling heeft € 18.500,-- gekost. In een ziekenhuis in Nederland kost de behandeling ongeveer € 15.000,--. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoekster de keuze om te onderzoeken of tarifiering tot een hogere vergoeding leidt.

Voor de reis- en verblijfskosten geldt dat de aanvullende ziektekostenverzekering hiervoor dekking biedt, namelijk in artikel 4.3. Er bestaat op grond van die bepaling aanspraak op vergoeding van de kosten van reis en verblijf bij een expertisebehandeling in het buitenland. Van een expertisebehandeling is in dit geval sprake. Het woordenboek geeft verschillende definities van het begrip 'expertisebehandeling'. Voor de behandeling in kwestie geldt dat niet iedere arts deze mag uitvoeren. Alleen neurologen mogen dit, en zelfs niet iedere neuroloog. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar moet uitgaan van de situatie van de patiënt.

Daarnaast wordt vergoeding gevraagd voor de nota's van Privatescan. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte gesteld dat deze kosten onder de toegekende DBC-zorgproductcode vallen. De verrichtingen hebben voorafgaand aan de behandeling plaatsgevonden, namelijk om te beoordelen wat er aan de hand was. Het betrof een soort diagnosestelling. In november 2023 is een MRI-scan uitgevoerd in het ziekenhuis in Hardenberg. Voor deze scan is ook een andere DBC-zorgproductcode gebruikt. Net als bij die MRI-scan betreft het bij Privatescan een vooronderzoek dat moet worden losgetrokken van de DBC-zorgproductcode van de behandeling. Dat is in Nederland ook gebruikelijk. Pas later komt een patiënt bij de medisch specialist terecht.

Verzoekster heeft gewezen op artikel A.4.3.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering, meer specifiek de vierde alinea. Uit dit artikel blijkt niet dat de ingekochte zorg de maximale tarieven bepaalt. Er is hierin een 'escape' opgenomen voor het geval de ziektekostenverzekeraar onvoldoende zorg heeft ingekocht en/of een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet tijdig kan leveren.

Verzoekster had niet voor behandeling in Duitsland gekozen als zij op korte termijn in Nederland terecht had gekund. Zij had echter geen keuze. Het ziekenhuis in Zwolle vertelde haar dat het meer dan een jaar zou duren. In Den Haag was er een wachttijd van vier tot zes maanden. Verzoekster had zich liever tot een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland gewend.

Verzoekster heeft in januari 2024 voor het eerst contact gehad met de kliniek in Duitsland. Zij was wanhopig en zag het niet meer zitten. Destijds kampte zij met veel klachten en ging zij hard achteruit. Er is toen een online intakeformulier ingevuld en vervolgens heeft de kliniek in Duitsland gereageerd. De kliniek heeft uitgelegd dat niet te lang moest worden gewacht met behandeling, in verband met een mogelijke zenuwbeschadiging. De eerste fysieke afspraak was op 3 april 2024. Op 5 april 2024 is een CT-scan gemaakt. Het was een grote stap om voor een behandeling naar

Duitsland te gaan. Daarom is nog onderzocht of behandeling in Nederland een optie was. Dit bleek evenwel niet op korte termijn mogelijk.

Volgens verzoekster bestaat aanspraak op de wettelijke rente, omdat de factuur van bijna een jaar geleden is. Daarnaast is zij al een tijd bezig met het verkrijgen van een vergoeding. Om die reden zijn ook de buitengerechtelijke incassokosten van toepassing. De ziektekostenverzekeraar is in verzuim. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar had contact moeten opnemen met de behandelend arts. In de brieven van de ziektekostenverzekeraar staat niet dat verzoekster in Nederland kon worden behandeld. Alle informatie was aanwezig en de ziektekostenverzekeraar had een beslissing kunnen nemen. Verzoekster vult aan dat het Zorginstituut op basis van de beschikbare informatie kon beoordelen dat zij was aangewezen op de behandeling.

- 3.7. Bij brief van 14 mei 2025 heeft verzoekster gesteld dat uit de door de ziektekostenverzekeraar verstrekte telefoonnotities geenszins blijkt dat de zorg tijdig kon worden geleverd of dat zij hiervan door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte is gesteld. Over de Bergmankliniek is te lezen dat een eerste optie op 9 april 2024 mogelijk was en dat daarna een wachttijd van twee maanden gold. Uit de telefoonnotitie blijkt echter niet dat deze informatie is teruggekoppeld aan verzoekster. Op 19 maart 2024 is genoteerd: *“ik vertel bovenstaande info: Neurospine: wt 2 weken/ok binnen 6 weken”*. Hier staat niet vermeld of ook de informatie van de Bergmankliniek met verzoekster is gedeeld. Het Diakonessenhuis kon niet worden bereikt door de ziektekostenverzekeraar, dus betrof geen alternatief. Voor de behandeling bij Neurospine geldt dat Neurospine de verwijzing van de huisarts had afgekeurd. In dit verband heeft verzoekster e-mailcorrespondentie met Rugzorg Nederland van 22 maart 2024 overgelegd. De arts van Rugzorg Nederland heeft aangegeven dat hij verzoekster geen verwijzing gaf voor Neurospine. Op de vraag of deze arts dan telefonisch contact kon opnemen werd door Rugzorg Nederland geantwoord dat de dokter geen tijd had om met patiënten te bellen. Er is vervolgens niet tijdig meer gereageerd. Als wordt gekeken naar de tijdlijnen die de ziektekostenverzekeraar heeft gedeeld, en rekening wordt gehouden met periodes van vakantie en feestdagen, dan is het realistisch om te weten dat er geen zicht was op een operatie die tijdig kon plaatsvinden, althans niet binnen het tijdsbestek van de ingreep in Duitsland. Op de website van Neurospine is helemaal geen informatie terug te vinden over wachttijden. Op de website van Haaglanden MC staat een wachttijd vermeld van 56 dagen voor een operatie, maar deze gaat pas in na een indicatiestelling, dus na een of twee consulten en eerst nog een MRI. Dit betekent een wachttijd van minimaal drie maanden in plaats van zes weken.

De door de ziektekostenverzekeraar genoemde wachttijden zijn overigens discutabel, want deze komen van zijn eigen website. Er is geen bewijs van de wachttijden van destijds. Evenmin zijn er wachttijden van de diverse ziekenhuizen en klinieken beschikbaar. Dat de ziektekostenverzekeraar hierover afspraken had gemaakt, betekent niet dat dit ook de daadwerkelijke tijden waren. Verzoekster heeft in dit verband gewezen op de website van Haaglanden MC. De gestelde wachttijden kunnen niet door verzoekster worden geverifieerd. Verzoekster betwist verder nadrukkelijk de vermelde data. Bovendien is de weergave van de telefoongesprekken summier en is de inhoud ervan nimmer schriftelijk aan verzoekster bevestigd. Verder gaat de ziektekostenverzekeraar eraan voorbij dat zij al geruime tijd zonder resultaat in behandeling was en erg veel pijn had.

Verzoekster heeft er alles aan gedaan om te voldoen aan de verzoeken van de ziektekostenverzekeraar. Er werd echter telkens weer een nieuwe horde opgezet, van een niet meewerkende arts met betrekking tot de verwijzing, en een ziektekostenverzekeraar die moeilijke vragen stelt over alleen de indicatie.

De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in de correspondentie niet gewezen op andere opties in Nederland. Er was geen enkele hulp vanuit de ziektekostenverzekeraar en hij is aantoonbaar in gebreke gebleven. Als een patiënt veel pijn heeft, en weet dat in Duitsland het proces sneller gaat, hij eerder aan de beurt is en het een noodzakelijke ingreep betreft, dan is het begrijpelijk dat hij voor zichzelf kiest en dus voor de behandeling in Duitsland. In Nederland was er geen zicht op een behandeldatum, laat staan een nabije datum. Dan is het logisch dat naar Duitsland wordt uitgeweken, ook al heeft behandeling in Nederland de voorkeur. De pijn werd

alleen maar erger en was ondraaglijk. Niemand zou het risico willen lopen om überhaupt weken te moeten wachten op een behandeling. Dat het in Nederland niet al in april kon was duidelijk. Zeker gelet op de correspondentie met Rugzorg Nederland. Ook al zouden de aangegeven tijdsindicaties juist zijn, wat door verzoekster nadrukkelijk wordt betwist, dan is de aanloop naar een consult al lang door de bureaucratie. Gelet op het voorgaande dient de ziektekostenverzekeraar de kosten (volledig) te vergoeden.

Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode geldt dat volgens verzoekster onvoldoende duidelijk is waarom juist hiervoor is gekozen. Er zijn immers ook andere DBC-zorgproductcodes die mogelijk van toepassing kunnen zijn.

De ziektekostenverzekeraar heeft de in zijn brief van 30 april 2025 genoemde vergoeding inmiddels verleend, inclusief de wettelijke rente. Volgens verzoekster bestaat echter aanspraak op volledige vergoeding van de kosten. Ter onderbouwing hiervan heeft zij herhaald dat er in Nederland geen tijdige behandeling beschikbaar was, dat sprake was van spoed, er een DBC-zorgproductcode van toepassing is waaraan een hogere vergoeding is gekoppeld, en dat op basis van tarifiering volgens de Duitse regelgeving meer wordt vergoed.

Verzoekster heeft voorts aangevoerd dat aanspraak bestaat op vergoeding van de buitengerechtigde kosten. Dat deze kosten pas later in de procedure zijn gevorderd, doet er niet aan af dat op grond van artikel 6:96, tweede lid, sub c, van het Burgerlijk Wetboek de buitengerechtigde kosten voor vergoeding in aanmerking komen, omdat dit redelijke kosten zijn, die gemaakt zijn om de vordering buiten rechte te innen. Op diverse momenten is buiten rechte getracht tot een schikking te komen, notabene vlak voor de hoorzitting nog. Helaas liet de ziektekostenverzekeraar steeds weten hierin niet mee te gaan. Pas na ontvangst van een aanvullende verklaring van de Duitse arts, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een deel van de kosten te vergoeden op basis van een zelfgekozen DBC-zorgproductcode.

De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het Duitse uitvoeringsorgaan het verzoek tot tarifiering niet in behandeling neemt, omdat er sprake zou zijn van een Nederlandse factuur. In de betreffende verordening noch in de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat er bepaalde eisen worden gesteld aan een factuur. Bovendien blijkt uit de offerte van 15 april 2024 duidelijk dat Privatescan van Procelsio Clinic de opdracht heeft gekregen de nota te innen en zijn alle onderdelen van de behandeling in het Duits weergegeven. Op de factuur staat overigens hetzelfde vermeld.

De ziektekostenverzekeraar moet het tarifieringsverzoek dan ook opnieuw indienen en ervoor te zorgen dat het Duitse uitvoeringsorgaan dit alsnog beoordeelt.

Volgens verzoekster bestaat tevens aanspraak op vergoeding van de vervoers- en overnachtingskosten. Toestemming hiervoor kon niet worden aangevraagd, aangezien de ziektekostenverzekeraar van mening was dat de behandelindicatie onjuist was en de noodzaak van de uitgevoerde operatie niet werd onderschreven. Gezien de aanwezige noodzaak en het niet tijdig beschikbaar zijn van de zorg in Nederland, naast de tekortkomingen in de communicatie van de ziektekostenverzekeraar, is verzoekster van mening dat deze de betreffende kosten dient te vergoeden. Zij heeft hierbij verwezen naar artikel 4.3. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Ten aanzien van de factuur van Privatescan heeft verzoekster gesteld dat deze kosten als medisch specialistische zorg voor vergoeding in aanmerking komen.

- 3.8. Bij bericht van 23 juni 2025 heeft verzoekster herhaald dat op grond van artikel 4.3. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de reis- en verblijfskosten.

Verder heeft verzoekster aangevoerd dat, nu de ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat de kosten van de expertisebehandeling in Duitsland voor vergoeding in aanmerking komen en hij reeds tot uitbetaling is overgegaan, de reis- en verblijfskosten, vermeerderd met de wettelijke rente, door hem moeten worden vergoed. Deze kosten zijn immers onlosmakelijk verbonden met de behandeling in Duitsland. Hetzelfde geldt voor de kosten die buiten het Nederlandse tarief vallen.

Ook deze dienen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering te worden vergoed, eveneens vermeerderd met de wettelijke rente.

Daarnaast is het Zorginstituut van oordeel, in tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard, dat de kosten van de MRI-scan in Hengelo géén deel uitmaken van het gekozen DBC-zorgproduct, nu de verrichtingen zien op een eerdere zorgvraag en het een andere kliniek betreft. De kosten van deze MRI-scan en het consult dienen dus niet tot de operatie-DBC te worden gerekend en moeten separaat in behandeling worden genomen en door de ziektekostenverzekeraar vergoed, eveneens vermeerderd met de wettelijke rente.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk gesteld dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Duitsland uitgevoerde behandeling. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 31 januari 2025 toegelicht dat verzoekster ervoor heeft gekozen naar een andere EU-lidstaat - namelijk Duitsland – te gaan om daar zorg te ontvangen. In die situatie is sprake van planbare zorg. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van deze zorg op basis van het sociale zekerheidsstelsel van de andere EU-lidstaat als de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en deze zorg niet binnen een medische verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat de verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de zorgverzekeraar. Doet een verzekerde dit laatste niet, dan blijft de verordening in beginsel buiten toepassing. Dit volgt uit jurisprudentie van het Hof van Justitie (arrest Stamatalaki, zaak C-444/05). 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.

Het staat vast dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling niet beschikte over toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Verder zijn er geen bijzondere omstandigheden om van de voorwaarde van voorafgaande toestemming af te wijken. Het voorgaande betekent dat artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 buiten toepassing blijft.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens beoordeeld of de kosten van de behandeling kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Op grond van artikel 15.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat recht op zorg in het buitenland. Voor zorg in het buitenland gelden naast het in artikel 15.1 bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland van toepassing zijn. De bij verzoekster uitgevoerde behandeling betreft medisch specialistische zorg. Ingevolge artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft een verzekerde recht op medisch specialistische zorg en verblijf. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de uitgevoerde behandeling verzekerde zorg betreft. In het geval van verzoekster is echter niet voldaan aan het indicatievereiste van artikel 2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

In dit verband heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar het volgende verklaard: *“Verzekerde is niet aangewezen op een TLIF L4/5. Reden voor de operatie die wordt genoemd door de zorgverlener is een recessus stenose L4/5 beiderzijds met actieve osteochondrose. In de anamnese wordt beschreven dat er sprake is van acute verergering van de pijnklachten, vooral in de rug. Er worden geen klachten van uitstralende pijn beschreven in de anamnese. Bij het lichamelijk onderzoek zijn geen bevindingen die passen bij een lumboradiculair syndroom. Er wordt namelijk beschreven dat er geen sensomotorische uitval is en Lasegue test is negatief. Op de MRI wordt een recessus stenose L4/5 beiderzijds gezien en een spondylolisthesis graad 1. Op de MRI wordt dus een recessus stenose gezien, echter passen de beschreven klachten bij anamnese en lichamelijk onderzoek hier niet bij. In het operatieverslag wordt dezelfde informatie opnieuw beschreven. Om de diagnose van een beknelling van een wortel te stellen dient altijd de relatie te worden gelegd door de bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek en de bevindingen bij het beeldvormend onderzoek. In de informatie die is aangeleverd in dit dossier is er*

geen duidelijke relatie tussen de beschreven klachten en de bevindingen bij beeldvormend onderzoek. Het is niet aannemelijk gemaakt dat de klachten van verzekerde worden veroorzaakt door een recessus stenose L4/5. Osteochondrose als losse diagnose is geen indicatie voor een TLIF operatie. Dit leidt tot de conclusie dat verzekerde niet is aangewezen op de operatie.”

- 4.3. Bij brief van 20 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de kosten van de in Duitsland uitgevoerde operatie niet voor vergoeding in aanmerking komen. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster geen verzekeringsindicatie voor de uitgevoerde behandeling.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de conclusie van het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie is gebaseerd op informatie uit het aanmeldformulier voor de herniapolie. De ziektekostenverzekeraar kan zich daar niet in vinden. In de eerste plaats omdat die informatie dateert van drie maanden vóór de intake voor de operatie. Typisch bij klachten van de rug in het algemeen en bij een radiculair syndroom in het bijzonder is echter dat de klachten met verloop van tijd kunnen veranderen. Indien er op het moment van operatie geen sprake (meer) is van een radiculair syndroom, is er geen indicatie voor een decompressie operatie. Op basis van de informatie uit de medische brieven bestond ten tijde van de behandeling geen indicatie. Voorts zou volgens de ziektekostenverzekeraar informatie uit de medische brieven niet mogen worden overruled door informatie die verzoekster zelf geeft. De behandelend arts geeft een weergave van de klachten waarvan deze denkt dat ze relevant zijn voor het ziektebeeld. Hierbij vraagt de arts de klachten dieper uit dan op een aanmeldformulier wordt ingevuld en deze zal daarbij ook zelf een weging maken van welke klachten het meest op de voorgrond staan, welke klachten al langer bestaan en welke nieuw zijn, etc. Uit het aanmeldformulier blijkt bijvoorbeeld niet welke klachten al langer bestaan en welke klachten nieuw zijn. De medische informatie moet daarom altijd leidend zijn in de beoordeling.

Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het Zorginstituut daarnaast heeft geconcludeerd dat sprake is van een indicatie voor een spondylodese met de TLIF als er instabiliteit van de wervelkolom bestaat of instabiliteit dreigt als gevolg van decompressie. In het geval van verzoekster is hiervan echter geen sprake. De neurochirurg heeft recessusstenose en de osteochondrose als reden voor de behandeling genoemd. De spondylolisthesis wordt door de neurochirurg niet als reden voor de operatie genoemd. De indicatiestelling is aan de zorgverlener en niet aan de ziektekostenverzekeraar of het Zorginstituut. Er is derhalve geen aanspraak op vergoeding van alleen de spondylodese. Zoals al is opgemerkt, bestaat ook geen indicatie voor de TLIF op basis van dreigende instabiliteit als gevolg van het uitvoeren van een decompressie.

In zijn voorlopig advies aan de commissie heeft het Zorginstituut meegewogen dat bij verzoekster eerder instabiliteit van de rug zou zijn vastgesteld. Dit is gebaseerd op de verklaring van verzoekster dat er twaalf jaar geleden een MRI van de rug is gemaakt via de huisarts. Daarop zou zijn gezien dat de rug instabiel was en dat deze door middel van een operatie kon worden vastgezet. Het is zeer opvallend dat het Zorginstituut de uitspraak van een verzekerde dat de rug instabiel is meeweegt in het oordeel, zonder dat dit wordt onderbouwd met medische documenten. Daarbij komt dat het gaat om een uitslag van twaalf jaar geleden. Een dusdanig gedateerde uitslag zou niet mogen worden meegewogen in de huidige indicatiestelling. Er moet worden uitgegaan van recente diagnostiek.

- 4.4. Bij brief van 27 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij, gelet op de nieuw aangeleverde informatie over de klachten van verzoekster, bereid is de door haar ondergane operatie conform de polisvoorwaarden te vergoeden. Volgens de ziektekostenverzekeraar is DBC-zorgproductcode 15D645 (ingewikkelde operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van een botspierstelsel) in de situatie van verzoekster het meest passend en bestaat aanspraak op vergoeding van een bedrag van € 8.731,88. Deze vergoeding betreft 75% van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar deze zorg heeft ingekocht bij gecontracteerde zorgaanbieders in Nederland. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij verwezen naar de artikelen 4.3.1. en 15.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij toegelicht dat medisch specialistische zorg in Nederland wordt gedeclareerd met een DBC-zorgproductcode. De diagnose behandelcombinatie (DBC) wordt in de voorwaarden van de zorgverzekering als volgt gedefinieerd: *“Een DBC beschrijft, door middel van een DBC-code die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.”*

Een DBC-zorgproductcode omvat dus het gehele behandeltraject. Dit betekent dat voor een (aparte) vergoeding van de kosten van € 600,- van Privatescan voor ‘PTED operatie beoordeling’ en het ‘Consult Dr. Jost Thissen’ geen grondslag aanwezig is.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de aanspraak op ziekenvervoer is geregeld in artikel B.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van artikel 17.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op ziekenvervoer naar en van een zorgaanbieder waar de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering of de Wlz komen. Hierbij dient sprake te zijn van een situatie waarin de verzekerde nierdialyse of een oncologische behandeling (chemotherapie of radiotherapie) dient te ondergaan of er is sprake van consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn, verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, dan wel een beperkt gezichtsvermogen heeft waardoor verzekerde zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen. Het staat vast dat verzoekster niet voldoet aan deze voorwaarden. Bovendien geldt als voorwaarde dat vooraf toestemming moet worden gevraagd voor het ziekenvervoer. Dit geldt ook voor de kosten van een overnachting.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat is gekeken naar de medische informatie in het dossier en dat hij aan de hand daarvan heeft beoordeeld wat de meest passende DBC-zorgproductcode is. Dit bleek DBC-zorgproductcode 15D645 (ingewikkelde operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van een botspierstelsel). Aangezien verzoekster zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft gewend, bestaat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van 75% van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar deze zorg heeft ingekocht bij gecontracteerde zorgaanbieders. Deze vergoeding is genoemd op de lijst “Vergoedingen niet-gecontracteerde zorg Medisch Specialistische zorg 2024” (hierna: de lijst), die beschikbaar is op de website van de ziektekostenverzekeraar.

Artikel 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering gaat over vergoeding van zorg in het buitenland. In het onderhavige geval is artikel 15.1, onderdeel d, eerste gedachtestreepje van toepassing. Verder is ten aanzien van medisch specialistische zorg in artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat de hoogte van de vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder afhankelijk is van de zorgverzekering die is afgesloten. Hierbij is verwezen naar artikel A.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van artikel A.4.3.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op 75% van het door de zorgverzekeraar gemiddeld gecontracteerd tarief als een verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt. De vierde alinea van artikel A.4.3.1. ziet op de situatie dat er niet voldoende zorg is ingekocht of als de zorg niet tijdig kan worden geleverd. Dit speelt in het onderhavige geval niet. Er is voldoende zorg ingekocht en de zorg kon ook tijdig worden geleverd. Verzoekster heeft in maart 2024 contact opgenomen met de afdeling zorgbemiddeling. In de periode van 15 tot 19 maart 2024 heeft zij een aantal keren met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar gesproken. Destijds zijn de Bergmankliniek, het Diaconessenhuis in Utrecht en Neurospine in Den Haag als behandelopties genoemd. Aangezien verzoekster alleen beschikte over een MRI-scan van november 2023 diende eerst een nieuwe MRI-scan te worden uitgevoerd. Bij de Bergmankliniek kon verzoekster hiervoor op 8, 9 of 10 april 2024 terecht. De behandeling zou dan twee maanden later starten. Bij Neurospine kon het consult binnen twee

weken plaatsvinden en de operatie binnen zes weken. Er is niet gesproken over de kliniek in Duitsland. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar een notitie van een telefoongesprek.

De ziektekostenverzekeraar is bereid vergoeding te verlenen op grond van de door hem gekozen DBC-zorgproductcode. Ook bestaat de mogelijkheid om te kijken of het Duitse stelsel vergoeding biedt. Het tarifieringsverzoek wordt in dat geval gedaan los van de vraag of de kosten volledig moeten worden vergoed omdat de zorg niet tijdig in Nederland mogelijk zou zijn.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de twee behandelingen bij Privatescan onderdeel zijn van de genoemde DBC-zorgproductcode. Een DBC-traject begint op het moment dat een verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag. Het wordt afgesloten aan het eind van de behandeling. Er is geen grond voor aparte vergoeding van de facturen van Privatescan. Voor vergoeding van reis- en verblijfskosten bij een expertisebehandeling in het buitenland geldt op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering in de eerste plaats dat een verzekerde moet beschikken over voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Verder is een expertisebehandeling een behandeling waarvoor in Nederland onvoldoende expertise bestaat en waarvoor moet worden uitgeweken naar het buitenland. Het begrip expertisebehandeling is gedefinieerd in het betreffende artikel van de voorwaarden van de zorgverzekering. Van een expertisebehandeling is in dit geval geen sprake.

De zorgverzekering biedt alleen dekking voor ziekenvervoer zoals bedoeld in artikel B.17. Hiervoor gelden strikte voorwaarden en daaraan is niet voldaan. Daarnaast geldt ook hiervoor dat voorafgaande toestemming nodig is, en deze ontbreekt. Ten aanzien van de wettelijke rente en de buitengerechtelijke incassokosten heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de originele factuur tot op heden niet door verzoekster is overgelegd. De ziektekostenverzekeraar ziet daarom geen reden om de wettelijke rente en buitengerechtelijke incassokosten te vergoeden. Hij is immers niet in verzuim geweest. Daarbij heeft hij de informatie die heeft geleid tot de beslissing van 27 maart 2025 pas later ontvangen. De ziektekostenverzekeraar is in afwachting geweest van de juiste informatie en dit is ook telkens aan verzoekster meegedeeld. Het is de ziektekostenverzekeraar niet aan te rekenen dat hij pas later tot vergoeding is overgegaan.

- 4.6. Bij brief van 15 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet hoe hij tot DBC-zorgproductcode 15D645 is gekomen. Hij heeft het volgende toegelicht:

“1. Specialisme: 0308 Neurochirurgie

2. Diagnose: 2515 Verruim uitgebr laminectomie

3. Zorgactiviteiten:

a. 030327 Laminectomie, 1 niveau, bij HNP of stenose (zie 030326 voor overige aandoeningen).

b. 038462 (Re) spondylodese 2 wervels, fixatie voorste- of achterste pijlers van C2-C3 of van lager gelegen wervels (voor circumferent via 1 benadering zie 038463).

c. 190218 Verpleegdag.”

- 4.7. Bij brief van 30 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het door hem gedane tarifieringsverzoek door het Duitse uitvoeringsorgaan is afgewezen, omdat de rekening afkomstig is van Privatescan en het geen Duitse rekening betreft.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de wettelijke rente over de vergoeding te vergoeden. De wettelijke rente is berekend over de periode van 19 april 2024 (datum operatie) tot 17 april 2025 en dit resulteert in het bedrag van € 581,35.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat de buitengerechtelijke incassokosten ad € 960,- niet zijn onderbouwd. Bovendien is niet aangetoond dat verzoekster in redelijkheid dergelijke kosten heeft moeten maken. Op 24 maart 2025 heeft de gemachtigde van verzoekster nadere stukken overgelegd en kosten zoals de buitengerechtelijke incassokosten geclaimd. De ziektekostenverzekeraar heeft drie dagen later, te weten op 27 maart 2025, meegedeeld dat de kosten van de operatie tot maximaal € 8.731,88 worden vergoed. De vordering inzake de buitengerechtelijke incassokosten wordt met inachtneming van artikel 6:96 BW afgewezen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 6 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Een decompressie (neurolyse) operatie is effectief bij een lumboradiculair syndroom. Daarnaast kan bij instabiliteit van de wervelkolom een spondylodese operatie effectieve zorg zijn. Bij verzoekster zijn deze twee behandelingen gecombineerd. Dit is de aanbevolen behandeling in de richtlijn ‘Geïstrumenteerde wervelkolomchirurgie’ voor patiënten met een symptomatische spondylolisthesis die niet goed reageren op conservatieve behandeling.

In de brief en het operatieverslag vermeldt de behandelend arts in Essen de diagnoses en de bevindingen op de MRI. De arts beschrijft slechts summier de klachten van verzoekster en de bevindingen van lichamelijk onderzoek worden helemaal niet beschreven. Bij de klachten vermeldt de arts dat er sprake is van ernstige rugpijn met uitstraling in de gluteaalstreek beiderzijds, zonder sensomotorische uitval.

In het aanmeldingsformulier voor de herniapoli in Hengelo van 22 januari 2024 (bijna drie maanden vóór de consultatie bij behandelend arts) is de uitstralende pijn in het linker been echter duidelijk aangegeven, evenals sensorische symptomen links in het hele been en de voet. Gezien de voorgeschiedenis en de beenklachten die op het aanvraagformulier zijn aangegeven en de bevindingen op de MRI, naast de lange duur van de klachten en de voorafgaande conservatieve behandelingen, is de indicatie voor een decompressie operatie voldoende aangetoond (althoewel de klachten van verzoekster en bevindingen bij het lichamelijk onderzoek niet volledig opgenomen zijn in het verslag van de behandelend arts).

Daarnaast is er sprake van een indicatie voor een spondylodese met de TLIF methode als er instabiliteit van de wervelkolom bestaat of instabiliteit dreigt als gevolg van decompressie (laminectomie). Zoals ook in eerdere adviezen van het Zorginstituut aangegeven zijn er internationaal en nationaal duidelijke indicaties geformuleerd voor spondylodese, namelijk instabiliteit in de wervelkolom of spondylolisthesis (het afglijden van de ene wervel t.o.v. de andere). Bij verzoekster was eerder instabiliteit van de rug op basis van een spondylolisthesis vastgesteld, hetgeen de indicatie vormt voor de spondylodese met TLIF. In de richtlijn geïstrumenteerde wervelkolomchirurgie wordt dit onderschreven.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een decompressie operatie met een TLIF spondylodese op niveau L4/5. De uitgevoerde rugoperatie in Essen komt derhalve voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op een decompressie operatie met een TLIF spondylodese op niveau L4/5 en kan aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. In het definitief advies van 4 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Reis- en verblijfskosten

In aanvulling op het voorlopig advies beoordeelt het Zorginstituut in het definitief advies of verzoekster aanspraak maakt op vergoeding van de reis- en verblijfskosten.

Verzoekster heeft om vergoeding van de reis- en verblijfskosten naar de kliniek in Duitsland gevraagd. Het Zorginstituut merkt op dat reis- en verblijfskosten geen onderdeel uitmaken van het basispakket. Deze kosten kunnen niet vergoed worden ten laste van de basisverzekering.

DBC-zorgproduct

Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding. Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Behandeling Procelsio Clinic

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat er een laminectomie plaatsgevonden heeft op twee niveau's, namelijk niveau L4 en L5. Daarnaast werd transluminaal ('via één benadering') een spondylodese verricht met interbody fusion. Het Zorginstituut heeft bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij deze aan verzoekster verleende zorg in Essen, Duitsland. De gegevens zijn als volgt:

- Specialisme 0309 Neurochirurgie
- Diagnose 0308.2512 Verruim uitgebreide laminectomie
- Leeftijd 44 jaar, geslacht vrouw
- Zorgactiviteiten:
 - 190218 Verpleegdagen 4x
 - 030329 Laminectomie, 2 of meer niveaus, bij HNP of stenose (voor overige aandoeningen zie 030328).
 - 038462 (Re)spondylodese 2 wervels, fixatie voorste- of achterste pijlers van C2-C3 of van lager gelegen wervels (voor circumferent via 1 benadering zie 038463).
 - 190383 Discusvervangende cage

Dit leidt tot DBC-zorgproductcode **131999261** met declaratiecode 15D645, De omschrijvingen zijn:

- Omschrijving (be)handeling: Oper wervelkolom zeer zwaar | Met VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma
- Omschrijving consument: Ingewikkelde operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel.

Verrichtingen bij Privatescan

In geschil is of de diagnostiek uitgevoerd bij Privatescan in Hengelo onderdeel is van het DBC-zorgproduct horende bij de uitgevoerde behandeling bij Procelsio Clinic in Duitsland. Uit de beschikbare informatie blijkt dat Privatescan op 24 januari 2024 een factuur heeft gestuurd voor een MRI. Daarnaast heeft Privatescan op 29 maart 2024 een factuur gestuurd voor een consult. Uit het verslag van de hoorzitting blijkt dat verzoekster op 3 april 2024 voor het eerst een fysieke afspraak heeft gehad bij Procelsio Clinic in Duitsland. De verrichtingen bij Privatescan in Hengelo kunnen dan ook geen onderdeel uitmaken van het eerder bepaalde DBC-zorgproduct, nu dit een eerdere zorgvraag en een andere kliniek betreft.

Ten aanzien van de vraag welk DBC-zorgproduct het best passend is bij de MRI uitgevoerd in Hengelo merkt het Zorginstituut op dat voor het uitvoeren van een eerstelijns diagnostische MRI geen DBC-zorgproduct wordt toegewezen. Er is wel een prestatiebeschrijving beschikbaar. Een MRI van de lumbosacrale wervelkolom valt onder 'Overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek', met als declaratiecode 083390.

Uit het dossier wordt onvoldoende duidelijk welke verrichtingen er verder hebben plaatsgevonden tijdens de diagnostiek bij Privatescan in Hengelo. Het Zorginstituut kan ten aanzien hiervan dan ook geen zorgproduct vaststellen.

Conclusie

Zoals in het voorlopig advies aangegeven kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier geconcludeerd worden dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een decompressie operatie met een TLIF spondylodese op niveau 4/5. De uitgevoerde rugoperatie in Essen komt derhalve voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. De gemaakte reis- en verblijfskosten kunnen niet vergoed worden vanuit het basispakket.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de DBC-zorgproductcode 131999261 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Essen, Duitsland. De eerder uitgevoerde verrichtingen bij Privatescan in Hengelo maken geen onderdeel uit van dit DBC-zorgproduct, nu de verrichtingen zien op een eerdere zorgvraag en het een andere kliniek betreft.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- *Verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op een decompressie operatie met een TLIF spondylodese op niveau L4/5 en kan aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering.*
- *Reis- en verblijfskosten kunnen niet vergoed worden ten laste van de basisverzekering.*

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak ten aanzien van het DBC-zorgproduct en merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproductcode 131999261 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Essen, Duitsland. Ook merkt het Zorginstituut op dat de eerder uitgevoerde verrichtingen bij Privatescan geen onderdeel uitmaken van dit DBC-zorgproduct.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' alsmede artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) 987/2009, artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek (BW) en artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) in vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en 987/2009

- 7.2. Verzoekster 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. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar om voorafgaande toestemming gevraagd, maar het antwoord

hierop niet afgewacht en de behandeling reeds drie dagen later ondergaan. Aldus is de ziektekostenverzekeraar geen redelijke mogelijkheid geboden de aanvraag inhoudelijk te beoordelen. Een dergelijk geval staat gelijk aan de situatie waarin geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof van Justitie volgt dat de verordening in dat geval 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. Dit betekent dat de verordening buiten toepassing blijft.

In de situatie dat toestemming werd verleend (of ten onrechte werd onthouden), waardoor kosten van zorg in de andere lidstaat voor rekening van de verzekerde zijn gebleven, is artikel 26 in samenhang met artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 van toepassing. Eén van de in dat verband genoemde mogelijkheden, waarnaar door verzoekster is verwezen, is die van tarifiering. Hoewel de ziektekostenverzekeraar daartoe niet was gehouden, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, heeft hij bij het Duitse uitvoeringsorgaan navraag gedaan welk bedrag zou zijn vergoed ten laste van de Duitse sociale ziektekostenverzekering. Dit tarifieringsverzoek werd afgewezen, omdat de nota afkomstig is van een Nederlandse zorgaanbieder. De commissie merkt hierover op dat de beslissing van het Duitse uitvoeringsorgaan buiten haar bevoegdheid valt, en om die reden geen onderwerp kan zijn van de onderhavige procedure.

Waar het de vergoeding op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering betreft overweegt de commissie als volgt.

Zorgverzekering, kosten van de behandeling

- 7.3. Op 19 april 2024 heeft verzoekster bij Procelsio Clinics een decompressie operatie met een TLIF spondylodese op niveau L4/5 ondergaan. In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding afgewezen, omdat verzoekster niet redelijkerwijs zou zijn aangewezen op deze behandeling. Na het voorlopig advies dat het Zorginstituut in de onderhavige procedure aan de commissie heeft uitgebracht, en na ontvangst van aanvullende informatie, heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt hieromtrent echter gewijzigd. Ten aanzien van de behandeling bij Procelsio Clinics zijn partijen thans nog verdeeld over de hoogte van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat voor de operatie op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief behorend bij DBC-zorgproductcode 15D645, hetgeen neerkomt op € 8.731,88. Deze vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar inmiddels verleend. Verzoekster heeft de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode bestreden en gevraagd waarom niet voor andere, door haar genoemde DBC-zorgproductcodes is gekozen.

Op verzoek van de commissie heeft het Zorginstituut beoordeeld welke DBC-zorgproductcode het meest passend is. Bij definitief advies van 4 juni 2025 heeft het Zorginstituut, op basis van de beschikbare informatie, geconcludeerd dat dit DBC-zorgproductcode 15D645 betreft. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen reden hiervan af te wijken. Hoe tot deze DBC-zorgproductcode is gekomen heeft de ziektekostenverzekeraar voldoende toegelicht en is door het Zorginstituut bevestigd. Dit betekent dat de door de ziektekostenverzekeraar gekozen DBC-zorgproductcode 15D645 voor de in Essen uitgevoerde behandeling het meest passend is.

- 7.4. Vervolgens is de vraag welke vergoeding bij deze DBC-zorgproductcode hoort. De commissie stelt vast dat verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten op basis van een naturapolis. Gelet op artikel 13 Zvw is het uitgangspunt bij dit type verzekering dat gebruik wordt gemaakt van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgverzekeraar mag de hoogte van de vergoeding bepalen als de verzekerde de zorg of andere dienst wenst af te nemen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze bevoegdheid vindt zijn begrenzing in het zogenoemde 'hinderpaalcriterium'. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar

invulling gegeven aan deze bevoegdheid door in artikel A.4.3.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering de wijze waarop hij de hoogte van de vergoeding bepaalt als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder op te nemen. In dat geval worden de kosten van verzekerde zorg vergoed tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor hij deze zorg heeft ingekocht (bij gecontracteerde zorgaanbieders). De door de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig vastgestelde vergoedingen zijn te vinden in de lijst 'Vergoedingen niet-gecontracteerde zorg Medisch Specialistische Zorg 2024', die onder meer raadpleegbaar is via zijn website en waarvan de ziektekostenverzekeraar een kopie heeft overgelegd. In deze lijst wordt onderscheid gemaakt tussen zorg in een ziekenhuis en zorg buiten een ziekenhuis, in een Zelfstandig Behandel Centrum. Uit de lijst kan worden opgemaakt dat voor DBC-zorgproductcode 15D645 een bedrag van € 8.731,88 wordt vergoed als de zorg wordt afgenomen in een ziekenhuis. Dit leidt tot de conclusie dat de vergoeding van € 8.731,88 door de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig de voorwaarden van de zorgverzekering is vastgesteld. De stelling van verzoekster dat de behandeling in Duitsland € 18.500,-- heeft gekost en Nederlandse ziekenhuizen hiervoor soms € 15.000,-- rekenen treft geen doel. Door verzoekster is geen beroep gedaan op eerder genoemd 'hinderpaalcriterium', terwijl bovendien de toegepaste korting van 25% op het gemiddeld gecontracteerde tarief voor de zorg – dat in dit verband als uitgangstarief heeft te gelden – geen feitelijke hinderpaal oplevert voor de gemiddelde (modale) zorggebruiker. Dat de werkelijke kosten in Duitsland veel hoger zijn dan het gemiddeld gecontracteerde tarief en het tarief dat sommige – waarschijnlijk niet gecontracteerde – Nederlandse ziekenhuizen voor de zorg rekenen is voor de beoordeling niet relevant. Zou dit anders zijn, dan wordt immers het met het contracteren van zorgaanbieders beoogde doel grotendeels teniet gedaan. De commissie concludeert dat de toegekende vergoeding, behorende bij DBC-zorgproductcode 15D645, correct door de ziektekostenverzekeraar is berekend.

- 7.5. Volgens verzoekster bestaat desondanks aanspraak op volledige vergoeding van de kosten van de in Essen uitgevoerde behandeling, omdat de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was. Zij heeft hierbij onder meer verwezen naar de vierde alinea van artikel A.4.3.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is bepaald dat als de ziektekostenverzekeraar onvoldoende zorg heeft ingekocht en/of een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg niet op tijd kan leveren, de ziektekostenverzekeraar de zorg vergoedt tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Als er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg is vastgesteld, dan vergoedt de ziektekostenverzekeraar de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Volgens de ziektekostenverzekeraar was de zorg tijdig beschikbaar in Nederland. Hij heeft ter zitting gesteld dat verzoekster met de afdeling zorgbemiddeling contact heeft opgenomen en in de periode van 15 tot 19 maart 2024 een aantal keren met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar heeft gesproken. Toen zijn volgens hem een aantal mogelijke zorgaanbieders genoemd, te weten Bergmankliniek, Diaconessenhuis en Neurospine. Aangezien verzoekster alleen beschikte over een MRI-scan van november 2023 diende eerst een nieuwe MRI-scan te worden uitgevoerd. Bij de Bergmankliniek kon verzoekster hiervoor op 8, 9 of 10 april 2024 terecht. De behandeling zou dan twee maanden later starten. Bij Neurospine kon het consult binnen twee weken plaatsvinden en de operatie binnen zes weken. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan telefoonnotities overgelegd.

De commissie overweegt dat, gelet op artikel 150 Rv, de stelplicht en de eventuele bewijslast van de stelling dat de benodigde zorg niet dan wel niet tijdig kon worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder bij verzoekster rust.

Verzoekster betwist dat de informatie over de beschikbaarheid van Bergmankliniek aan haar is teruggekoppeld en stelt dat dit ook niet uit de overgelegde telefoonnotities volgt. De commissie maakt uit de notities op dat op 15 maart 2024 onder meer Bergmankliniek als mogelijkheid is besproken, maar uit de notities valt niet op te maken of de op 18 maart 2025 door de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar verkregen concrete informatie over de beschikbaarheid aan verzoekster is meegedeeld. Evenmin blijkt uit de notitie wat de concrete beschikbaarheid was bij

het Diakonessenhuis. Door verzoekster is echter niet betwist dat haar op 19 maart 2024 is meegedeeld dat er bij Neurospine een wachttijd was voor een eerste consult van twee weken met een operatie binnen zes weken, zoals ook uit de notitie blijkt. Dat verzoekster mogelijk problemen ondervond bij het verkrijgen van de verwijzing doet niet af aan de door de ziektekostenverzekeraar genoemde beschikbaarheid van zorg bij Neurospine. De commissie concludeert dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat er geen tijdige zorg beschikbaar was bij een gecontracteerde zorgaanbieder.

Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan het reeds toegekende bedrag van € 8.731,88. De commissie merkt hierbij ten overvloede op dat ook in het geval dat een beroep op de vierde alinea van artikel A.4.3.1. van de voorwaarden was geslaagd, dit niet had geleid tot volledige vergoeding van de kosten, maar tot vergoeding van ten hoogste het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wmg, dan wel het in Nederland geldende marktconforme tarief.

Ook de stelling van verzoekster dat het hier een expertisebehandeling betreft, waarvoor een hogere vergoeding heeft te gelden, treft geen doel. Naast de drie hiervoor genoemde zorgaanbieders, heeft verzoekster nog een andere zorgaanbieder genoemd waar de behandeling eveneens kon worden uitgevoerd, namelijk het Haaglanden MC. Er bestond dus vanwege de aard van de zorg geen aanleiding uit te wijken naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland; deze was ook voorhanden bij (gecontracteerde) zorgaanbieders in Nederland.

Zorgverzekering, nota's Privatescan

- 7.6. Verzoekster heeft voorts gevraagd om separate vergoeding van de nota's van Privatescan van 24 januari, betreffende 'PTED Operatie beoordeling' en 29 maart 2025, betreffende 'Consult Dr. Jost Thissen', te weten een bedrag van in totaal € 600,--. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen, omdat deze kosten volgens hem al deel uitmaken van de reeds toegekende vergoeding op basis van DBC-zorgproductcode 15D645.

De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar hierin niet. In zijn definitief advies aan de commissie van 4 juni 2025 heeft het Zorginstituut toegelicht dat de verrichtingen bij Privatescan geen deel kunnen uitmaken van DBC-zorgproductcode 15D645, omdat deze een eerdere zorgvraag en een andere kliniek betreffen.

Ten aanzien van de vraag welk DBC-zorgproduct het best passend is bij de MRI, uitgevoerd bij Privatescan, heeft het Zorginstituut opgemerkt dat voor het uitvoeren van een eerstelijns diagnostische MRI geen DBC-zorgproduct wordt toegewezen. Er is wel een prestatiebeschrijving beschikbaar. Een MRI van de lumbosacrale wervelkolom valt onder 'Overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek', met als declaratiecode 083390. Omdat uit het dossier onvoldoende duidelijk wordt welke verrichtingen er verder hebben plaatsgevonden tijdens de diagnostiek bij Privatescan heeft het Zorginstituut ten aanzien hiervan geen zorgproduct kunnen vaststellen.

Aangezien de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt heeft gesteld dat de kosten van de verrichtingen bij Privatescan niet voor separate vergoeding in aanmerking komen, en deze afwijgrond onterecht is gebleken, komt de commissie tot de conclusie dat aanspraak bestaat op vergoeding van deze kosten. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is om, met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering en het definitief advies van het Zorginstituut, de hoogte van de vergoeding hiervoor te bepalen en aan verzoekster te betalen.

Zorgverzekering, reis- en verblijfskosten

- 7.7. Verzoekster heeft verzocht om vergoeding van de gemaakte reis- en verblijfskosten, te weten een bedrag van in totaal € 717,94. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar de verzekeringsvoorwaarde inzake zittend ziekenvervoer en vastgesteld dat verzoekster niet behoort tot één van de in dat verband genoemde groepen. Op vergoeding van de verblijfskosten bestaat daarom geen aanspraak. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 4 juni 2025 opgemerkt

dat in de situatie van verzoekster geen aanspraak bestaat op vergoeding van de gemaakte reis- en verblijfskosten ten laste van de zorgverzekering. De commissie sluit hierbij aan.

Aanvullende ziektekostenverzekering, reis- en verblijfskosten

- 7.8. Zoals eerder is opgemerkt, heeft verzoekster gesteld dat het hier een expertisebehandeling betreft, zodat zij tevens in aanmerking komt voor vergoeding van de reis- en verblijfskosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van een expertisebehandeling zoals bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en beschikte verzoekster daarnaast niet over de vereiste voorafgaande toestemming.
- 7.9. Op grond van artikel D.4.3. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat in geval van een expertisebehandeling aanspraak op vergoeding van reis- en verblijfskosten tot een maximum van € 5.000,--. Volgens dit artikel is een expertisebehandeling een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de voorwaarden genoemd in de artikelen A.1.2, A.2.1 en A.2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering en bepaalt de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar of hiervan sprake is. Verder geldt dat een verzekerde moet beschikken over voorafgaande toestemming, hij moet zijn doorverwezen door een medisch specialist, een specificatie van de gemaakte kosten moet zijn overgelegd, en de medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) door de ziektekostenverzekeraar moeten zijn vastgesteld.
- 7.10. De commissie heeft hiervoor geconcludeerd dat naar zijn aard geen sprake is van een expertisebehandeling, aangezien door partijen in de procedure vier zorgaanbieders in Nederland zijn genoemd waar de behandeling eveneens had kunnen plaatsvinden (Bergmankliniek, Diaconessenhuis, Neurospine en Haaglanden MC). Tevens is aan de overige voorwaarden niet voldaan. Dit leidt tot de conclusie dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de reis- en verblijfskosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Wettelijke rente en buitengerechtelijke kosten

- 7.11. Waar het de wettelijke rente betreft, stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding hiervan, voor zover het de ten laste van de zorgverzekering komende kosten van de behandeling in Essen betreft, reeds heeft toegezegd. Verzoekster heeft de juistheid van het in dat verband genoemde bedrag niet bestreden, zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat dit – uitgaande van de gehanteerde grondslag, het rentepercentage en de periode – correct is berekend. Dat verzoekster de in 7.6. genoemde nota's van Privatescan heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en daarvan betaling heeft gevorderd eerder dan bij vermeerdering van eis in haar brief van 20 maart 2025 aan de commissie, is de commissie niet gebleken. Voor toekenning van de wettelijke rente over de hiermee gemoeide vergoeding, zoals door verzoekster eerst bij e-mailbericht van 25 juni 2025 verzocht, ziet de commissie daarom geen aanleiding.
- 7.12. Volgens verzoekster bestaat daarnaast aanspraak op een bedrag van € 960,-- aan buitengerechtelijke kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft de vordering onder verwijzing naar artikel 6:96 BW afgewezen, omdat de kosten niet zijn onderbouwd en niet is aangetoond dat verzoekster deze in redelijkheid heeft moeten maken. Ook heeft hij erop gewezen dat nog geen nota ter declaratie werd ingediend, zodat hij niet in verzuim is. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen en overweegt voorts dat blijkens artikel 21 van het reglement van de commissie uitgangspunt is dat elke partij zelf de kosten betaalt die hij maakt voor de klachtbehandeling en dat de commissie slechts anders kan beslissen als de consument, die daarom verzoekt en geheel of gedeeltelijk in het gelijk is gesteld, in redelijkheid de kosten heeft gemaakt en ook de omvang daarvan redelijk is. Verzoekster heeft haar vordering niet

onderbouwd en gespecificeerd, zodat de vordering reeds daarom niet toewijsbaar is. De commissie wijst dit onderdeel van het verzoek dan ook af. Wel ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Slotsom

7.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de door Privatescan uitgevoerde zorg, te weten de 'PTED Operatie beoordeling' en het 'Consult Dr. Jost Thissen' aan verzoekster dient te vergoeden, overigens met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 2 september 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

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

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. (...)”*

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
 2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
 3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
 4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
 5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.
- Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
 7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
 8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
 9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
 10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 26

Geplande geneeskundige verzorging

A) Toestemmingsprocedure

1. Voor de toepassing van artikel 20, lid 1, van de basisverordening wordt door de verzekerde een door het bevoegde orgaan verstrekt document aan het orgaan van de verblijfplaats overgelegd. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bevoegd orgaan verstaan het orgaan dat de kosten van de geplande behandeling voor zijn rekening neemt; in de in artikel 20, lid 4, en artikel 27, lid 5, van de basisverordening bedoelde gevallen, waarin de in de lidstaat van de woonplaats toegekende verstrekkingen op basis van vaste bedragen worden vergoed, is het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats.
2. De verzekerde die niet in de bevoegde lidstaat woont verzoekt om de toestemming aan het orgaan van de woonplaats, dat het verzoek onverwijld aan het bevoegde orgaan doorzendt. In dat geval geeft het orgaan van de woonplaats in een verklaring aan dat in de lidstaat van de woonplaats is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening. De gevraagde toestemming kan door het bevoegde orgaan alleen geweigerd worden indien, in overeenstemming met het oordeel van het orgaan van de woonplaats, in de lidstaat van de woonplaats van de verzekerde niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening, of indien dezelfde behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop van de betrokkene, in de bevoegde lidstaat zelf kan worden gegeven. Het bevoegde orgaan stelt het orgaan van de woonplaats in kennis van zijn besluit. Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.
3. Indien een niet in de bevoegde lidstaat woonachtige verzekerde een dringende levensreddende behandeling nodig heeft en de toestemming niet kan worden geweigerd op grond van de tweede zin van artikel 20, lid 2, van de basisverordening, wordt de toestemming door het orgaan van de woonplaats verleend namens het bevoegde orgaan, dat onverwijld door het orgaan van de woonplaats wordt ingelicht. Het bevoegde orgaan aanvaardt de bevindingen en behandelingskeuzen van artsen die zijn erkend door het orgaan van de woonplaats dat toestemming verleent met betrekking tot de noodzaak van een dringende levensreddende behandeling.
4. Tijdens de procedure voor het verlenen van de toestemming behoudt het bevoegde orgaan steeds de mogelijkheid de verzekerde door een door het orgaan gekozen arts in de lidstaat van de woon- of verblijfplaats te laten onderzoeken.
5. Het orgaan van de verblijfplaats stelt, onverminderd enige beslissing inzake de toestemming, het bevoegde orgaan in voorkomend geval ervan in kennis dat een aanvulling op de door de toestemming gedekte behandeling uit medisch oogpunt nodig blijkt.

B) Rechtstreekse betaling van de door de verzekerde gemaakte kosten in verband met verstrekkingen

6. Onverminderd lid 7, is artikel 25, leden 4 en 5, van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing.
7. Indien de verzekerde de kosten voor een medische behandeling waarvoor toestemming is verleend geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald en de kosten die het bevoegde orgaan op grond van lid 6 verplicht is aan het orgaan van de verblijfplaats of aan de verzekerde zelf te vergoeden (werkelijke kostprijs) lager zijn dan de kosten die het voor dezelfde behandeling in de bevoegde lidstaat zou hebben moeten dragen (fictieve kostprijs), dan vergoedt het bevoegde orgaan op verzoek de door de verzekerde gemaakte kosten van de behandeling tot het bedrag waarmee de fictieve kostprijs de werkelijke kostprijs overstijgt. Het vergoede bedrag mag evenwel niet hoger zijn dan de werkelijke kosten van de verzekerde, waarbij ook rekening kan worden gehouden met het bedrag dat de verzekerde zou hebben moeten betalen indien de behandeling in de bevoegde lidstaat had plaatsgevonden.

C) Reis- en verblijfkosten in het kader van een geplande behandeling

8. Indien toestemming is verleend voor een behandeling in een andere lidstaat, en de nationale wetgeving van het bevoegde orgaan voorziet in de vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde, worden deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider door dat orgaan betaald.

D) Gezinsleden

9. De leden 1 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerden.

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 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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 96

1. Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.
2. Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:
 - a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;
 - b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;
 - c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.
3. Lid 2 onder b en c is niet van toepassing voor zover in het gegeven geval krachtens artikel 241 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering de regels betreffende de proceskosten van toepassing zijn.
4. In geval van een handelsovereenkomst als bedoeld in artikel 119a lid 1 of artikel 119b lid 1 bestaat de vergoeding van kosten bedoeld in lid 2 onder c uit ten minste een bedrag van 40 euro. Dit bedrag is zonder aanmaning verschuldigd vanaf de dag volgende op de dag waarop de wettelijke of overeengekomen uiterste dag van betaling is verstreken. Hiervan kan niet ten nadele van de schuldeiser worden afgeweken.
5. Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld voor de vergoeding van kosten als bedoeld in lid 2 onder c. Van deze regels kan niet ten nadele van de schuldenaar worden afgeweken indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf. In dit geval mist artikel 241, eerste volzin, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering toepassing.
6. De vergoeding volgens de nadere regels kan indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, eerst verschuldigd worden nadat de schuldenaar na het intreden van het verzuim, bedoeld in artikel 81, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, waaronder de vergoeding die in overeenstemming met de nadere regels wordt gevorderd, vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van veertien dagen, aanvangende de dag na aanmaning.
7. Indien een schuldenaar voor meer dan een vordering door een schuldeiser kan worden aangemaand als bedoeld in lid 6, dan dient dit in één aanmaning te geschieden. Voor de berekening van de vergoeding worden de hoofdsommen van deze vorderingen bij elkaar opgeteld.
8. Zijn op grond van eenzelfde rechtsverhouding termijnbetalingen verschuldigd en wordt aangemaand als bedoeld in lid 6 voor een termijnbetaling waarvoor op grond van de in lid 5 bedoelde algemene maatregel van bestuur de laagste vergoeding geldt, dan wordt voor de berekening van de vergoeding vanaf de dag dat wordt aangemaand, rekening gehouden met een of meerdere aanmaningen voor termijnbetalingen die geheel of gedeeltelijk onbetaald zijn gebleven in een periode van zes maanden voorafgaand aan de dag van de aanmaning.

De in de eerste zin genoemde algemene maatregel van bestuur bevat nadere regels voor de vergoeding. Hierin wordt, in afwijking van lid 7, tevens de vergoeding bepaald in het geval één aanmaning meerdere termijnbetalingen betreft.

Van dit lid kan niet ten nadele van de in lid 5 bedoelde schuldenaar worden afgeweken.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msz;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&q=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk '[B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#)' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door op onze website het online aanvraagformulier volledig in te vullen. Of door het aanvraagformulier (pdf) uit te printen en volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Jaarlijks wordt u (verzekeringnemer) door ons geïnformeerd over de wijzigingen in de verzekering en de nieuwe premie (voor u en uw medeverzekerden). U ontvangt hiervoor een (gezins)polisblad. Daarnaast stellen wij jaarlijks de polisbladen beschikbaar via Mijn Zilveren Kruis. Klanten met voorkeur voor postale communicatie ontvangen een nieuw polisblad wanneer er wijzigingen in de polis worden doorgegeven. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

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:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- 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;
- 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.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Nederlands recht is van toepassing

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie?

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

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 wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

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

- 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.
- 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 of -palliatief 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.
- 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:

- een ziekenhuis;
- een zelfstandig behandelcentrum of
- 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](https://www.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:

- medisch-specialistische zorg;
- 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

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH arts, 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.
- Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
- Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
- Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
- De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 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.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.
- 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](#) Beving en verloskundige zorg
- Artikel [B.31](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie
- 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 redressiehelm 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 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.

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 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 € 89,- per nacht.

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief voor Zelfstandige Behandelcentra's (ZBC's) wordt uitgegaan van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voor onderzoek (eerstelijns diagnostiek) dat de huisarts of verloskundige voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgverlener wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief? Dan kunt u het bedrag bij ons opvragen. De lijst met tarieven is ook te vinden op onze website.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u (een indicatie van) dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel [4.2](#) genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of ZBC hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel [B.23 Plastische chirurgie](#), [B.24.1 Medische specialistische revalidatie](#), [B.25 Second Opinion](#), [B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf](#), [B.31.1 IVF of ICSI](#) en [B.31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen](#)) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Uitzondering hierop vormt de operatie voor prostaatkanker. Hiervoor geldt de selectieve contractering niet. U kunt terecht in alle ziekenhuizen die wij voor prostaatkankeroperaties gecontracteerd hebben.

4.3.3 Voor deze zorg kunt u ook bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen [4.3.1](#) en [4.3.2](#) niet. Het gaat om:

- a. spoedeisende zorg;
- b. verloskunde;
- c. behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
- d. behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- e. zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- f. behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- g. vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel [A.15](#).

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan kunt u dit tarief bij ons opvragen. Op onze website vindt u ook een lijst met de tarieven op basis van 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op!

Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.3.4 Combinatiepolis (Basis Exclusief)

Heeft u een combinatiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener met uitzondering van [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#) en [B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(tweedelijs GGZ\)](#)? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. U kunt dit tarief bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van het Wmg-tarief? Dan kunt u dit tarief bij ons opvragen.

GGZ en wijkverpleging

Heeft u een combinatiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener voor [B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(tweedelijs GGZ\)](#) of [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#)? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 85% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachttijsten. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Geen recht op zorg als u uw verplichtingen niet nakomt

Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

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:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- 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;
- 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.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Nederlands recht is van toepassing

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie?

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

Spreken en lezen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.16 Logopedie

U heeft recht op behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft. Logopedisten behandelen aandoeningen op het gebied van persoonlijke communicatie, stem, taal, spraak, gehoor en slikken. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- b. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - rapporten.

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.

Vervoer

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.17 Vervoer per ambulance of ziekenvervoer

17.1 Vervoer per ambulance

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet ambulancevoorzieningen:

- a. van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- b. naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- c. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
- d. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- e. van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen;
- f. naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar GGZ zorg zal ontvangen die geheel of gedeeltelijk onder de Jeugdwet valt.

Voorwaarden voor het recht op ambulancevervoer

1. Ambulancevervoer moet worden goedgekeurd door de meldkamer.
2. Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.
3. U heeft alleen recht op ambulancevervoer, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

17.2 Ziekenvervoer

Reist u regelmatig van en naar zorgverleners of zorgverlenende instellingen? Dan heeft u mogelijk recht op de vergoeding van kosten van ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,38 per kilometer bij vervoer per eigen auto. U heeft recht op:

- a. ziekenvervoer als u voldoet aan één of meer van de volgende criteria:
 - u ondergaat nierdialyse of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
 - u ondergaat oncologische behandelingen met radio-, chemo- of immuuntherapie of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
 - u bent blijvend visueel gehandicapt en kunt zich zonder begeleiding niet verplaatsen;
 - u kunt zich uitsluitend per rolstoel verplaatsen;
 - u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel [24.2](#);
 - u bent jonger dan 18 jaar en heeft vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap recht op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid;
 - u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking volgens artikel [B.42](#).
- b. wanneer u aan één of meer van de hierboven genoemde criteria voldoet, heeft u recht op ziekenvervoer:
 - van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
 - naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
 - vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
 - vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
 - van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.
- c. vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op zk.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Hardheidsclausule ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van recht op ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard. Wij beoordelen of u op basis van de hardheidsclausule recht heeft op vergoeding. Indien u recht heeft op vervoer op grond van deze hardheidsclausule dan geldt dit niet alleen voor de behandeling zelf maar ook voor consulten, onderzoeken of controles die u ondergaat omdat die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn.

Eigen bijdrage voor ziekenvervoer

Voor ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 118,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor het recht op ziekenvervoer

1. Voor ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. U vraagt toestemming via de Zilveren Kruis App of via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Wij bepalen of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepaalt deze medewerker ook of er begeleiding noodzakelijk is. U vindt meer informatie over de aanvraagprocedure op zk.nl/vervoer.
2. Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
3. Is ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
4. In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5. U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Overnachting in plaats van ziekenvervoer

Heeft u recht op ziekenvervoer en is het nodig dat u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling reist? Dan heeft u mogelijk recht op een vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van uw behandellocatie. U krijgt een vergoeding van maximaal € 89,- per nacht. U krijgt ook een vergoeding voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag van uw behandeling (op basis van de voorwaarden zoals hierboven genoemd).

Voorwaarden voor het recht op een overnachting in plaats van ziekenvervoer:

1. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op overnachting in plaats van ziekenvervoer. Daarbij wordt gekeken of overnachten minder belastend voor u is dan heen- en terugreizen.
2. Als u kiest voor het recht op overnachting, dan behoudt u op de eerste en laatste dag van die behandelperiode recht op ziekenvervoer voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie. Op de vergoeding van de overnachting is geen eigen bijdrage van toepassing.

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.

Hoe declareer ik mijn nota's?

Een gecontracteerde vervoerder stuurt de nota's van de gemaakte kosten naar ons. Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt. Wilt u een overnachting declareren? Dan dient u de originele en duidelijk gespecificeerde nota's van uw overnachtingskosten bij ons in te dienen. Wij kunnen u verzoeken om een betaalbewijs, ook wanneer u de nota contant heeft betaald.

Voeten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.18 Preventieve voetzorg voor verzekerden met een verhoogd risico op voetulcera

Heeft u een verhoogd risico op voetulcera vanwege diabetes mellitus (suikerziekte), een andere aandoening of een medische behandeling? Dan heeft u recht op voetzorg. De inhoud van de voetzorg die u ontvangt, is afhankelijk van uw zorgprofiel (zorgprofiel 1, 2, 3 of 4). Uw zorgprofiel wordt bepaald door de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor de beoordeling hiervan gaat de arts uit van de Sim's of risicoclassificatie.

Na de vaststelling van het zorgprofiel wordt er voor u een persoonlijk behandelplan opgesteld. Dit doet een podotherapeut die daarvoor bekwaam en bevoegd is. Het aantal controles en de inzet van diagnostiek is mede afhankelijk van het zorgprofiel. U heeft recht op de zorgonderdelen zoals opgenomen in de geldende zorgmodule over preventie van voetulcera van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), voor zover deze door het Zorginstituut Nederland geduid zijn als geneeskundige zorg die onder de basisverzekering valt. Deze zorgmodule kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

De voetzorg waar u volgens deze polis recht op heeft, is geregeld via ketenzorg of via zorgverleners buiten de zorgketen. Voor de voetzorg via ketenzorg verwijzen we u naar artikel [B.38](#).

Aanvullend	Dekking
Aanvullend 4 sterren	consulten en vaccinaties: • 100% bij een gecontracteerde zorgverlener • maximaal € 125,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): • 100% bij een gecontracteerde apotheek

D.4 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

4.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisverblijf en operatie;
- behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op!

Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder de aanvullende tandartsverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- De medisch adviseurs van Zilveren Kruis of van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross beoordelen of er recht is op vergoeding. Zij beoordelen hiervoor of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En zij beoordelen of het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.
- Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 1 ster	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 2 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 3 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 4 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

4.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden voor vergoeding

- De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
- Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
- Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- dieetpreparaten en drinkvoeding;
- verbandmiddelen;
- vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;
- anticonceptiva;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 1 ster	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

4.3 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet-spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:

- de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
- vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de voorwaarden genoemd in de artikelen [A.1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk](#), [A.2.1 Recht op zorg](#) en [A.2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel](#) en in Nederland niet geleverd wordt. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 1 ster	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 2 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 3 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 4 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.