



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, restitutiepolis, hoogte vergoeding, marktconform tarief

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202002170

Zittingsdatum : 17 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( H.A.J. Kroon, L. Ritzema, en drs. J.W. Heringa)

---

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 15 oktober 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 5 januari 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 maart 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend\*\*\*\* en Aanvullend Tand\*\* (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is onder behandeling geweest bij de Eisenhower Kliniek. Deze zorgaanbieder heeft op 19 mei 2020 een bedrag van € 800,- bij verzoeker in rekening gebracht voor *'onderzoek of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij slijtage van het gewricht (zorgproductcode: 131999196, declaratiecode: 15C742)*. De zorgaanbieder heeft op 9 juli 2020 een bedrag van € 6.650,- bij verzoeker in rekening gebracht voor een *'uitgebreide operatie schouder bij een ziekte van het botspierstelsel (zorgproductcode 131999072, declaratiecode: 15C701)'*. Verzoeker heeft de genoemde zorgkosten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. Op 25 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar door middel van een declaratieoverzicht aan verzoeker meegedeeld dat recht bestaat op een vergoeding van € 667,23 voor de behandeling met declaratiecode 15C742. Na verrekening met het eigen risico 2020 voor een bedrag van € 323,50 is totaal € 343,73 uitgekeerd.  
Op 13 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar door middel van een declaratieoverzicht aan verzoeker meegedeeld dat recht bestaat op een vergoeding van € 4.474,37 voor de behandeling met declaratiecode 15C701.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de hiervoor genoemde beslissingen gevraagd. Op 8 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker

meegedeeld dat hij recht heeft op een vergoeding van € 613,26 op basis van de declaratiecode 15C742 en van € 5.302,75 op basis van de declaratiecode 15C701.

Hoewel de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk een hoger bedrag heeft uitgekeerd voor de eerstgenoemde declaratie heeft hij besloten het verschil niet terug te vorderen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast besloten het verschil in vergoeding van de tweede declaratie, te weten € 828,38, aan verzoeker te betalen.

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de zorgkosten die de Eisenhouwer Kliniek op 19 mei 2020 en 9 juli 2020 in rekening heeft gebracht volledig moet vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

##### *Standpunt verzoeker*

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij een restitutiepolis heeft en dat de ziektekostenverzekeraar op grond hiervan zorgkosten volledig moet vergoeden, tenzij sprake is van een onredelijk hoge nota. Het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (hierna: CBB) heeft in de uitspraak van 28 juli 2020 (ECLI:NL:CBB:2020:489) geoordeeld dat een zorgverzekeraar moet aantonen dat een ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is. Een zorgverzekeraar mag dus niet zelf een maximum vergoeding vaststellen voor een bepaalde vorm van zorg en alle kosten daarboven afwijzen. Daarnaast heeft het CBB geoordeeld dat het enkele feit dat een nota behoort tot de 5% hoogste zorgnota's niet automatisch betekent dat deze onredelijk hoog is. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar weliswaar heeft gesteld dat een deel van de gedeclareerde zorgkosten onredelijk hoog is, maar dat hij dit niet heeft onderbouwd.

##### *Standpunt ziektekostenverzekeraar*

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft - onder verwijzing naar artikel 2.2 Bzv - aangevoerd dat het aan hem is te bepalen wanneer de door een restitutieverzekerde gedeclareerde zorgkosten excessief zijn en dus voor een deel niet voor vergoeding in aanmerking komen. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.2 Bzv blijkt dat dit aan de orde is als de zorgkosten die door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in rekening worden gebracht niet meer in verhouding staan tot de bedragen die voor gelijksoortige zorgactiviteiten in rekening worden gebracht door de overige zorgaanbieders.

Naar aanleiding van voornoemde uitspraak van het CBB heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuw beleid ontwikkeld om het marktconforme tarief vast te stellen. De ziektekostenverzekeraar

benadrukt dat dit beleid in overeenstemming met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is opgesteld. Het beleid behelst het volgende:

- (i) wanneer door een verzekerde met een restitutiepolis een nota wordt ingediend ten aanzien van zorg die door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is verleend, vergelijkt de ziektekostenverzekeraar het bedrag van de nota met de bedragen die door vergelijkbare zorgaanbieders voor de betreffende zorg worden gerekend;
- (ii) op basis van spreiding en statistiek wordt een *indicatief* bedrag berekend. Als het gedeclareerde bedrag lager is, wordt dit volledig vergoed. Als het gedeclareerde bedrag hoger is, wordt een individuele beoordeling uitgevoerd. Er wordt dan concreet gekeken in welke mate het gedeclareerde bedrag uitstijgt boven het bedrag dat door vergelijkbare zorgaanbieders voor de betreffende behandeling wordt gerekend;
- (iii) onderdeel van de individuele beoordeling is of er objectief aanwijsbare factoren zijn die de hoogte van het gedeclareerde bedrag rechtvaardigen;
- (iv) is het verschil met het indicatieve bedrag groot en bestaat daarvoor geen objectief aanwijsbare rechtvaardiging, dan luidt de conclusie dat het gedeclareerde bedrag - in vergelijking met het bedrag dat door vergelijkbare zorgaanbieders voor deze zorg wordt gerekend - excessief is. Het deel van het gedeclareerde bedrag dat uitstijgt boven het indicatieve tarief komt in dat geval niet voor vergoeding in aanmerking.

De ziektekostenverzekeraar heeft de door verzoeker ingediende declaraties overeenkomstig het hiervoor beschreven beleid beoordeeld.

Voor de zorg die is gedeclareerd met declaratiecode 15C701 en zorgproductcode 131999072 is een indicatief tarief vastgesteld van € 5.302,75 op basis van statistiek en spreiding van de markt van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra (hierna: ZBC). Omdat het gedeclareerde bedrag boven het indicatieve tarief uitkomt, is de declaratie individueel beoordeeld. De declaratie van € 6.650,- is 82% hoger dan wat vergelijkbare gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders voor deze zorg bij de ziektekostenverzekeraar declareren. Voor de zorg die is gedeclareerd met declaratiecode 15C742 en zorgproductcode 131999196 is een indicatief tarief vastgesteld van € 613,26 op basis van statistiek en spreiding van de markt. Omdat het gedeclareerde bedrag boven het indicatieve bedrag uitkomt, is de declaratie individueel beoordeeld. De declaratie van € 800,- is 43% hoger dan wat vergelijkbare gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders voor deze zorg bij de ziektekostenverzekeraar declareren. Aangezien hiervoor geen objectief aanwijsbare rechtvaardiging bestaat, is er sprake van een excessieve tarieven die niet volledig voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij aangetekend dat bij de vergelijking niet de declaraties zijn betrokken van topklinische en academische ziekenhuizen, omdat deze instellingen objectief aanwijsbaar verschillen van een ZBC zoals de Eisenhower Kliniek.


De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat de commissie in eerdere bindende adviezen over het marktconforme tarief heeft geoordeeld op welke wijze dit dient te worden vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar kan zich in deze berekeningswijze niet vinden. In de voornoemde kwesties had de zorgverzekeraar in kwestie bovendien onvoldoende onderbouwd hoe hij op basis van een individuele beoordeling tot een maximumtarief was gekomen. Dit speelt in de onderhavige kwestie niet, omdat de ten behoeve van verzoeker gedeclareerde nota's individueel zijn beoordeeld. Een en ander in lijn met recente jurisprudentie en het herziene beleid van de ziektekostenverzekeraar.

### Overwegingen commissie


- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op de zorg die hij heeft gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar op grond van de zorgverzekering. Partijen verschillen uitsluitend van mening over de hoogte van de vergoeding die door de ziektekostenverzekeraar is toegekend.
- 6.5. De commissie overweegt dat verzoeker op grond van artikel 4.3.4 van de verzekeringsvoorwaarden recht heeft op vergoeding van zorg tot maximaal het tarief dat is vastgesteld op grond van de Wet

marktordening gezondheidszorg (Wmg) of - bij het ontbreken van een dergelijk tarief - recht heeft op vergoeding tot maximaal het Nederlandse marktconforme tarief. Aangezien voor de onderhavige zorg (zorgproductcode 131999196 en 131999072) geen maximumtarief is vastgesteld op grond van de Wmg, moet worden vastgesteld wat het marktconforme tarief is voor deze zorg. Immers, alleen als de gedeclareerde zorgkosten dit tarief overschrijden, is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden deze kosten volledig te vergoeden. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te stellen én te onderbouwen dat een tarief is gedeclareerd dat in de Nederlandse marktomstandigheden niet passend is (artikel 2.2, tweede lid, Bzv).

- 6.6. De commissie begrijpt uit het verweer van de ziektekostenverzekeraar dat bij verzekerden met een restitutiepolis wordt beoordeeld of de ingediende declaratie lager of hoger is dan het door hem vastgestelde 'indicatief tarief'. Dit tarief is in voor het onderhavige zorgproduct vastgesteld op basis van statistiek en spreiding in de markt van gecontracteerde en niet-gecontracteerde ZBC's. Omdat op de ingediende nota een hoger tarief is vermeld, heeft de ziektekostenverzekeraar een individuele beoordeling uitgevoerd. In dit verband heeft hij het gedeclareerde tarief vergeleken met de tarieven die vergelijkbare zorgaanbieders voor hetzelfde zorgproduct in rekening hebben gebracht en is beoordeeld of er bijzondere omstandigheden zijn die een hoger tarief rechtvaardigen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de uitkomst van de genoemde beoordeeld dat door de zorgaanbieder van verzoeker tarieven zijn gedeclareerd die in de Nederlandse marktomstandigheden niet passend zijn.
- De commissie kan de ziektekostenverzekeraar in zijn benadering niet volgen. De commissie overweegt dat het begrip 'markt' dient te worden gedefinieerd als de gehele Nederlandse (zorgverzekerden)markt en de op die markt gehanteerde tarieven. De wetgever verwijst immers naar de Nederlandse marktomstandigheden. Dit betekent dat de declaraties die bij de ziektekostenverzekeraar zijn ingediend door vergelijkbare zorgaanbieders niet leidend kunnen zijn bij de beoordeling van de vraag of de onderhavige tarieven marktconform zijn. Het staat geenszins vast dat de gegevens die de ziektekostenverzekeraar heeft gebruikt een afspiegeling vormen van de Nederlandse marktomstandigheden. Daarbij neemt de commissie in overweging dat dit zijn oorzaak kan vinden in het gegeven dat de ziektekostenverzekeraar - mede gelet op zijn marktaandeel - mogelijk gunstiger prijzen kan bedingen voor gecontracteerde zorg dan andere zorgverzekeraars. Ook neemt de commissie in overweging dat er zorgverzekeraars zijn die relatief veel of zelfs uitsluitend restitutiepolissen aanbieden op basis waarvan zij hogere tarieven moeten vergoeden dan een zorgverzekeraar die met name naturapolissen aanbiedt. Voor eerstgenoemde zorgverzekeraars is het moeilijker te betogen dat een tarief niet marktconform is. Het marktconforme tarief kan dan ook per zorgverzekeraar verschillen als dit uitsluitend wordt gebaseerd op de eigen data, terwijl dit nadrukkelijk niet de bedoeling van de wetgever is geweest. Dat de ziektekostenverzekeraar overleg heeft gevoerd met de NZa over de door hem gehanteerde systematiek, maakt dit niet anders.
- 6.7. De commissie heeft in het bindend advies van 4 december 2019 (SKGZ201901150) vastgesteld dat het marktconforme tarief moet worden vastgesteld in twee stappen.
- In de eerste stap wordt aansluiting gezocht bij de gegevens die in 'Open-Dis data' zijn vermeld. In deze database wordt het gemiddelde tarief van een zorgproduct vermeld. Dit gemiddelde tarief wordt vastgesteld op basis van de gegevens die door zorgaanbieders in Nederland moeten worden aangeleverd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Bij de berekening van het gemiddelde tarief worden de goedkoopste en duurste 10% van de zorgproducten niet betrokken. Het hoogste tarief dat wél wordt betrokken bij de berekening voor het vaststellen van het gemiddelde tarief geldt als uitgangspunt voor de berekening van het marktconforme tarief. In de tweede stap wordt het hiervoor genoemde tarief verhoogd met een bepaalde marge. De marge wordt berekend door de premie van de resitutiepolis en de naturapolis (niet zijnde een budgetpolis) van de zorgverzekeraar in kwestie met elkaar te vergelijken. De gedachte hierachter is dat het premieverschil een verschil in kosten weerspiegelt.
- 6.8. De commissie heeft bij de NZa het hoogste tarief, dat is betrokken bij de berekening van het gemiddelde tarief dat in 'Open-Dis data' is vermeld, opgevraagd voor zorgproductcodes 131999196 en 131999072. De NZa heeft de commissie bericht dat deze tarieven € 634,72 respectievelijk € 3.982,16 zijn. Zoals hiervoor is vermeld, dienen deze bedragen te worden verhoogd met





een bepaalde marge. Deze is door de commissie vastgesteld op 7,57%. Dit betekent dat het marktconforme tarief voor de genoemde zorgproductcodes respectievelijk € 682,77 en € 4.283,61 bedraagt.

- 
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker een vergoeding van € 667,23 toegekend op basis van zorgproductcode 131999196 en declaratiecode: 15C742 en een vergoeding van (totaal) € 5.302,75 op basis van zorgproductcode 131999072 en declaratiecode: 15C701. Zoals hiervoor overwogen bedraagt het marktconforme tarief van eerstgenoemde declaratie € 682,77, zodat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het verschil - te weten € 15,54 - aan verzoeker te vergoeden. Ten aanzien van de tweede declaratie overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar reeds een hogere vergoeding heeft toegekend dan het hiervoor berekende marktconforme tarief en dat hij om die reden niet is gehouden een hogere vergoeding toe te kennen.





### Aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor medisch specialistische zorg, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



### 7. Bindend advies

- 
- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker een bedrag van € 15,54 te vergoeden;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet voldoen;
  - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



Zeist, 30 maart 2021,



L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)



### 3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

### 3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist of medisch specialist.

U heeft geen recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

### 3.5 Kosten van zorg die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf zorg verlenen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u zorg verleent? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

**Let op!** Deze voorwaarde geldt niet voor zorg welke via een Zvw-pgb wordt verstrekt.

### 3.6 Zorg die voortvloeit uit terrorisme

**3.6.1** Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

**3.6.2** De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op [www.terrorismeverzekerd.nl](http://www.terrorismeverzekerd.nl). Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

**3.6.3** Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

**3.7** U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Als u en wij hierover van mening verschillen, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan heeft u geen recht op deze zorg op basis van uw basisverzekering.

## A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

**4.1** Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

### 4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de zbc verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een zbc alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of zbc's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op.

### Omzetplafonds

1 Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners.

Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.

2 Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.

3 Via de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.

4 Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgverkenner te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2020, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2020 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2020. Houdt u hier rekening mee.





**Let op!** Heeft u een restitutiepolis? Dan hebben omzetplafonds geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

#### 4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

**Let op!** dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel C.2.1 leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

##### 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.

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 of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

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.

##### 4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel A.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 26, 27 lid 1, 28, 31, 33 lid 1 en 2) 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 A.4.3.1 en A.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 vervolghandelingen 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 vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

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 Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) 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 Restitutiepolis (Basis Exclusief)

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? 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. Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel A.15.

Een lijst met de indicatieve hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u bij ons opvragen.



#### 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, of
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. 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** 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:

a 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.

b 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.

c 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.

d U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.

e U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.

f 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.

g 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

a Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.

b Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

#### 5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren via de Declaratie-app of Mijn Zilveren Kruis. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

#### 5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

**Let op!** Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.



---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
  - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
  - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.