

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202501383

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, ontvangen op 4 september 2025, de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 10 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 december 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand twee sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 2 juni 2025 heeft de huisarts bij verzoeker een zwelling in de buik geconstateerd. Op 12 juni 2025 heeft een radioloog in Nederland bij verzoeker aanvullend onderzoek gedaan in de vorm van een echo van de buik en is een gezwel in de buik geconstateerd. De radioloog adviseerde een oncoloog te consulteren. Deze uitslag ontving verzoeker nadat hij was afgereisd naar Turkije. Hij heeft zich op 17 juni 2025 gewend tot het Memorial Ankara Hastanesi (hierna: het ziekenhuis) in Ankara, waar onderzoeken hebben plaatsgevonden, waaronder een CT-scan en een biopt. De kosten hiervan, ten bedrage van omgerekend € 1.171, --, heeft verzoeker ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij brief van 22 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de onderzoeken gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 607,48.

- 2.4. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de verleende vergoeding, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Turkije uitgevoerde onderzoeken alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 607,48 te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn ongedateerde brief gericht aan de commissie, ontvangen op 4 september 2025, aangevoerd dat hij in Nederland was gediagnosticeerd met een gezwel in de buik. Verzoeker vernam deze diagnose in Turkije. Zijn dochter heeft contact gezocht met Eurocross met de vraag of in Turkije een consult kon plaatsvinden met een oncoloog en of verdere behandelingen zouden worden vergoed. Eurocross heeft toen gezegd dat dit mogelijk was, en er werd afgesproken dat het ziekenhuis na het eerste consult medische gegevens zou opsturen naar Eurocross voor verdere beoordeling. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker aan het ziekenhuis het verkeerde pasje laten zien. Het door de ziektekostenverzekeraar genoemde “SGK-pasje” is bij hem echter niet bekend. Hierover is verzoeker ook niet geïnformeerd, noch door Eurocross noch door de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft er echter wel toe geleid dat administratieve fouten zijn gemaakt, waardoor Eurocross verzoeker niet meer verder hielp en hij de kosten van de onderzoeken zelf moest voldoen. Ondanks dat de onderzoeken medisch noodzakelijk waren en hierover vooraf contact is geweest met Eurocross, zijn de kosten hiervan slechts gedeeltelijk vergoed. Een herbeoordeling werd afgewezen, terwijl de oorzaak lag in een misverstand en bij verzoeker geen sprake was van opzet.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij de kwalificatie van de zorg als niet-spoedeisend niet kan volgen. De verleende zorg betreft oncologische diagnostiek bij verdenking op een kwaadaardige aandoening. Deze behandeling was nodig om te onderzoeken of sprake was van een levensbedreigende situatie. Dat de zorg niet binnen enkele uren nodig was, maakt volgens hem nog niet dat deze niet spoedeisend was. Hij heeft toestemming gekregen van Eurocross en hierop kon hij vertrouwen. De latere eisen van de ziektekostenverzekeraar zijn naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar. De ziektekostenverzekeraar heeft daarmee de zorgplicht geschonden. De ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten verzoeker tijdig te informeren over belangrijke eisen, en daarom mocht hij er gerechtvaardigd op vertrouwen dat hij toestemming had van Eurocross. Toen verzoeker op het spreekuur kwam is het misgegaan. Er is een misverstand ontstaan tussen het ziekenhuis en Eurocross. Verzoeker heeft meegedeeld zowel verzekerd te zijn bij de ziektekostenverzekeraar als bij de Turkse verzekeraar Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Het ziekenhuis heeft zich vervolgens gewend tot SGK, die de kosten overigens niet vergoed heeft.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 607,48. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 1 augustus 2025 aangevoerd dat verzoeker al onder behandeling was in Nederland voordat hij naar Turkije ging voor medisch noodzakelijke zorg. Op basis van de aanwezige medische informatie bepaalde de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van € 607,48. Deze vergoeding is gebaseerd op 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar de zorg inkoopt bij gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland. Eurocross ontving medische informatie uit Nederland en gaf akkoord voor het eerste consult bij de oncoloog. Eurocross informeerde de dochter van verzoeker dat na dit eerste consult het ziekenhuis medische informatie moest sturen naar

Eurocross en dat deze dan zou worden beoordeeld. Het was hierbij de bedoeling dat verzoeker bij het ziekenhuis de zorgpas van de ziektekostenverzekeraar zou tonen. Dit is helaas niet gebeurd. Aan de hand van deze zorgpas had het ziekenhuis de medische informatie naar Eurocross kunnen sturen voor verdere beoordeling. Omdat dit niet is gebeurd, onderhandelde Eurocross niet met het Turkse ziekenhuis over de in rekening te brengen kosten en moest verzoeker de door hem ontvangen nota's zelf betalen. Op 23 juni 2025 heeft het ziekenhuis telefonisch contact opgenomen met Eurocross en is het ziekenhuis gevraagd of de betaling nog kon worden teruggedraaid. Dit was helaas niet meer mogelijk volgens het ziekenhuis. Eurocross informeerde de dochter van verzoeker hierover en adviseerde haar de rekeningen, samen met de medische informatie bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen.

- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 10 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat sprake was van een misverstand, waardoor niet Eurocross, maar de ziektekostenverzekeraar de spoedeisendheid heeft beoordeeld. In dit opzicht verdient echter opmerking dat in het geval dit proces juist was verlopen, Eurocross dezelfde beoordeling had uitgevoerd. Vanuit de verzekeringsindicatie bezien heeft het feit dat de beoordeling niet door Eurocross is verricht dus geen gevolgen gehad. Uit paragraaf 4.3.3 van artikel A.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat de lagere vergoeding voor het afnemen van niet-gecontracteerde zorg in het buitenland niet van toepassing is op spoedeisende zorg. Dit brengt met zich dat spoedeisende zorg in het buitenland wordt vergoed tot 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, tegenover de gebruikelijke vergoeding van 75% van datzelfde tarief. Volledige vergoeding van het buitenlandse tarief is enkel mogelijk met een aanvullende verzekering die deze kosten dekt, waarvan in dit geval (Aanvullend Tand twee sterren) geen sprake is. De ziektekostenverzekeraar heeft in Turkije geen ziekenhuizen gecontracteerd. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de verleende zorg heeft beoordeeld als zijnde medisch noodzakelijke, doch niet spoedeisende zorg, geldt op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering de vergoeding van 75%. De verleende zorg valt onder DBC 15A130, met de beschrijving *“Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de nier(en) of urineweg(en)”*. De vergoeding op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor deze DBC bedraagt € 607,48. Er is naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar geen sprake van zorg die binnen enkele uren of een dag noodzakelijk was om gezondheidsschade te voorkomen.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de definitie van spoedeisende zorg in de polisvoorwaarden staat. Het gaat dan om zorg die binnen enkele uren noodzakelijk is, en zo is de zorg ook beoordeeld. Eurocross heeft voorafgaand aan de behandeling genoemd dat zij nog onvoldoende stukken hadden om de vergoeding te kunnen beoordelen. Ook hieruit is af te leiden dat nog niet duidelijk was hoeveel of zelfs óf er vergoed zou worden. De ziektekostenverzekeraar kan dan ook niet volgen waarom er onvoldoende zou zijn geïnformeerd over de vergoeding. Eventuele misverstanden in het contact met Eurocross wijzigen het standpunt niet. Het enige verschil is dat Eurocross het nu heeft overgenomen, en anders was het direct door de ziektekostenverzekeraar gebeurd, maar dit maakt voor de uitkomst niet uit. In het overzicht van de contacten met verzoeker staat op 24 juni 2025 dat Eurocross heeft geïnformeerd dat er contact is geweest met het ziekenhuis. Het doel daarvan is dat werd geprobeerd de reguliere procedure te volgen, maar dit was niet mogelijk omdat het ziekenhuis de betaling niet kon terugdraaien. Daarom was het alleen nog mogelijk de declaratie via de ziektekostenverzekeraar in te dienen. Daarover is de dochter van verzoeker ook geïnformeerd. Op 24 juni 2025 zijn meerdere contactmomenten geweest. Ook op 30 juli 2025 zijn er contactmomenten geweest. Er is geoordeeld alsof er geen verzekering was vanuit Turkije, dus de vraag of daar vergoed was is niet meegenomen. Dit verandert daarom niet. De administratie van het ziekenhuis liet het niet toe alles terug te draaien, maar dit verandert de uitkomst niet. Eurocross heeft contact gehad met het ziekenhuis en heeft geprobeerd alles via de reguliere procedure te laten verlopen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en de hoogte van de vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg, en ook artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid 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.
- 6.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan gebruik te kunnen maken had verzoeker het zogenoemde 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze althans onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Verzoeker heeft van deze weg geen gebruik kunnen of willen maken. Het is niet aan de commissie achteraf te beoordelen of, en tot welk bedrag, de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering hadden moeten worden vergoed. Dit betekent dat de onderhavige beoordeling beperkt blijft tot die aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 6.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoeker in Turkije genoten zorg een verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering en dat hij hiervoor een indicatie had. Wat hen verdeeld houdt, is de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar is bij de bepaling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van DBC-zorgproductcode 020110010 (declaratiecode 15A130) met als omschrijving: *“Maligniteit nier/urineweg (excl blaas) | (Invasieve) diagnostiek (zwaar) | Nieuw maligne nier/urineweg (...) Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de nier(en) of urineweg(en)”*. Het betreft een DBC-zorgproductcode uit het zogenoemde vrije segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De juistheid van het DBC-zorgproduct is door verzoeker niet bestreden, zodat dit als uitgangspunt heeft te gelden. Gelet op de lijst ‘Vergoedingen niet-gecontracteerde zorg Medisch Specialistische Zorg 2025’ van de ziektekostenverzekeraar bedraagt 75% van het gemiddelde tarief waarvoor de zorg is ingekocht bij gecontracteerde zorgaanbieders bij deze code € 607,48. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker vergoed. Gezien het feit dat bij verzoeker in Nederland een gezwel in de buik is geconstateerd, en hij vooraf heeft geïnformeerd of hij voor onderzoek en behandeling – kennelijk hiervan - naar Turkije kon gaan, gaat het niet om spoedeisende zorg die niet kon wachten na terugkeer naar Nederland. Verder staat vast dat het ziekenhuis in Turkije niet door de

ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Om die reden heeft verzoeker geen aanspraak op een hogere vergoeding dan op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Contact met Eurocross

- 6.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij door Eurocross onjuist is geïnformeerd. Hij heeft hierover opgemerkt dat door Eurocross is gezegd dat hij voor een consult naar Turkije kon gaan en dat het ziekenhuis na dit eerste consult medische gegevens moest opsturen naar Eurocross voor verdere beoordeling. Verzoeker zou hiertoe zijn verzekeringspasje bij het ziekenhuis moeten tonen. Verzoeker heeft weliswaar het pasje van de ziektekostenverzekering getoond, maar daarnaast ook genoemd dat hij was verzekerd bij SGK.
- De commissie overweegt dat wat er ook zij van het misverstand dat vervolgens lijkt te zijn ontstaan, de medisch inhoudelijke beoordeling – die nu heeft plaatsgevonden door de ziektekostenverzekeraar – niet anders zou zijn geweest als deze door Eurocross zou zijn verricht. De hoogte van de vergoeding is – zoals hiervoor is uiteengezet – afhankelijk van hetgeen in de verzekeringsovereenkomst is overeengekomen. Dat onduidelijkheid is ontstaan over de gemaakte afspraken kan niet leiden tot een hogere vergoeding. Voor zover het misverstand is ontstaan door de melding van het ziekenhuis dat verzoeker (ook) via een Turkse verzekeraar was verzekerd, merkt de commissie op dat dit niet heeft geleid tot een andere vergoeding, nog daargelaten dat hij niet kan treden in het handelen van een zorgaanbieder.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 februari 2026,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

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

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 gehemeltespelten, 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.

3.6.3 Aanvullende betaling

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 Geen recht op zorg die op grond van een andere wet wordt vergoed

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. De aard van de zorgbehoefte bepaalt uit welke wet u de zorg vergoed krijgt. Als er onduidelijkheid bestaat over de aanspraak, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (zoals ClZ, gemeente, zorgverlener, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. De aanspraak onder de Zvw eindigt wanneer de zorg kan worden bekostigd onder de Wlz.

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

4.1 Recht op zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners

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 het 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 Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) 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 Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) 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 Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2025, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2025 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2025. Houd u hier rekening mee.

Let op!

Heeft u een combinatiepolis? Dan hebben omzetplafonds 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 \(tweedelijs GGZ\)](#), 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 Wat wij vergoeden](#) leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Naturapolis (Basis Budget of Basis Zeker); algemene bepalingen

Heeft u een naturapolis (Basis Budget of Basis Zeker) en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er bij de vaststelling van niet-gecontracteerde tarieven geen rekening gehouden met de kwaliteitsopslagen.

Op onze website vindt u een lijst met de tarieven op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief per zorgsoort. U kunt de tarieven ook bij ons opvragen.

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 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 gemiddeld gecontracteerd tarief.

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 meer gespecialiseerd ander ziekenhuis bent verwezen (tertiaire verwijzing).

Let op! Bij een verwijzing naar een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum of extramuraal werkend medisch specialist wordt de zorg vergoed op basis van de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf en/of een deel van de rekening moet betalen;

- 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 voor spoedeisende zorg in het buitenland artikel [A.15](#).

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van het Wmg-tarief of 75% van het gemiddeld gecontracteerd 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 gemiddeld gecontracteerd 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 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 \(tweedelijns GGZ\)](#)? 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 een indicatie van 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 \(tweedelijns GGZ\)](#) of [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#)? Dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot maximaal 85% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er bij de vaststelling van niet-gecontracteerde tarieven geen rekening gehouden met kwaliteitsopslagen.

Op onze website vindt u ook een lijst de tarieven op basis van 85% van het gemiddelde gecontracteerde tarief voor GGZ en wijkverpleging.

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 wachtlijsten. 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.

A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Wij beëindigen uw basisverzekering:

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

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

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

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

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

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

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

14.3.2 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

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

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

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

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

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

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

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

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

Let op!

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

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

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

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

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

Let op!

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

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

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

15.4 Nota's uit het buitenland

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

A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

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

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

17.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

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

17.2 U heeft een meldingsplicht

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

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

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

A.18 Heeft u een klacht?

18.1 U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Centrale Klachtencoördinatie

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

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

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

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

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

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

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

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

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

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

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

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

De zorg bestaat uit:

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

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

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, arts-assistent, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist.
2. Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
3. Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
4. Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
5. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
6. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
7. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.
8. Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie' welke te vinden is op onze website.

Let op!

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

Het gaat om de volgende artikelen:

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c. behandeling met een 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 € 91,- per nacht.

Behandeling		Basisverzekering Basis Exclusief		Basisverzekeringen Basis Zeker Basis Budget ZieZo Basis	
				Aanvullende verzekeringen	
Verrichting	Omschrijving	Vergoeding Combinatiepolis (Wmg-tarief of marktconform bedrag)**		Vergoeding Naturapolis (75% van het gemiddelde tarief* waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht bij door ons gecontracteerde zorgverleners)	
		In het ziekenhuis	Buiten het ziekenhuis ***	In het ziekenhuis	Buiten het ziekenhuis***
15A089	Begeleiding bij de behandeling met chemotherapie bij uitzaaiingen bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 781,88	€ 781,88
15A090	Begeleiding bij de behandeling met chemotherapie, tijdens een ziekenhuisopname bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 5.875,52	€ 5.875,52
15A091	Toediening van chemotherapie bij uitzaaiingen bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 752,20	€ 752,20
15A092	Toediening van chemotherapie tijdens een ziekenhuisopname bij uitzaaiingen bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 4.750,28	€ 4.750,28
15A101	Begeleiding bij de behandeling met chemotherapie bij niet uitgezaaide tumoren bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 509,24	€ 509,24
15A102	Begeleiding bij de behandeling met chemotherapie bij niet uitgezaaide tumoren, tijdens een ziekenhuisopname bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 3.971,62	€ 3.971,62
15A103	Toediening van chemotherapie bij niet uitgezaaide tumoren bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 642,38	€ 642,38
15A104	Toediening van chemotherapie bij niet uitgezaaide tumoren, tijdens een ziekenhuisopname bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 5.539,07	€ 5.539,07
15A105	Kijkoperatie en/of verwijderen van weefsel bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 1.559,55	€ 1.559,55
15A106	Kijkoperatie en/of verwijderen van weefsel tijdens ziekenhuisopname bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 4.959,23	€ 4.959,23
15A113	Ondersteunende en verlichtende zorg met onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 1.368,95	€ 1.368,95
15A114	Ondersteunende en verlichtende zorg met maximaal 5 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 2.887,99	€ 2.887,99
15A118	Ondersteunende en verlichtende zorg met 1 tot 2 dagbehandelingen of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand of meer dan 2 onderzoeken bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 818,29	€ 818,29
15A119	Ondersteunende en verlichtende zorg met meer dan 28 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 21.238,45	€ 21.238,45
15A120	Ondersteunende en verlichtende zorg met 6 tot maximaal 28 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 8.093,24	€ 8.093,24
15A122	Ondersteunende en verlichtende zorg met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij prostaatkanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 299,70	€ 299,70
15A123	Het spoelen van de blaas met vloeistof bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de nier(en) of urineweg(en)	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 1.211,59	€ 996,72
15A124	Het spoelen van de blaas met vloeistof bij blaaskanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 1.026,55	€ 934,41
15A125	Uitgebreide operatie bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de nier(en) of urineweg(en)	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 9.761,68	€ 9.761,68
15A126	Uitgebreide operatie met verwijderen van lymfeklieren bij kanker aan de nier(en) of urineweg(en)	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 11.783,45	€ 11.783,45
15A127	Uitgebreide operatie bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de blaas	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 15.246,86	€ 15.246,86
15A128	Uitgebreide operatie met verwijderen van lymfeklieren bij blaaskanker	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 22.327,81	€ 22.327,81
15A129	Operatieve behandeling bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de blaas	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 11.266,34	€ 11.266,34
15A130	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de nier(en) of urineweg(en)	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 607,48	€ 563,31
15A131	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de nier(en) of urineweg(en)	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 2.418,88	€ 2.248,56
15A132	Kijkoperatie bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de nier(en) of urineweg(en)	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 1.964,18	€ 1.964,18
15A133	Kijkoperatie tijdens ziekenhuisopname bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van de nier(en) of urineweg(en)	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 4.771,97	€ 4.771,97
15A134	Kijkoperatie in de buikholte en/of het verwijderen van weefsel bij kanker aan de nier(en) of urineweg(en)	Op aanvraag	Op aanvraag	€ 5.345,87	€ 5.345,87