

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501407

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

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. Verzoekster heeft bij brief van 22 augustus 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 augustus 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 10 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 november 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Budget (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Zorg twee sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoekster is door de huisarts verwezen naar het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), waar specialistische diagnostiek heeft plaatsgevonden. De kosten hiervan heeft verzoekster ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij zorgkostenoverzicht van 14 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de gedeclareerde kosten worden vergoed tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat door hem is afgesproken met geselecteerde zorgaanbieders.
- 2.4. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de reeds gemaakte en de nog te maken kosten van zorg in het LUMC volledig aan haar te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief aan de commissie van 22 augustus 2025 aangevoerd dat zij sinds medio 2024 kampt met complexe inflammatoire klachten en met systemische klachten, die verdacht zijn voor een auto-immuunziekte. In januari 2025 heeft zij haar toenmalige behandelend reumatoloog in het Zaans Medisch Centrum (ZMC) uitdrukkelijk verzocht om een verwijzing voor een second opinion. Deze arts weigerde dit, omdat hij ervan overtuigd was dat er niets aan de hand was. Hij stelde de diagnose fibromyalgie, ondanks duidelijke aanwijzingen voor een onderliggend inflammatoire (systemische) oorzaak. De reumatoloog verwees terug naar de huisarts voor een verwijzing voor een second opinion, zodat verzoekster deze niet volgens de daartoe aangewezen route kon aanvragen. De huisarts heeft verzoekster vervolgens verwezen naar de Sint Maartenskliniek in Woerden, waar men opnieuw de diagnose fibromyalgie stelde, maar de systemische klachten niet goed kon duiden. Verzoekster werd weer terugverwezen naar het ZMC. Omdat men daar weigerde verzoekster te verwijzen en de systemische klachten invaliderend waren, heeft de huisarts haar verwezen naar het LUMC. Het LUMC heeft verzoekster vervolgens verwezen naar de poli immunologie van het Erasmus Medisch Centrum, omdat men het ziektebeeld niet zelfstandig kon duiden. Dit onderstreept de complexiteit van de klachten van verzoekster, en wijst op een nog niet gedefinieerde systemische auto-immuunziekte.
- 3.3. Verzoekster benadrukt dat geen sprake is van een vrijblijvende second opinion, maar van een diagnostisch traject dat het niveau van academische, multidisciplinaire zorg vereist. Het feit dat inmiddels twee academische centra bij haar zorg zijn betrokken, bevestigt volgens verzoekster dat de conclusies van de eerdere medisch specialisten en de weigering om haar door te verwijzen onterecht en schadelijk waren. Verzoekster vindt de lagere vergoeding in haar situatie dan ook onredelijk. Dat zij door de huisarts is verwezen, omdat dit de enige nog resterende route was, kan haar niet worden aangerekend. Verzoekster heeft alles gedaan dat redelijkerwijs van haar kon worden verwacht. Zij verzoekt daarom om volledige vergoeding van het medische traject in het LUMC, zowel van de reeds gemaakte als de nog te maken kosten.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in eerste instantie werd gedacht aan de ziekte van Lyme. Omdat er ook gewrichtsontstekingen waren, volgde verwijzing door de huisarts naar het ZMC. Daar was echter enkele maanden wachttijd. Op het moment van het eerste consult waren de gewrichtsontstekingen over. Om die reden stelde de arts de diagnose fibromyalgie. De huisarts was het daar niet mee eens, want die had de klachten gezien en zichzelf herkende zich ook niet in de diagnose. De medisch specialist in het ZMC stond niet achter een second opinion, en was niet bereid dit uit te schrijven hoewel hij dit wel had moeten doen. Zij werd terugverwezen naar de huisarts, die vervolgens heeft verwezen naar het St Antoniusziekenhuis in Woerden. Ook daar kon men in korte tijd de klachten niet objectiveren. Ook deze arts wilde geen verwijzing geven voor een second opinion. Verzoekster werd weer terugverwezen naar de huisarts. De klachten verergerden en toen heeft de huisarts verwezen naar het LUMC waar expertise bestaat voor systeemziekten. Verzoekster is nog steeds in behandeling bij het LUMC en is met medicijnen begonnen waardoor de klachten fors minder zijn. Zij vindt het vervelend dat de second opinion haar is ontzegd en dat zij nu de dupe is, omdat de verwijzing via een specialist had moeten gaan. Om bureaucratische redenen krijgt zij nu geen vergoeding. Verzoekster is overgestapt naar een verzekeraar, die wel een contract heeft met LUMC. Zij heeft ook een ander soort polis. Zij komt van de aandoening niet zomaar af en het kan zijn dat zij weer naar een ander ziekenhuis moet. De klachten leken op systemische lupus. Het LUMC heeft de expertise om dit vroegtijdig te diagnosticeren. Om die reden heeft de huisarts naar het LUMC verwezen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster voor de door haar genoten zorg geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 958,26. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 13 augustus 2025 aangevoerd dat het LUMC geen gecontracteerde zorgaanbieder betreft voor de verzekering die verzoekster heeft afgesloten. De behandeling wordt om die reden niet volledig vergoed. Verzoekster heeft aanspraak op een vergoeding op basis van 75% van het gemiddelde tarief dat de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken met geselecteerde zorgaanbieders. Alleen met een tertiaire verwijzing wordt een behandeling volledig vergoed, dat wil zeggen met een verwijzing door een andere medisch specialist. Verzoekster is niet door een medisch specialist doorverwezen, maar door de huisarts. Daarnaast gaat het niet om een behandeling die alleen in het LUMC kan worden gegeven, een zogenoemd “WBMV-product”. Indien dat wel het geval zou zijn geweest, was de behandeling volledig vergoed. Uit navraag bij het LUMC is gebleken dat men de behandeling daar ziet als een second opinion.

- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 10 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster op 24 februari 2025 voor het eerst contact heeft opgenomen over de vergoeding van een behandeling in het LUMC. Zij heeft de chatbot toen gevraagd of een behandeling in het LUMC wordt vergoed. De chatbot heeft haar verwezen naar de Zorgzoeker op de website van de ziektekostenverzekeraar. Op 23 juni 2025 heeft zij opnieuw contact gezocht via de chatbot. Omdat de chatbot haar vraag niet goed kon beantwoorden, heeft deze haar doorverwezen naar een medewerker. De volgende dag heeft de medewerker van de ziektekostenverzekeraar haar gewezen op een pagina op de website, waar wordt uitgelegd in welke uitzonderingsgevallen er bij een Budget polis wel een 100% vergoeding geldt bij gebruik van een niet-gecontracteerd ziekenhuis. Meer specifiek heeft de medewerker gewezen op de passage die van toepassing was op de situatie van verzoekster en waar de tertiaire verwijzing wordt uitgelegd. Bij de zorgverzekering wordt een behandeling in een niet-gecontracteerd ziekenhuis volledig vergoed, als de verzekerde voor dezelfde zorgvraag door de medisch specialist wordt doorverwezen naar een meer gespecialiseerd ander ziekenhuis, omdat de behandelend medisch specialist niet over de benodigde expertise, kennis, ervaring en/of behandel faciliteiten beschikt. Verzoekster heeft de chatbot van de ziektekostenverzekeraar op 19 juli 2025 gevraagd om opnieuw een medewerker te kunnen spreken, en hierop hebben verschillende medewerkers op 21 juli 2025 chat-contact met verzoekster gehad. Zij hebben haar in deze gesprekken ook gewezen op het belang van een doorverwijzing van de behandelend medisch specialist en aangetekend dat een verwijzing door de huisarts in dit verband niet voldeed.

- 4.3. Op 28 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief van verzoekster, gedateerd 23 augustus 2025, ontvangen. Zij heeft hierin meegedeeld dat de zorg in het LUMC geen 'vrije keuze' of 'comfortzorg' is geweest, maar een noodzakelijke vervolgstap in een langdurig traject, waarin zij herhaaldelijk op barrières stuitte binnen de reguliere, niet-academische zorg. Het argument dat geen sprake zou zijn van verwijzing door een medisch specialist, miskent de context waarin dit traject tot stand is gekomen, aldus verzoekster. Naar aanleiding hiervan heeft de klachtbehandelaar van de ziektekostenverzekeraar op 31 juli 2025 telefonisch contact opgenomen met verzoekster. Met haar is besproken dat het voor de ziektekostenverzekeraar op dat moment onduidelijk was om welke soort zorg het bij het LUMC ging en dat de zorg mogelijk onder één van de uitzonderingen van de zorgverzekering kon vallen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar daarom toestemming gegeven om hierover contact op te nemen met het LUMC. Navraag bij het LUMC wees echter uit dat het inderdaad zorg naar aanleiding van een verwijzing door de huisarts betrof, maar geen zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv). De klachtbehandelaar heeft op 13 augustus 2025 telefonisch contact opgenomen met verzoekster om dit aan haar te vertellen, en haar mee te delen dat op grond van die bevindingen de verwachting was dat de behandeling niet volledig zou kunnen worden vergoed.

Op 13 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar bovendien een schriftelijke reactie op de klacht van verzoekster gegeven.

- 4.4. Op 30 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een declaratie ontvangen van het LUMC. Uit deze declaratie blijkt dat het een bedrag van € 1.369,21 betreft, voor behandeling in de periode van 14 mei 2025 tot en met 11 augustus 2025 met als (DBC-) verrichtingscode: 15C715. 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief voor de behandeling met de verrichtingscode 15C715 bedraagt € 958,26, zo blijkt ook uit de tarievenlijst niet-gecontracteerde zorg, die de ziektekostenverzekeraar op zijn website heeft gepubliceerd. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom een bedrag van € 958,26 rechtstreeks aan het LUMC vergoed. Met een zorgkostenoverzicht in de persoonlijke omgeving van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar haar over deze declaratie en de vergoeding ervan geïnformeerd.
- 4.5. De zorgverzekering betreft een naturapolis met een beperkt aantal geselecteerde ziekenhuizen. Een verzekerde krijgt alleen in één van de geselecteerde ziekenhuizen alle behandelingen volledig vergoed. Dit zijn minder ziekenhuizen dan bij de andere verzekeringsproducten. Op die manier kan de zorgverzekering tegen een lagere premie worden aangeboden. Als een verzekerde met deze zorgverzekering naar een niet-geselecteerd ziekenhuis of niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, dan wordt maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor de zorg vergoed en komen de resterende kosten voor rekening van de verzekerde. De verzekerde is in eerste instantie zelf ervoor verantwoordelijk om te controleren of de kosten helemaal worden vergoed. Door de zorgverzekering af te sluiten stemt de verzekerde in met deze voorwaarden en de beperkte vergoedingsmogelijkheden ten opzichte van de andere verzekeringsproducten. Er zijn enkele uitzonderingen, waarbij de zorgverzekering ook bij een niet-geselecteerd ziekenhuis een volledige vergoeding kent. Deze uitzonderingen zien vooral op de aard van de zorg (zoals spoedeisende zorg, verloskundige zorg, prostaatankeroperaties en transgender behandeling). Ook is er een volledige vergoeding mogelijk als sprake is van een tertiaire verwijzing of als het een behandeling betreft die alleen in een specifiek ziekenhuis plaatsvindt (een 'WBMV-product').
- 4.6. Volgens de begripsbepaling in de polisvoorwaarden is de tertiaire verwijzing een verwijzing voor dezelfde zorgvraag door een medisch specialist (zelfstandig of in een zorginstelling) naar een meer gespecialiseerd ander ziekenhuis. Dit geldt uitsluitend als de medisch specialist of de zorginstelling niet over de benodigde expertise, kennis, ervaring en/of behandel faciliteiten voor de betreffende zorgvraag van de patiënt beschikt. Om te kunnen spreken van een tertiaire verwijzing moet er dus een verwijzing door de behandelend medisch specialist naar een meer gespecialiseerd ander ziekenhuis zijn. Daar is in het geval van verzoekster geen sprake van omdat zij door haar huisarts naar het LUMC is verwezen. Verzoekster stelt weliswaar dat een medische noodzaak bestond, maar dat is niet aangetoond. De behandelend medisch specialist kan bij uitstek beoordelen en onderbouwen of er een medische noodzaak bestaat voor een verwijzing naar het LUMC. Nu dit kennelijk niet is gebeurd, kan niet worden aangenomen dat er in het geval van verzoekster een medische noodzaak was voor verwijzing naar het LUMC.
- 4.7. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar, zoals eerder gesteld, in het kader van de klachtafhandeling onderzocht of het wellicht een behandeling betrof die vanwege de WBMV alleen in het LUMC plaatsvindt. Het LUMC heeft echter bevestigd dat dit niet het geval is. Ook op basis van die uitzonderingsgrond is er dus in het geval van verzoekster geen volledige vergoeding mogelijk.
- 4.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog opgemerkt begrip te hebben voor de situatie. Systeemklachten zijn vaak ook heel moeilijk vast te stellen. En als daar bovenop ook nog onenigheid is met de medisch specialisten is dat heel vervelend. Bij verzoekster was er dan ook nog een derde complicerende factor, namelijk de polis, waarbij zij afhankelijk was van het gecontracteerde aanbod van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar kan zich

moeilijk een oordeel vormen over de onenigheid met de medisch specialist. De voorwaarden zijn helder. De verwijzing moet van de medisch specialist komen. Dit is door beide specialisten die haar hebben gezien niet gebeurd. Achteraf gezien had kunnen worden gekeken of er een gecontracteerde zorgaanbieder was geweest naar wie de huisarts had kunnen verwijzen. Bij de polis waarvoor was gekozen kan er maar beperkt worden vergoed als naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt gegaan. In de communicatie met de ziektekostenverzekeraar is terug te zien dat meerdere keren is gevraagd of zorg bij het LUMC vergoed werd, waarop is geantwoord dat dit geen gecontracteerde partij was. Er had beter gezocht kunnen worden waar verzoekster wel terecht had gekund, maar dat is helaas niet gebeurd. Het LUMC heeft meegedeeld dat het niet gaat om een specifieke behandeling, en reumatologie is ruim gecontracteerd, dus er zouden waarschijnlijk alternatieven zijn geweest.

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 A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op de door haar in het LUMC genoten zorg. Wat hen verdeelt houdt, is uitsluitend de hoogte van de verleende vergoeding. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel B.28 van de zorgverzekering. In artikel A.4.3.2 is bepaald dat moet worden gekozen uit een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen (selectieve contractering). Indien wordt gekozen voor een zorgaanbieder die niet tot deze ziekenhuizen behoort, geldt een vergoeding van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. In artikel 4.3.3 is geregeld in welke gevallen de selectieve contractering niet geldt. Daarbij gaat het om behandelingen waarvoor iemand door de behandelend medisch specialist naar een meer gespecialiseerd ander ziekenhuis is verwezen (tertiaire verwijzing) of zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen. In die gevallen geldt de korting van 25% niet, ook al is het desbetreffende ziekenhuis niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd.
- 6.3. Het staat vast dat het LUMC niet behoort tot de selectief door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde ziekenhuizen. Verder staat vast dat verzoekster niet door een andere medisch-specialist, maar door de huisarts naar het LUMC is verwezen. Hoewel hiervoor wellicht goede redenen zijn, staat nu eenmaal vast dat er geen sprake is van een tertiaire verwijzing, die een vergoeding toewijsbaar maakt. Indien verzoekster van mening is dat de medisch specialist in een ander ziekenhuis haar naar het LUMC had moeten verwijzen, dient zij dit op te nemen met deze arts. De commissie is niet bevoegd zich uit te spreken over geschillen tussen patiënten en hun zorgaanbieder(s). Indien een verwijzing door een medisch specialist in een ander ziekenhuis niet heeft plaatsgevonden, kan dat de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. De

feitelijke situatie is doorslaggevend in dit geval en deze is dat de huisarts verzoekster heeft verwezen zodat de eerste uitzondering niet opgaat.

Verder is door de ziektekostenverzekeraar onweersproken gesteld dat het hier geen zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen betreft, zodat ook op grond van de tweede uitzondering geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding.

- 6.4. Gelet op de 'Lijst maximale tarieven niet-gecontracteerde zorg 2025' van de ziektekostenverzekeraar, is het te vergoeden tarief bij declaratiecode 15C715 € 958,26. Deze vergoeding is verleend. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoekster genoten zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.
- 6.6. Over de eventueel door verzoekster in de toekomst te maken zorgkosten bij gebruik van een niet- (selectief) gecontracteerde zorgaanbieder kan de commissie op voorhand geen uitspraak doen. Naar de commissie begrijpt, is verzoekster inmiddels elders verzekerd, zodat deze vraag ook geen beantwoording meer behoeft.

Slotsom

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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.

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.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) 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](https://www.agbcode.nl). Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

De zorg bestaat uit:

- 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.