

WHITEPAPER (met een vleugje roze)

Je recht op zorgvergoeding halen bij je verzekeraar

Op basis van eigen ervaring, geen juridisch advies

door Monique Nijboer

Versie 1.0 · augustus 2026

Dit document is geen juridisch advies, maar gebaseerd op mijn eigen ervaring.
Marketing naar aanleiding van dit document wordt niet op prijs gesteld.
Opgesteld met AI-assistentie; inhoudelijk geredigeerd en vastgesteld door de schrijfster in persoon.
© 2026 Monique Nijboer, gedeeld onder Creative Commons BY-SA 4.0

Origineel en actuele versie: <https://whitepapers.moniquenijboer.info>

Pagina 1 van 14

Inhoudsopgave

Table of Contents

Over dit document.....	3
Waar sta jij nu? Hoe eerder, hoe sterker.....	4
1. Je moet nog indienen: wapen je aanvraag meteen.....	4
2. Je bent al onderweg: leg vast en vul aan.....	4
Deel 1, De grondhouding.....	5
Deel 2, Je dossier opbouwen.....	7
Welke documenten verzamel je?.....	7
Hoe leg je ontvangst en verzending vast?.....	7
Waarom oude beslissingen en correspondentie goud waard zijn.....	8
Deel 3, De argumenten die werken.....	8
Pin de verzekeraar vast op wat ze zélf hebben toegegeven.....	8
In gebreke stellen.....	8
Laat de verzekeraar niet op de medische stoel zitten.....	9
Afwijzing puur op aantallen of kosten mag niet.....	9
Besluitverzuim en termijnen.....	9
Deel 4, De routes na een afwijzing.....	10
Stap 1: interne klacht bij de verzekeraar.....	11
Stap 2: SKGZ (Geschillencommissie), met een kanttekening.....	11
Stap 3: de civiele rechter.....	12
Deel 5, Als je gewonnen hebt: let op de kleine lettertjes.....	12
Tot slot.....	13
Delen en Copyright.....	13
Bijlagen / naslag.....	13
Checklist.....	13
Begrippenlijst.....	14
Officiële bronnen.....	14

Dit document is geen juridisch advies, maar gebaseerd op mijn eigen ervaring.

Marketing naar aanleiding van dit document wordt niet op prijs gesteld.

Opgesteld met AI-assistentie; inhoudelijk geredigeerd en vastgesteld door de schrijfster in persoon.

© 2026 Monique Nijboer, gedeeld onder Creative Commons BY-SA 4.0

Origineel en actuele versie: <https://whitepapers.moniquenijboer.info>

Pagina 2 van 14

Over dit document

Ik ben geen jurist. Ik ben, met een knipoog naar mijn achternaam, gewoon een boerentrien die met haar boerenverstand het gevecht met de zorgverzekeraar is aangegaan. En gewonnen. Twee keer zelfs, zonder ooit juridisch advies in te winnen.

Deze whitepaper is precies dat: geen juridisch advies, maar gezond verstand, doorzettingsvermogen en een goed bijgehouden dossier. Ik deel hier hoe ik het heb aangepakt, in de hoop dat het jou helpt in jouw gevecht. Maar onthoud: elke zaak is anders, en bij twijfel schakel je een jurist (rechtsbijstand) in, of een ombudsman via de SKGZ / geschillencommissie.

Voor wie is dit bedoeld? Voor iedereen die een vergoeding of machtiging geweigerd krijgt van de zorgverzekeraar en het daar niet bij wil laten. De aanpak is bewust breed: of het nu gaat om fysiotherapie, een hulpmiddel, een dure behandeling, een medicijn of welke geweigerde zorg dan ook, de methode is dezelfde. Mijn eigen ervaring komt uit de transgenderzorg, maar ik gebruik die alleen als voorbeeld: de aanpak werkt voor elke geweigerde zorg.

Heb een lange adem. Met "het daar niet bij laten" bedoel ik ook: houd vol. Dit is geen magisch document waarmee je morgen je gelijk krijgt. In mijn geval duurde elk geschil ongeveer een jaar, met een totale doorlooptijd van zo'n drie jaar. Reken daar dus op, dan word je onderweg niet ontmoedigd.

Let op het onderscheid eerste aanvraag vs. verlenging. Een deel van de punten hierna gaat specifiek over het *verlengen* van een machtiging. Een eerste aanvraag wordt meestal wél "standaard" geaccepteerd volgens de geldende werkwijzer*, waarin vaste hoeveelheden staan van behandelingen die onder de basisverzekering vergoed worden. Het gevecht begint vaak pas bij de verlenging, als je meer nodig hebt dan die standaardhoeveelheid. Datzelfde geldt als je een andere dan de standaardroute nodig hebt: denk aan iemand die van de in Nederland vergoede versie van een hulpmiddel klachten krijgt en daarom een alternatief nodig heeft.

Wat is een werkwijzer? Een werkwijzer is een richtlijn die beschrijft hoe een bepaalde behandeling wordt beoordeeld en vergoed, met daarin vaak standaard aantallen of -voorwaarden. Zulke richtlijnen worden opgesteld door de medisch adviseurs van de zorgverzekeraars, verenigd in de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV, voorheen VAGZ), vaak in overleg met het Zorginstituut en de betrokken beroepsverenigingen. Verzekeraars hanteren dezelfde VAV-werkwijzer, zodat ze aanvragen zoveel mogelijk op één lijn beoordelen. Voor jou is dat gunstig: het staat zwart op wit wat de norm is, dus je kunt de verzekeraar aan hun eigen werkwijzer houden. Wijkt de verzekeraar er zonder goede onderbouwing van af, dan is dat een aanknopingspunt.

Waar sta jij nu? Hoe eerder, hoe sterker

De meeste mensen zoeken dit soort informatie pas op als het al tegenzit: na een afwijzing, als het slepen begint. Logisch, maar niet ideaal, want de sterkste zet doe je aan het begin. Toch is dit geen document dat alleen werkt als je vroeg bent. Waar je ook staat, je kunt vanaf nu je positie verbeteren. En belangrijker nog: de meeste zaken gaan niet verloren omdat ze kansloos zijn, maar omdat mensen afhaken. Een lange adem is vaak het echte verschil.

Grofweg zijn er twee situaties, en in allebei kun je vooruit:

1. Je moet nog indienen: wapen je aanvraag meteen

Dit is de beste plek om te staan. Regel je onderbouwing vóórdat je de aanvraag of verlenging indient, en stuur die direct mee. Denk aan een verklaring of verwijzing van een (BIG-geregistreerde) behandelaar waarin staat wat er nodig is en waarom. Houd er rekening mee dat de verzekeraar navraag kan doen en een behandelplan kan eisen, met daarin ook het te verwachten aantal behandelingen. Dan komt je aanvraag al onderbouwd binnen, en moet de verzekeraar vanaf het eerste moment tegen een deskundig oordeel in argumenteren, in plaats van tegen een kaal verzoek. Vraag bovendien tijdig aan, want zoals gezegd duren procedures lang. In mijn eigen geval had ik voor de verlenging al een verklaring van mijn behandelaar en verwijzend psycholoog in handen, die ik meteen meestuurde. Zo stond vanaf het begin vast dat andere specialisten er hun oordeel over hadden geveld.

2. Je bent al onderweg: leg vast en vul aan

Ben je al bezig, dan is het ideale beginmoment misschien voorbij, maar dat maakt niet uit: vanaf hier bouw je gewoon verder. Leg vanaf nu alles vast, elke brief, mail en (schriftelijk bevestigd) telefoongesprek is nieuw materiaal voor je dossier. En vul met terugwerkende kracht aan wat er al ligt: vraag kopieën op bij je behandelaar, bij de verzekeraar zelf, en uit je eigen mailbox en post. Vaak blijkt dat jij, als je alles bij elkaar legt, een completer overzicht hebt dan de verzekeraar in zijn eigen dossier. Een geschil blijft bovendien correspondentie produceren, dus je dossier groeit vanzelf verder.

Kortom: hoe eerder je instapt, hoe sterker je staat, maar op elk moment kun je je positie nog verbeteren. Geef vooral niet op omdat je denkt dat je te laat bent.

Deel 1, De grondhouding

Dit deel gaat over de mentaliteit die het verschil maakt, nog vóór de techniek.

- **Alles schriftelijk.** Wat niet op "papier" staat, is niet gebeurd. De kern: schrijf zelf een kort verslag van wat er is besproken en stuur dat ter bevestiging naar de tegenpartij, "dit hebben we afgesproken". Zo staat jouw versie op papier én heeft de ander de kans gehad om te corrigeren. Zet daarnaast je correspondentievoordeur bij de verzekeraar op schriftelijk, dan komt hun post ook echt op papier binnen. (Een gesprek waaraan je zelf deelneemt mag je overigens opnemen, ook zonder toestemming van de ander. Artikel 139a van het Wetboek van Strafrecht stelt namelijk het opnemen strafbaar door iemand die géén deelnemer aan het gesprek is; neem je als deelnemer op, dan val je daarbuiten. Mogen opnemen is alleen niet hetzelfde als vrij mogen gebruiken: verspreiden of publiceren raakt aan privacy en de AVG, en of een opname als bewijs meetelt is weer een aparte vraag. Mijn voorkeur blijft toch het schriftelijke verslag.)
- **Als zij jou bellen, draai de identificatie om.** Word je gebeld door je verzekeraar, dan heb je geen enkel bewijs dat je ook echt met hén te maken hebt. Geef dus geen persoonsgegevens zoals je geboortedatum om jezelf te "verifiëren": zij belden jou, dus de last om aan te tonen dat het een legitiem gesprek is ligt bij hen, niet bij jou. In mijn geval opende een medewerker met de vraag naar mijn geboortedatum ter verificatie. Mijn reactie: u belt mij, dus waarom zou ik mijn geboortedatum zomaar aan een vreemde geven, en wie zegt mij dat ik echt iemand van de verzekeraar aan de lijn heb? Daarna werd de toon meteen milder en kwam ze ter zake. Zo'n gesprek mag licht informatief zijn, maar gaan ze inhoudelijk in op je zaak, verwijst dan naar het vorige punt: alles schriftelijk. Wil je zeker weten met wie je spreekt, hang dan op en bel zelf terug via het officiële nummer.
- **Blijf feitelijk, niet emotioneel.** Je hebt gelijk nodig, geen ruzie. Onthoud: *gelijk hebben en gelijk krijgen zijn twee verschillende dingen*. Feitelijk blijven doet hier dubbel werk: het voorkomt escalatie, en het houdt je in de positie om, als het nodig is, op een ander front rustig een nieuw geschil te openen. Je kunt volkomen in je recht staan en alsnog niets bereiken als je het verkeerd aanpakt. Deze hele whitepaper gaat over die tweede stap: van gelijk hebben naar gelijk krijgen. Soms kun je met een gelijk op het ene punt hun bezwaar op een ander punt ontkrachten.

- **Doe geen aannames, laat de tegenpartij definiëren.** Is iets onduidelijk of dubbelzinnig, vul het dan niet zelf in, ook niet in hun voordeel. Kaats de bal terug en laat de tegenpartij het ondubbelzinnig op papier zetten. Wat zij zwart op wit bevestigen, kunnen ze later niet anders uitleggen; wat jij zelf aanneemt, kan tegen je werken. In mijn geval noemden ze een bedrag dat ik moest betalen, met de toezegging dat ze me gelijk gaven en geen extra kosten zouden rekenen. Toch stond er onderaan nog een standaardregel over incassokosten. Ik had het kunnen narekenen of afdoen als een detail, maar in plaats daarvan liet ik hen expliciet bevestigen dat het genoemde bedrag kaal was, zonder bijkomende kosten. Zo sluit je een deurtje dat ze anders open laten staan.
- **Geef niet op na de eerste afwijzing.** Een eerste "nee" is vaak geen eindpunt maar een openingsbod. Een afwijzing moet redenen bevatten, en die redenen moeten ze onderbouwen. Is dat argument uit de lucht gegrepen of niet eens relevant voor jouw aanvraag, dan heb je een aanknopingspunt om in beroep te gaan, via een klacht of door te escaleren naar een geschil. In mijn geval werd de afwijzing op "financiële" gronden gegooid: ik had al meer dan het standaard aantal behandelingen gehad. Wat er niet bij stond, was dat ik die behandelingen zelf had betaald. Ik had dus nul behandelingen van hén vergoed gekregen. Precies dat soort weglating maakt een eerste nee aanvechtbaar.
- **Houd je eigen dossier bij.** Jij bent je eigen archivaris. Alles wat gezegd en afgesproken is, per post, per e-mail, per telefoon, en zelfs gedachten die bij je opkomen: leg het vast. Alles kan later opnieuw ter sprake komen of een belangrijke grondslag zijn voor een tegenargument. Schaam je ook niet om documenten of correspondentie bij anderen op te vragen. In mijn geval werd de machtiging in eerste instantie door mijn behandelaar aangevraagd, en ging die hele correspondentie buiten mij om, tot ik er genoeg van had en de touwtjes zelf in handen nam. Ik heb mijn behandelaar toen vriendelijk om een kopie van de aanvraag gevraagd, met de belangrijke data en correspondentie erbij, en heb ook bij de verzekeraar de correspondentie opgevraagd (met een klacht erover). Houd er rekening mee dat een partij, ondanks dat het over jou gaat, niet zomaar alle documenten mag overhandigen vanwege privacy. Vraag daarom bij beide partijen op, dan kan ieder zijn eigen kant van het verhaal aanleveren.
- **Werk met specialisten.** Zorgverzekeraars hebben afspraken met praktijken en met branches. Het helpt enorm als je een behandelaar hebt die BIG-geregistreerd is: dan zijn ze erkend specialist, kunnen ze een diagnose stellen, en weegt hun verklaring zwaarder in de aanvraag. Ook je huisarts telt als specialist: die kan een verwijfsbrief geven en onderbouwen waarom je de behandeling nodig hebt.

Wat is een BIG-registratie? BIG staat voor de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In het BIG-register staan zorgverleners die aan de wettelijke opleidings- en kwaliteitseisen voldoen, zoals artsen, verpleegkundigen en psychotherapeuten. Zij mogen bepaalde voorbehouden handelingen verrichten, vallen onder het tuchtrecht en zijn daarop aanspreekbaar. Voor jouw dossier is dat het punt: een verklaring van een BIG-geregistreerde zorgverlener is een oordeel van een erkend deskundige, en dat weegt bij de verzekeraar zwaarder dan een mening. Je kunt zelf opzoeken of iemand geregistreerd staat in het BIG-register.

- **Verzekeraars staan boven de wet.** Je moet van goede huize komen om een verzekeraar aan te kunnen pakken. Mijn titel is wat ambitieus, maar zo gedragen ze zich wél. Een door hen zelf opgelegde beslistermijn wordt met voeten getreden. Een specialistenverklaring wordt naast zich neergelegd. In mijn bescheiden mening kijken ze vooral naar hun portemonnee. En jij hebt weinig machts- of onderhandelingspositie: volgens de wet moet je gewoon je zorgpremie blijven betalen, anders krijg je met andere instanties te maken. Kortom: zelfs als je gelijk hebt, gaat het er nog steeds om dat je het ook *krijgt*.

Deel 2, Je dossier opbouwen

De basis van alles. Zonder dossier geen zaak. Het gaat erom dat je een mentaal beeld krijgt van zelfs de kleinste details, en dat je controleert waar nodig. Zie je ergens een bedrag staan, dan is de eerste gedachte "klopt dat wel?" en de tweede "waar kan ik dat controleren, in welk document of op welke portal?".

Welke documenten verzamel je?

- ☐ De afwijzing(en) van de verzekeraar, met kenmerk en datum.
- ☐ Eerdere beslissingen van de verzekeraar (ook oude, die bevatten vaak hun eigen criteria die je later tegen ze kunt gebruiken).
- ☐ Verklaring(en) van je behandelaar(s) / specialist(en).
- ☐ Het behandelplan met onderbouwing (aantal, methode, frequentie).
- ☐ Facturen van reeds betaalde behandelingen / kosten.
- ☐ Alle correspondentie + ontvangst-/verzendsbewijzen, niet alleen met de verzekeraar maar ook met specialisten over hetzelfde onderwerp.

Hoe leg je ontvangst en verzending vast?

Ontvangstbewijs. Voor post is een screenshot van de PostNL-app tegenwoordig heel handig: je kunt direct aantonen wanneer een brief is bezorgd (met enige zekerheid; het wordt lastiger als je er meerdere op één dag krijgt, of als post kwijtraakt of toch eerder of later bezorgd wordt). Voor e-mail: sla het bericht op je eigen schijf op (als .eml-bestand), en print het uit als papieren naslag mocht je computer kapotgaan. In de bron daarvan staan alle gegevens: wie de verzender is, en wanneer het is verzonden en ontvangen.

Dit document is geen juridisch advies, maar gebaseerd op mijn eigen ervaring.

Marketing naar aanleiding van dit document wordt niet op prijs gesteld.

Opgesteld met AI-assistentie; inhoudelijk geredigeerd en vastgesteld door de schrijfster in persoon.

© 2026 Monique Nijboer, gedeeld onder Creative Commons BY-SA 4.0

Origineel en actuele versie: <https://whitepapers.moniquenijboer.info>

Verzendbewijs. Dit is lastiger. Ouderwets per post kun je een aangetekende brief sturen, dan heb je hard bewijs, al kost dat wel extra. Bij e-mail houdt de verzendende server wel een log bij of het bericht bij de ontvanger is aangekomen en geaccepteerd, maar die bevestiging krijgt een gewone gebruiker eigenlijk nooit te zien, zeker niet bij grote mailproviders als Google en Microsoft. Je kunt een leesbevestiging aanvragen, maar dan ben je afhankelijk van de ontvanger of die 'm wil versturen. Sommige grote bedrijven sturen automatisch een ontvangstbevestiging ("uw e-mail is in goede orde ontvangen en wordt binnen x tijd behandeld"), bewaar die, want dat is bruikbaar bewijs van ontvangst.

Waarom oude beslissingen en correspondentie goud waard zijn

Heb je ooit eerder een afwijzing gehad, of gewoon contact met de verzekeraar? De kans is groot dat ze in die correspondentie hun eigen criteria of kaders al hebben vastgelegd of uitgelegd. Die kun je nu tegen hen gebruiken, waar de mogelijkheid zich voordoet. In mijn geval hadden ze zelf al aangegeven dat hun eerste aanname over het aantal behandelingen niet klopte met de aantallen uit de werkwijzer. Dat heb ik in een later stadium weer aan hen voorgelegd: dat ik volgens hun eigen criteria wél recht had op meer behandelingen.

Deel 3, De argumenten die werken

Pin de verzekeraar vast op wat ze zélf hebben toegegeven

Het sterkste argument is niet jouw mening, maar hun eigen eerdere woorden, of de wet en regelgeving. Je tegenargument hoeft niet alles te ontkrachten; soms is het genoeg om hun brief in diskrediet te brengen. Dat kan zelfs zonder inhoudelijk te worden. Kun je bijvoorbeeld aantonen dat ze hun eigen beslistermijn niet hebben gehaald, dan zijn ze in gebreke gebleven, en dat verzwakt hun positie ongeacht de inhoud.

In mijn geval sprak de verzekeraar zichzelf tegen tussen een eerdere en een latere beslissing: eerst gingen ze uit van een aantal behandelingen dat niet strookte met hun eigen werkwijzer, en dat gaven ze later ook toe. Die erkenning heb ik teruggekaatst: volgens jullie eigen criteria heb ik wél recht op meer. Hun oudste woorden waren mijn sterkste bewijs.

In gebreke stellen

Haalt de verzekeraar een termijn niet die zij zelf stelt, dan kun je hen formeel in gebreke stellen. Praktisch: je stuurt eerst een herinnering met een concrete, redelijke reactietermijn. Blijft een reactie (of, belangrijker, een besluit) daarna uit, dan volgt een ingebrekestelling waarin je hen een laatste termijn geeft en aankondigt welke stap je daarna zet. Het effect is dubbel: je zet druk op de doorlooptijd, en je legt zwart op wit vast dat het verzuim bij hen ligt.

Wel eerlijk blijven over wat dit oplevert: te laat beslissen is een fout in de procedure, geen automatische toekenning van je aanvraag. Het verzwakt hun positie en het is een prima drukmiddel, maar je aanspraak zelf moet nog steeds inhoudelijk kloppen. Zie het dus als tactiek, niet als recht.

Laat de verzekeraar niet op de medische stoel zitten

Een verzekeraar mag de indicatie toetsen, maar mag een onderbouwde verklaring van behandelaars niet zomaar naast zich neerleggen zonder gelijkwaardige, zorginhoudelijke tegenargumenten.

In mijn geval vroeg de verzekeraar foto's van de behandelaar om "te beoordelen" of de behandeling effectief was. Mijn behandelaar heeft de verzekeraar toen uitgenodigd om een keer een behandeling bij te wonen, juist omdat de verzekeraar puur vanuit financieel oogpunt oordeelde en geen idee had wat het verschil tussen behandelingen inhoudt, en hoe dat per persoon verschilt. Elk behandeltraject kan maatwerk zijn.

Dat was een slimme zet om ze in de hoek te drukken. Een verzekeraar zal zo'n uitnodiging niet snel aannemen, en dat deden ze ook niet: ze bevestigden schriftelijk dat het "aardig aangeboden" was, maar dat ze er geen noodzaak toe zagen. Daarmee erkenden ze indirect de expertise van de behandelaar.

Afwijzing puur op aantallen of kosten mag niet

De nuance hierbij: de werkwijzer kent een aantal standaardbehandelingen. Maar een verlenging die is onderbouwd met specialistenverklaringen staat sterker, zeker als de specialist daarin ook al het benodigde behandeltraject aangeeft en toelicht welke behandelingen nog nodig zijn. Een afwijzing die puur op het aantal of op de kosten leunt, zonder inhoudelijke weging van die onderbouwing, houdt geen stand.

Besluitverzuim en termijnen

Als je een klacht of geschil indient, of gewoon via het algemene contact een vraag stelt, geven ze vaak een indicatie voor wanneer je antwoord krijgt. Soms staat zo'n termijn ook in hun algemene voorwaarden. Met een vage kreet als "binnen redelijke termijn" kun je weinig, maar een concreet genoemde termijn is houvast.

Let op: over "de" wettelijke termijn wordt veel geschreven, en niet altijd hetzelfde. Je komt zowel vier als zes weken tegen. Je sterkste houvast is daarom niet een algemene termijn van internet, maar wat er in jouw eigen polisvoorwaarden en in de klachtenregeling van jouw verzekeraar staat, plus de termijn die zij in hun eigen brief noemen. Staat er nergens iets concreets, dan geldt dat een partij binnen een redelijke termijn moet reageren; wat redelijk is, hangt van de situatie af. Zoek dus op wat voor jouw verzekeraar geldt en citeer dat.

Krijg je zo'n vage "binnen redelijke termijn"-reactie, laat het daar dan niet bij: stel er zelf een concrete termijn tegenover. Is de termijn verstreken, dan volgt de route uit "In gebreke stellen" hierboven: eerst een herinnering met een door jou gestelde reactietermijn, en blijft ook dan een besluit uit (let op het verschil tussen een reactie en een besluit), dan een ingebrekestelling.

Hoe beter je hierbovenop zit, hoe sneller alles is afgehandeld. Het kost frustratie en tijd, maar het is belangrijk, anders rekken verzekeraars hun eigen termijnen tot in het oneindige. In mijn geval liep de eerste correspondentie tussen de verzekeraar en de behandelaar. De verzekeraar gaf doodleuk te kennen dat de behandelaar telefonisch niet bereikbaar was (nee, die was gewoon aan het werk), en dat ze daarom alles hadden "geparkeerd", wachtend op actie van iemand die niet eens wist dat er actie van haar werd verwacht.

Deel 4, De routes na een afwijzing

Wat is de SKGZ? De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen is de onafhankelijke instantie voor geschillen tussen verzekerden en zorgverzekeraars. Ze kent twee sporen. De Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelt: die probeert er samen met jou en de verzekeraar uit te komen, zonder uitspraak. Lukt dat niet, dan beoordeelt de Geschillencommissie Zorgverzekeringen de zaak inhoudelijk en doet een bindend advies, een uitspraak waar beide partijen zich aan moeten houden. Dat onderscheid is belangrijk: bemiddelen laat alle deuren open, een bindend advies sluit de gang naar de rechter grotendeels af.

Verzekeraars werken met een niveausysteem. Het helpt om te weten met wie je op welk moment te maken hebt:

- **Eerste lijn, klantenservice / callcenter.** Zij beantwoorden standaardvragen, vaak van een voorgekauwde lijst (gelijk aan de Q&A op de website), of ze verwijzen je juist naar die website. Hier ga je een echt geschil niet winnen. Bij een afwijzing van een machtiging heb je met deze lijn meestal al geen contact meer.
- **De medische beoordeling.** Een machtigingsaanvraag loopt niet via de klantenservice maar via de medisch adviseur van de verzekeraar: een BIG-geregistreerde arts die aan de hand van de werkwijzer beoordeelt of je aan de voorwaarden voldoet. Die beoordeling is dus geen administratief besluit maar een medisch oordeel, en daar zit meteen je aangrijpingspunt: vraag om de onderbouwing van dat oordeel en leg daar de verklaring van je eigen behandelaar naast. Loopt het mis, dan gaat het vaak niet om jouw dossier maar om hoe de werkwijzer is toegepast.
- **Tweede lijn, de klachtenafdeling.** Zij kijken of de fout bij hen ligt en of er een specifiek antwoord nodig is.
- **Derde lijn, de geschillencommissie, hand in hand met Juridische Zaken.** Zij beoordelen de zaak en stellen een formele brief op. Dat klinkt zwaarder dan het soms is.

Dit document is geen juridisch advies, maar gebaseerd op mijn eigen ervaring.

Marketing naar aanleiding van dit document wordt niet op prijs gesteld.

Opgesteld met AI-assistentie; inhoudelijk geredigeerd en vastgesteld door de schrijfster in persoon.

© 2026 Monique Nijboer, gedeeld onder Creative Commons BY-SA 4.0

Origineel en actuele versie: <https://whitepapers.moniquenijboer.info>

Pagina 10 van 14

Stap 1: interne klacht bij de verzekeraar

Dit is de verplichte eerste stap voordat je ergens anders terecht kunt. Je moet eerst uitgebreid door de molen bij de zorgverzekeraar zelf. Pas als Juridische Zaken een definitief standpunt heeft gegeven, kun je nadenken over vervolgstappen. Het gros van dit document gaat dus over deze fase, en die is redelijk goed zelf te doen zonder hulp van een jurist.

Zo pak je het praktisch aan:

- **Waar.** Dien je klacht schriftelijk in bij de klachtenafdeling van je verzekeraar. Waar en hoe dat precies moet, staat in je polisvoorwaarden of op de website van de verzekeraar onder "klacht indienen".
- **Wat.** Vermeld het kenmerk en de datum van de afwijzing, omschrijf helder waarover je klaagt en wat je wilt (bijvoorbeeld: heroverweging van de afwijzing), en verwijs naar je onderbouwing (specialistenverklaring, behandelplan). Vraag expliciet om een schriftelijke reactie.
- **Termijn.** Kijk in je polisvoorwaarden en in de klachtenregeling van je verzekeraar welke reactietermijn daar staat (vaak enkele weken), en houd die aan. Bewaak de termijn; verstrijkt hij, dan geldt de route uit "In gebreke stellen".
- **Daarna.** Ben je het met de uitkomst niet eens, of blijft een inhoudelijk besluit uit, dan is de weg naar de SKGZ open (stap 2).

Stap 2: SKGZ (Geschillencommissie), met een kanttekening

Kom je er met de verzekeraar niet uit, dan kun je naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Meestal probeert eerst de Ombudsman Zorgverzekeringen te bemiddelen. Lukt dat niet, dan behandelt de Geschillencommissie Zorgverzekeringen de zaak. Dat kost een klein bedrag (rond de €37, dat je meestal terugkrijgt als je gelijk krijgt), ze bekijken het juridisch en doen een bindende uitspraak waar beide partijen zich aan moeten houden.

De SKGZ heeft op hun website een zoekfunctie waarmee je in afgesloten geschillen kunt zoeken. Zoek op het onderwerp dat het beste bij jouw zaak past. Daar haal je informatie uit om je zaak sterker te maken, en je ziet of het haalbaar lijkt, of dat een meerderheid van de zaken toch in het voordeel van de verzekeraar is beslecht. Dat laatste zegt echter niet alles: in mijn geval was de trend ongunstig, en tóch heb ik gewonnen. Het grote onderscheid is namelijk of de verzekeraar een probleem zélf al heeft erkend. Dan ligt jouw zaak heel anders dan de gemiddelde afgewezen zaak.

Belangrijk om vooraf te weten: omdat de uitspraak van de geschillencommissie bindend is, sluit deze route de gewone rechter grotendeels uit. In mijn geval heeft de SKGZ mijn zaak eerst doorgelezen, advies gegeven, en mij toen de keuze gelaten om via de commissie een bindend advies te vragen. Weeg dus bewust af of je die bindende route in wilt gaan.

Stap 3: de civiele rechter

Heb je een rechtsbijstandsverzekering, leg de zaak dan eerst daar voor: zij kunnen tips geven en de haalbaarheid beoordelen. De SKGZ is speciaal opgericht voor zorggeschillen en daarin gespecialiseerd; gaat je geschil meer over geld, dan is de civiele rechter vaak een betere route. In mijn geval koos ik zelfs op advies van de SKGZ voor de rechter, omdat de tendens daar in het voordeel van de zorgverzekeraar lag.

Maak die afweging vooraf, want de routes vullen elkaar niet zomaar aan. Heeft de rechter je zaak al behandeld, dan neemt de SKGZ 'm niet meer in behandeling. En tegen een bindend advies van de geschillencommissie kun je niet in beroep; wel kun je naar de rechter voor een marginale toetsing. Die kijkt dan niet meer naar de inhoud, maar of de commissie zich aan de regels heeft gehouden, en kan het advies bij grote fouten ongeldig verklaren.

Deel 5, Als je gewonnen hebt: let op de kleine lettertjes

Winnen is niet het eindpunt. Controleer de toewijzing scherp.

- **Voorwaarden aan de goedkeuring.** Verzekeraars bouwen soms voorwaarden in die de basis kunnen vormen voor een volgende afwijzing, maar in jouw geval ook de basis voor een volgende verlenging. Ze kunnen bijvoorbeeld tussentijdse beoordelingen eisen. Zorg dat die netjes en volgens hun eigen regels plaatsvinden, en leg vast dat het gebeurd is. Zo valt jou later niets kwalijk te nemen en kunnen ze er geen grond van maken om alsnog af te wijzen.
- **Ingangsdatum.** Controleer vanaf wanneer een machtiging geldt. Met terugwerkende kracht kan dat gunstig zijn (reeds gemaakte kosten worden alsnog declarabel) én ongunstig (het verbruikt alvast een deel van je tegoed). Per persoon verschillend, afhankelijk of je zelf al behandelingen of materiaal hebt voorgesloten.
- **Reeds voorgesloten kosten.** Hoe krijg je die terug, en aan wie wordt uitbetaald? Dat hangt af van je type verzekering en de afspraken met de zorgverlener, en of er kosten zijn gemaakt die onder de nieuwe (verlengde) machtiging alsnog declarabel zijn. Heb jij voorgesloten, de kosten worden gedekt en jij bent degene die moet declareren, dan is dit het moment om de declaraties opnieuw in te dienen. De zorgverzekeraar werkt met verschillende afdelingen die vaak niet van elkaar weten wat ze doen, dus een juridische uitspraak komt niet vanzelf terecht bij de afdeling uitbetalingen.

Tot slot

Geef niet op omdat het lang duurt of omdat de eerste nee hard aankomt. Gelijk hebben en gelijk krijgen zijn twee dingen, en het verschil is meestal een lange adem.

Dit document is geen juridisch advies, maar gebaseerd op mijn eigen ervaring.

Marketing naar aanleiding van dit document wordt niet op prijs gesteld.

Opgesteld met AI-assistentie; inhoudelijk geredigeerd en vastgesteld door de schrijfster in persoon.

© 2026 Monique Nijboer, gedeeld onder Creative Commons BY-SA 4.0

Origineel en actuele versie: <https://whitepapers.moniquenijboer.info>

Pagina 12 van 14

Deze whitepaper geeft je die aanpak in handen. Kom je er niet uit en wil je gericht sparren over jouw zaak, de opbouw van je dossier of je volgende stap, dan denk ik graag mee. Wel even helder wat ik doe: ik help je met de strijd zelf, met de aanpak en de tactiek. Het juridische laat ik aan juristen, en het emotionele, want zo'n gevecht hakt erin, aan mensen die daar de tijd en de deskundigheid voor hebben: je huisarts, een psycholoog of je eigen omgeving. Ik houd me bij waar ik echt het verschil maak.

Delen en Copyright

Ken je iemand die hier middenin zit? Geef dit door. Hoe eerder iemand dit leest, hoe sterker die staat.

Ben je behandelaar, leverancier of organisatie? Geef dit gerust mee aan wie het kan gebruiken, of neem contact op als je wilt dat ik er een keer over kom vertellen.

Heb je feedback waarmee ik dit document voor anderen sterker kan maken? Die hoor ik graag; zo wordt de volgende versie beter voor wie na jou komt.

Deze whitepaper mag je vrij delen en aanpassen, mits met bronvermelding, onder de licentie Creative Commons Naamsvermelding-GelijkDelen 4.0 (CC BY-SA 4.0). © 2026 Monique Nijboer.

Bijlagen / naslag

Checklist

- ☐ Alles schriftelijk; telefonische afspraken bevestig je per mail.
- ☐ Eigen dossier bijhouden: elke brief, mail en bevestigd gesprek bewaren.
- ☐ Ontvangst en verzending vastleggen (screenshot, .eml, aangetekend).
- ☐ Onderbouwing vooraf regelen (specialistenverklaring, behandelplan).
- ☐ Termijnen bewaken; verstreken? Eerst een herinnering, dan een ingebrekestelling.
- ☐ Feitelijk blijven, niet emotioneel.
- ☐ Bij afwijzing: de reden opvragen, interne klacht indienen, en zo nodig naar de SKGZ.

Begrippenlijst

- **Machtiging.** Voorafgaande toestemming van de verzekeraar voor de (vergoeding van een) behandeling of hulpmiddel.
- **Akkoordverklaring.** Schriftelijke bevestiging dat de verzekeraar de behandeling vergoedt.
- **Werkwijzer.** Richtlijn (onder meer van de VAV) waarmee medisch adviseurs machtigingsaanvragen beoordelen.
- **VAV.** Vereniging Artsen Volksgezondheid (voorheen VAGZ); stelt samen met onder meer het Zorginstituut de werkwijzers op.

Dit document is geen juridisch advies, maar gebaseerd op mijn eigen ervaring.
Marketing naar aanleiding van dit document wordt niet op prijs gesteld.
Opgesteld met AI-assistentie; inhoudelijk geredigeerd en vastgesteld door de schrijfster in persoon.
© 2026 Monique Nijboer, gedeeld onder Creative Commons BY-SA 4.0

Origineel en actuele versie: <https://whitepapers.moniquenijboer.info>

- **Besluitverzuim.** Het niet (tijdig) nemen van een besluit binnen de geldende termijn.
- **Ingebrekestelling.** Formele brief waarin je de tegenpartij een laatste termijn stelt om alsnog te presteren.
- **SKGZ.** Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.
- **Ombudsman Zorgverzekeringen.** Bemiddelt bij een geschil, vóór de geschillencommissie.
- **Geschillencommissie Zorgverzekeringen.** Doet een bindende uitspraak in het geschil.
- **Marginale toetsing.** Beperkte toets door de rechter of de commissie zich aan de regels heeft gehouden, niet inhoudelijk.
- **BIG-registratie.** Wettelijke registratie van erkende zorgverleners (Wet BIG).

Officiële bronnen

- Consumentenbond, klacht over je zorgverzekeraar: <https://www.consumentenbond.nl/juridisch-advies/zorg-zorgverzekering/klacht-zorgverzekeraar>
- SKGZ (Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen), met de zoekfunctie in afgesloten geschillen: <https://www.skgz.nl>
- VAV-werkwijzers (Vereniging Artsen Volksgezondheid): <https://vavolksgezondheid.nl/werkwijzers-vagzvav/>
- Autoriteit Persoonsgegevens (privacy, inzage in je gegevens): <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl>
- Wet- en regelgeving: <https://wetten.overheid.nl> (bijvoorbeeld artikel 139a Wetboek van Strafrecht, over het opnemen van gesprekken)
- Zorginstituut Nederland (wat het basispakket vergoedt): <https://www.zorginstituutnederland.nl>

Deze lijst kan verouderen. De actuele verzameling links, en aanvullende verwijzingen bij dit document, houd ik bij op <https://whitepapers.moniquenijboer.info>.