

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500113

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep u.a. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 29 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 26 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 juni 2025 aan verzoekster gestuurd. Op 5 juli 2025 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een afschrift hiervan is op 8 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Op 16 augustus 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 18 augustus 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 augustus 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Leden en Tandarts (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 4 oktober 2024 heeft verzoekster een e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd met het verzoek om de behandelingen die zij krijgt in het AZ West in Veurne, België, 100% te vergoeden vanuit de zorgverzekering.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 7 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij vanuit de polis recht heeft op een vergoeding van 70%.

- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 januari 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 kosten van de toekomstige behandelingen bij AZ West in Veurne, België, volledig te vergoeden.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster in haar brief van 29 april 2025 gesteld dat de ziektekostenverzekeraar haar in augustus 2002 toestemming heeft verleend voor de behandeling van baarmoederhalskanker in het AZ West (voorheen de St. Augustuskliniek), bestaande uit de onderzoeken, de operatie en alle daaropvolgende controles. Deze vorm van kanker was het gevolg van het syndroom van Lynch. Aangezien dit een erfelijke aandoening is, waarvan verzoekster het gen draagt, gaat zij tot op heden ieder jaar op controle bij de gynaecoloog die haar destijds heeft geopereerd. Tot en met het jaar 2023 werden de kosten van de behandelingen door AZ West volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. In 2024 ontstonden echter problemen met de vergoeding van een nota van een ander (gecontracteerd) ziekenhuis in België. Na telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar zijn deze kosten alsnog volledig vergoed, maar dit stopte bij de laatste nota van het AZ West.
 Uit het feit dat alle kosten tot en met 2023 zonder problemen volledig door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, blijkt het bestaan van de toestemming uit 2002. Er is sprake van een vertrouwensrelatie van ruim twintig jaar tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar, die van invloed is op de wettelijke rechten en zorgplichten. Verzoekster heeft voorts verwezen naar Richtlijn 2011/24/EU (de Patiëntenrichtlijn) waarin is bepaald dat zij als EU-burger het recht heeft om geplande zorg in een ander land te ontvangen en de kosten hiervan vergoed te krijgen tot maximaal het bedrag dat deze behandeling in haar woonland zou kosten. Verzoekster moet vooraf toestemming vragen en de ziektekostenverzekeraar mag de toestemming alleen weigeren als de behandeling niet veilig is of tijdig kan worden geleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte verwezen naar de voorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg in het buitenland. Hiermee wordt voorbijgegaan aan het feit dat door hem in 2002 toestemming is gegeven voor de behandelingen.
 Inmiddels zijn de kosten van de behandelingen bij het AZ West in het jaar 2024 volledig vergoed. De ziektekostenverzekeraar wil voor het jaar 2025 echter geen volledige vergoeding toezeggen. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar artikel 13, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet waarin het volgende is bepaald: *“Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar”*.
 In 2002 is de overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en het AZ West door tussenkomst van de toenmalige huisarts van verzoekster goedgekeurd voor de volledige behandeling. Dit is ook door de ziektekostenverzekeraar erkend in zijn e-mailbericht van 27 december 2016. Op grond van artikel 6:227 van het Burgerlijk Wetboek is een overeenkomst bindend en kan een wijziging hiervan niet zonder wederzijds goedvinden worden gerealiseerd.
- 3.3. Bij brief van 1 mei 2025 heeft verzoekster haar medische geschiedenis toegelicht. Verder heeft zij verklaard dat haar huisarts destijds - namens haar - de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft gevraagd om naar het AZ West te Veurne te mogen gaan voor verdere behandeling, bestaande uit de onderzoeken, de operatie en vervolgcontroles. Indertijd heeft verzoekster van haar huisarts geen schriftelijke stukken ontvangen waaruit de toestemming van de ziektekostenverzekeraar blijkt. Bij de diagnose van een dodelijke ziekte stond haar hoofd er ook

niet naar om dat allemaal te verzamelen. Bovendien was de digitale wereld in 2002 nog verre verwijderd van de huidige mogelijkheden. Uit het feit dat de ziektekostenverzekeraar vanaf 2002 tot en met 2023 probleemloos alle facturen volledig heeft vergoed, blijkt evenwel voldoende dat die toestemming indertijd is gegeven. Dit blijkt ook uit het eerder genoemde e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 27 december 2016 waarin wordt geconstateerd dat verzoekster al lange tijd voor de jaarlijkse controle naar het AZ West gaat.

Tussen verzoekster en haar behandelend gynaecoloog bestaat een vertrouwensrelatie. Daarom wil verzoekster ook voor toekomstige controles in verband met het syndroom van Lynch bij hem terecht kunnen.

- 3.4. In haar brief van 5 juli 2025 heeft verzoekster toegelicht dat zij in 2017 heeft gekozen voor de zorgverzekering. Voordien was zij verzekerd op grond van een ander product. De keuze voor de huidige polis was gebaseerd op een lagere premie, omdat verzoekster ermee akkoord ging dat alleen digitaal zou worden gecommuniceerd. Dit was in principe de enige wijziging. Beide verzekeringen zijn naturapolissen, waarbij een verzekerde in beginsel zorg moet afnemen bij gecontracteerde zorgaanbieders. Voor zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders is toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. Deze toestemming is gegeven in 2002. Toen verzoekster in mei 2002 werd geconfronteerd met de diagnose baarmoederhalskanker, heeft zij aanvankelijk in overleg met haar toenmalige huisarts gekozen voor gecontracteerde zorg in een ziekenhuis in Terneuzen. Per 1 juli 2002 ging de aldaar werkzame gynaecoloog over naar het AZ West en werd de behandeling overgenomen door een andere arts. Deze arts dreigde een fout te maken bij een vervolgonderzoek dat hij moest verrichten. Dit heeft verzoekster kunnen voorkomen, maar een vertrouwensrelatie opbouwen met deze arts was niet meer mogelijk. Verzoekster heeft daarom ervoor gekozen zich verder te laten behandelen in het AZ West, waar haar vorige gynaecoloog werkzaam was geworden. Verzoekster is door deze arts steeds goed behandeld en gaat elk jaar één keer naar het AZ West in Veurne voor controle. Met deze gynaecoloog heeft verzoekster een vertrouwensrelatie en zij wil deze niet verbreken. Alle overige controles die verband houden met het syndroom van Lynch worden wel verricht in gecontracteerde ziekenhuizen.
- Volgens verzoekster kan zij zich beroepen op de Patiëntenrichtlijn. Deze richtlijn is bindend voor sociale ziektekostenverzekeringen in de Europese Unie. Hij verplicht lidstaten om ervoor te zorgen dat hun burgers toegang hebben tot grensoverschrijdende zorg en dat de kosten hiervan moeten worden vergoed, onder dezelfde voorwaarden als zorg in het eigen land. De vergoeding moet in principe gelijk zijn aan de vergoeding die de verzekerde zou krijgen voor dezelfde behandeling in het eigen land, tenzij sprake is van specifieke redenen voor een afwijking, die gerechtvaardigd moeten zijn. De richtlijn zorgt ervoor dat verzekerden binnen de EU een behandeling in een andere EU-lidstaat kunnen zoeken en daar recht hebben op vergoeding, zonder dat de verzekeraar daarvoor een contract hoeft te hebben met de betreffende zorgaanbieder. De richtlijn verbiedt het om afwijkende tarieven te hanteren voor burgers uit andere EU-lidstaten. Dit betekent dat dezelfde tarieven gelden als voor burgers in het land waar de zorg wordt verleend.
- Verzoekster heeft in 2002 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij de overstap in 2017 heeft zij dit wederom gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft toen per e-mailbericht bevestigd dat bij de overstap naar de nieuwe polis niets zou wijzigen ten aanzien van de vergoedingen voor de behandelkosten in het AZ West.
- Op basis van de communicatie met de ziektekostenverzekeraar en de volledige vergoeding van kosten tot en met 2023, had verzoekster de verwachting dat dit zou blijven voortgaan. In 2024 bleek dit echter anders te lopen, zonder dat verzoekster hiervan op de hoogte werd gesteld. Uit de brief van 26 juni 2025 heeft verzoekster inmiddels begrepen dat de volledige vergoeding voortkwam uit de lagere tarieven die werden gehanteerd in de België.
- De ziektekostenverzekeraar heeft terecht geconcludeerd dat verzoekster voor haar jaarlijkse, planbare consulten ook in Nederland terecht kan. Om die reden wordt praktisch alle planbare zorg verleend door gecontracteerde zorgaanbieders. Enkel de jaarlijkse controle door de Belgische gynaecoloog - die na de levensbedreigende diagnose in 2002 is gestart met de onderzoeken en

verzoekster succesvol heeft behandeld - blijft noodzakelijk en belangrijk. Zeker om mentaal te kunnen omgaan met kanker en het syndroom van Lynch op de achtergrond. Deze vertrouwensrelatie kan verzoekster niet verbreken. Zij verwacht dan ook dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de jaarlijkse controle in AZ West volledig blijft vergoeden.

- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij ieder jaar een consult heeft bij de arts in het AZ West. Daarnaast zijn jaarlijks onderzoeken nodig. Een deel van deze onderzoeken, namelijk die door de patholoog anatoom, het benodigde bloedonderzoek en sinds een aantal jaar het cytologisch onderzoek, worden ook uitgevoerd in Veurne. De kosten hiervan worden gedeclareerd. Andere onderzoeken, zoals de mammografie, de coloscopie en de echo van het abdomen, vinden plaats in het ziekenhuis in Terneuzen. Het cytologisch onderzoek kon daar niet worden uitgevoerd en daarom wordt dit in Veurne gedaan. Vanaf 2025 zijn de onderzoeken van het ziekenhuis in Veurne via een ziekenhuis in Antwerpen gelopen. Mogelijk komen de nieuwe declaraties van het ziekenhuis in Antwerpen. Uit het verslag van de behandelend arts in Veurne, dat op 16 augustus 2025 aan de commissie is gestuurd, blijkt dat de arts een volgende controle voorziet over een jaar. Door de brief van de ziektekostenverzekeraar van 26 juni 2025 is verzoekster duidelijk geworden dat de kosten steeds volledig zijn vergoed, omdat de door hem verleende vergoeding op basis van 70% van het gemiddeld afgesproken tarief in voorafgaande jaren steeds kostendekkend is geweest. Hierdoor is verzoekster in de waan gelaten dat de kosten altijd volledig zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft nooit duidelijk gemaakt dat de vergoeding maximaal 70% van het gemiddeld afgesproken tarief betrof. Verder heeft verzoekster benadrukt dat zij uitging van de akkoordverklaring van 2002. Zij dacht dat de jaarlijkse controles het vervolg waren op de uitgevoerde operatie.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 13 januari 2025 toegelicht dat hij met zijn e-mailbericht van 27 december 2016 uitsluitend een toezegging heeft gedaan voor het jaar 2017. Hij heeft geen toezegging gedaan voor de gehele periode dat verzoekster bij hem zou zijn verzekerd. De voorwaarden van de zorgverzekering kunnen ieder jaar veranderen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat als verzoekster in de toekomst gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg, deze zorg wordt vergoed conform de aldan geldende voorwaarden van de zorgverzekering.
Op grond van de in 2017 afgesloten zorgverzekering bestond aanspraak op vergoeding van 65 of 70% van het in Nederland geldende tarief. Aangezien de ziektekostenverzekeraar ermee bekend was dat de kosten in België lager waren, kon hij eind 2016 toezeggen dat de kosten voor het AZ West (destijds St. Augustinus ziekenhuis) in 2017 volledig zouden worden vergoed.
Vóór invoering van een nieuw declaratiesysteem heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding verleend op basis van maximaal 65 of 70% van het in Nederland geldende tarief. De kosten van het ziekenhuis waren altijd lager, waardoor deze steeds volledig zijn vergoed. Sinds juni 2022 vergoedt de ziektekostenverzekeraar maximaal 70% van het gedeclareerde tarief tot maximaal het wettelijke of marktconforme tarief. Door de coronaperiode en problemen met de invoering van het nieuwe declaratiesysteem zijn er na genoemde datum vele rekeningen ten onrechte (volledig) vergoed.
- 4.2. Bij brief van 7 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd de nota's over 2024 nog volledig te zullen voldoen en in dat verband een bedrag van € 10,31 na te betalen voor de behandeling bij het AZ West in 2024.
Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat Richtlijn 2011/24/EU aanspraak geeft om geplande zorg in een andere EU-lidstaat te ontvangen en de kosten hiervan vergoed te krijgen tot maximaal het bedrag dat deze behandeling in het woonland kost. Dit betekent echter niet dat de kosten altijd volledig moeten worden vergoed. De hoogte van de vergoeding is in dit geval afhankelijk van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van artikel B.2.2. van de

voorwaarden van de zorgverzekering geldt een kortingspercentage van 30% voor niet-gecontracteerde zorg, zowel in Nederland als daarbuiten.

- 4.3. In zijn reactie aan de commissie van 26 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoekster in 2017 heeft gekozen voor een naturapolis. Met deze polis kiest een verzekerde in beginsel ervoor om zorg van gecontracteerde zorgaanbieders af te nemen. Uiteraard mag een verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wenden, maar er wordt – in het geval men tijdig terecht kan bij een gecontracteerde aanbieder – dan wel een korting op de vergoeding toegepast. Dit is al jaren opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar de artikelen B.2.2. en A.20. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- Bij de door verzoekster afgesloten naturapolis wordt, conform de voorwaarden van de zorgverzekering, de afgelopen jaren steeds een vergoeding verleend op basis van 65% of 70%. Momenteel is deze vergoeding 70%. De voorwaarden zijn op dit punt steeds een beetje herschreven, maar er staat al jaren in dat bij de berekening wordt uitgegaan van het gedeclareerde tarief, als dat lager is dan het afgesproken tarief.
- De ziektekostenverzekeraar is in dit geval tot en met 2023 voor de berekening van de vergoeding uitgegaan van het afgesproken tarief, ook als het gedeclareerde tarief – zoals voor de consulten van de Belgische gynaecoloog – veel lager was. Dit is hij in 2024 anders gaan doen. Verzoekster krijgt vanaf dat moment de correcte vergoeding van 70% van het gedeclareerde tarief, nu dit lager ligt dan het gecontracteerde tarief. De basis van de volledige vergoeding was geen akkoordverklaring, maar vond zijn oorzaak in het feit dat de ziektekostenverzekeraar jarenlang en organisatiebreed bij het vaststellen van de restitutievergoeding bij de naturapolis niet het eventueel lagere declaratiebedrag als uitgangspunt voor de berekening gebruikte, maar het gecontracteerde tarief, hetgeen in het voordeel was van zijn verzekerden.
- Er is geen akkoordverklaring gegeven voor volledige vergoeding. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit ook logisch, omdat hij als zorgverzekeraar, conform artikel A.18. van de voorwaarden van de zorgverzekering, in beginsel maximaal een akkoord geeft voor één jaar. Een akkoord voor langer dan één jaar voor medisch specialistische zorg wordt niet gegeven, ook omdat de ziektekostenverzekeraar in geval van een akkoord een DOT moet bepalen, en die hebben maar een beperkte looptijd. Daarnaast kunnen zowel de voorwaarden van de zorgverzekering, de gedeclareerde tarieven en/of de gekozen polis tussentijds veranderen. Er zijn dus te veel variabelen om een jarenlange open akkoordverklaring te verstrekken. Het feit dat de kosten eerder volledig werden vergoed is fijn voor verzoekster, maar uit dit feitelijke gegeven kan niet worden afgeleid dat sprake was van verleende toestemming, leidend tot volledige vergoeding. Als een aanvraag wordt ingediend voor een operatie, krijgt een verzekerde een akkoord voor de behandeling en eventueel een consult ervoor en erna. Er wordt geen akkoordverklaring gegeven voor alle vervolgsconsulten voor de komende jaren.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verder opgemerkt dat Richtlijn 2011/24/EU een *richtlijn* is en dus geen rechtstreekse werking heeft. Uit deze richtlijn volgt verder alleen dat verzoekster een vergoeding krijgt voor door haar bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in België (als aangesloten lidstaat) afgenomen zorg, en wel zoals zij deze zou krijgen in geval van afname van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Ook bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland ontvangt verzoekster een vergoeding op basis van 70% van het toepasselijke tarief. Naast dat de richtlijn dus geen rechtstreekse werking heeft, geeft deze geen aanleiding tot een hogere vergoeding dan waarop verzoekster, op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering, al recht heeft.
- Ook op basis van de toepasselijke EU-verordeningen bestaat geen recht op een hogere vergoeding als iemand voor planbare zorg naar het buitenland gaat. Dit is alleen het geval als er niet tijdig zorg in de bevoegde lidstaat voorhanden is. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij verwezen naar artikel 22, tweede lid, van Verordening (EG) nr. 883/2004. De inhoud hiervan is vergelijkbaar met wat is opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering. De korting op de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij een naturapolis wordt immers alleen toegepast als de

ziektekostenverzekeraar ervan uitgaat dat de zorg tijdig door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden geleverd.

Verzoekster heeft lange tijd volledige vergoeding van kosten ontvangen. Hierbij is helder dat zij bij het afsluiten van de naturapolis in 2016 is geïnformeerd dat voor het jaar 2017 op dit punt niets voor haar zou veranderen. In oktober 2024 heeft verzoekster de juiste uitleg gehad over de vergoeding conform haar polis. De ziektekostenverzekeraar vindt het in deze situatie echter redelijk dat verzoekster nog een iets langere overgangperiode krijgt om zich hierop in te stellen. Hij heeft daarom aangeboden ook de kosten van de controle in het AZ West voor het jaar 2025 onverplicht volledig te vergoeden. Verzoekster kan dan tijdig keuzes maken omtrent haar verzekering voor het volgende jaar.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat geen informatie beschikbaar is over een akkoordverklaring uit 2002. Verzoekster heeft deze informatie ook niet. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk dat er in 2002 een akkoordverklaring is gegeven voor volledige vergoeding voor onbepaalde tijd. Er is geen toestemming of akkoord gegeven waarvan de zorgverzekeraar thans eenzijdig afwijkt.

In artikel 13, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet is bepaald dat als een verzekerde zorg afneemt bij een voorheen gecontracteerde zorgaanbieder, de verzekerde die behandeling mag afronden. Het kan namelijk voorkomen dat het contract met een zorgaanbieder eindigt terwijl er nog een na-consult nodig is. Op die situatie ziet artikel 13, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet. Dan moet het na-consult ook worden vergoed. Het is echter niet zo dat een verzekerde altijd bij een arts kan blijven als deze ooit was gecontracteerd.

In artikel A.20. van de voorwaarden van de zorgverzekering staan de soorten tarieven die de ziektekostenverzekeraar toepast. Als er een wettelijk vastgesteld tarief is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, wordt dit tarief gebruikt. Als er geen wettelijk tarief is, en dit is meestal het geval, wordt het gemiddeld met gecontracteerde zorgaanbieders afgesproken tarief gehanteerd. Daarnaast is er de mogelijkheid uit te gaan van het gedeclareerde tarief, in de situatie dat dit lager is dan het - met gecontracteerde zorgaanbieders - afgesproken tarief. Op het tarief wordt vervolgens een korting van 30% in mindering gebracht. Om beleidsmatige redenen heeft de ziektekostenverzekeraar jarenlang de mogelijkheid om het – lagere - gedeclareerde tarief te gebruiken bij de berekening van de vergoeding niet benut. De ziektekostenverzekeraar heeft in plaats hiervan steeds gebruik gemaakt van de andere opties die de voorwaarden van de zorgverzekering boden, namelijk 70% van het wettelijke tarief of het gemiddeld afgesproken tarief. In het geval van verzoekster kwam dat tot en met 2023 steeds uit op een kostendekkende vergoeding.

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.22. 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 vergoeding van niet-gecontracteerde zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepalingen uit Verordening (EG) nr. 883/2004, het Burgerlijk Wetboek (BW), en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoekster neemt zorg af van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in België. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 kan een verzekerde zich met toestemming van de zorgverzekeraar naar een andere EU-lidstaat begeven om daar zorg te betrekken. De gevraagde toestemming mag door de zorgverzekeraar worden geweigerd als de benodigde zorg in Nederland tijdig beschikbaar is. Partijen zijn niet erover verdeeld dat dit laatste het geval is. De verordening behoeft om die reden geen verdere bespreking.

6.3. Naar de commissie begrijpt, werden de kosten van de behandelingen in het AZ West in Veurne aanvankelijk volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed, omdat de door het ziekenhuis gedeclareerde bedragen lager waren dan het gemiddeld met de gecontracteerde zorgaanbieders afgesproken tarief minus de restitutiektorting. Per 2022 is dit veranderd, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar voornemens was om de restitutiektorting vanaf dat moment toe te passen op het eventueel lagere (dan het gemiddeld met de gecontracteerde zorgaanbieders afgesproken tarief) declaratiebedrag. De kosten van de behandelingen in het AZ West zijn echter ook nadien volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de zorgverzekering, omdat – zoals onweersproken door hem is gesteld – hij om hem moverende redenen vanaf 2022 in het voordeel van zijn verzekerden bij het vaststellen van de vergoeding op basis van de naturapolis het gemiddeld met de gecontracteerde zorgaanbieders afgesproken tarief is blijven toepassen en niet het lagere declaratiebedrag. De in 2022 en 2023 verleende vergoeding was hierdoor nog steeds kostendekkend.

Vanaf 2024 is de ziektekostenverzekeraar het – lagere - declaratiebedrag gaan hanteren voor de vaststelling van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat de voorwaarden van de zorgverzekering hem al jaren de mogelijkheid hiertoe bieden.

De commissie stelt vast dat de door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg overeenstemt met het bepaalde in artikel A.20. van de voorwaarden van de zorgverzekering voor 2024. Ook in de jaren daarvoor was opgenomen dat voor de berekening en hantering van het percentage kan worden uitgegaan van het – lagere – declaratiebedrag. Weliswaar is de redactie van de betreffende bepaling in de loop van de jaren enigszins gewijzigd, maar deze wijzigingen maken materieel gezien geen verschil.

In oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van behandelingen in het AZ West in Veurne niet meer volledig worden vergoed. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gekozen deze kosten over 2024 alsnog onverplicht volledig te vergoeden. Bij brief van 26 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd ook de kosten van eventuele behandelingen in het AZ West in Veurne in het jaar 2025 onverplicht volledig te vergoeden. De commissie concludeert dat artikel A.20. de mogelijkheid biedt uit te gaan van het – lagere – declaratiebedrag en dat met de toegezegde vergoeding voor de jaren 2024 en 2025 met betrekking tot deze jaren thans geen geschil meer bestaat.

6.4. Verzoekster vordert dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van behandelingen bij AZ West ook na 2025 volledig moet blijven vergoeden. Hierbij beroept zij zich op een in 2002 gemaakte afspraak en de bevestiging hiervan per e-mail op 27 december 2016. De ziektekostenverzekeraar heeft het bestaan van een dergelijke meerjarige afspraak bestreden.

De commissie merkt in dit verband in algemene zin op dat zij geen uitspraak kan doen over de aanspraak op vergoeding van toekomstige behandelingen bij AZ West Veurne. Iedere nieuwe declaratie dient te worden beoordeeld aan de hand van alsdan geldende wet- en regelgeving en de van toepassing zijnde voorwaarden van de zorgverzekering. De verzekeringssituatie van verzoekster kan immers wijzigen. Dit geldt ook voor wet- en regelgeving en de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie kan wel beoordelen of is gebleken van een afspraak zoals door verzoekster gesteld. Zij overweegt daarover als volgt. Op grond van artikel 150 Rv geldt dat de partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door haar gestelde feiten hiervan in beginsel de bewijslast draagt. Dit betekent dat het aan verzoekster is om aan te tonen dat haar als toenmalig ziekenfondsverzekerde in 2002 toestemming is verleend op basis van Verordening (EG) nr. 1408/71 (de voorganger van Verordening (EG) nr. 883/2004) dan wel de Ziekenfondswet, onderscheidenlijk

dat die toestemming werd gegeven op grond van haar toenmalige particuliere ziektekostenverzekering, eventueel in afwijking van de op dat moment geldende verzekeringsvoorwaarden. Hierin is zij niet geslaagd. Er zijn door haar geen stukken ter zake aangeleverd en het is zelfs niet bekend hoe zij in 2002 tegen ziektekosten was verzekerd. Evenmin is verzoekster erin geslaagd aan te tonen dat de afspraak uit 2002 waarop zij zich beroept haar eind 2016 is bevestigd. Uit het door verzoekster overgelegde e-mailbericht van 27 december 2016 blijkt weliswaar dat de kosten van behandelingen bij AZ West in 2017 volledig worden vergoed, maar hieruit kan het bestaan van bedoelde afspraak niet worden afgeleid. Ook kan er niet uit worden opgemaakt dat de vergoeding in 2017 tevens geldt voor de daaropvolgende jaren. De verwijzing naar artikel 6:227 BW neemt de commissie voor kennisgeving aan.

- 6.5. De stelling van verzoekster dat zij erop mag vertrouwen dat de onderhavige kosten ook na 2025 volledig worden vergoed, omdat dit in het verleden ook is gebeurd, treft naar het oordeel van de commissie geen doel. Verzoekster kan aan de vergoeding van de onderhavige kosten gedurende een geruime tijd niet het rechtens te honoreren vertrouwen ontlenen dat de ziektekostenverzekeraar daarmee, onbepakt in tijd, ongewijzigd en derhalve in afwijking van de ook bij verzoekster bekende voorwaarden van de zorgverzekering, zal doorgaan. In oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster immers geïnformeerd dat zij op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op volledige vergoeding, maar op 70 %. Bij brief van 13 januari 2025 heeft hij duidelijk gemaakt zijn beleid te hebben willen aanpassen na invoering van een nieuw declaratiesysteem en vanaf 2022 in overeenstemming te gaan handelen met de voorwaarden, hetgeen evenwel in 2022 en 2023, in het voordeel van verzoekster, niet is geëffectueerd. Toen hij daar in 2024 alsnog toe overging heeft hij een redelijke overgangstermijn in acht genomen, tot en met - inmiddels 2025. Hiermee is de verzoekster een redelijke overgangstermijn geboden en de ziektekostenverzekeraar ook in overeenstemming met de voorwaarden handelt.
- 6.6. Verzoekster heeft verder een beroep gedaan op Richtlijn 2011/24/EU. De commissie overweegt dat de richtlijn niet rechtstreeks werkend is. Het is aan de lidstaten deze te implementeren in hun nationale wetgeving. In Nederland had dit beperkte gevolgen, omdat de op de Zvw gebaseerde verzekeringen in beginsel werelddekking kennen. Is gekozen voor een naturapolis of een combinatiepolis met (deels) gecontracteerde zorg, dan is de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg gelijk, of de zorgaanbieder in Nederland is gevestigd of daarbuiten. De richtlijn bepaalt dat in sommige gevallen een verzekerde de keuze heeft tussen toepassing van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de nationale wetgeving. Dit kan leiden tot verschillende vergoedingen. Zoals hiervoor is vastgesteld, speelt dit bij verzoekster niet omdat de benodigde zorg tijdig in Nederland (of daarbuiten) bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verkregen, zodat de vereiste toestemming op basis van de verordening niet door de ziektekostenverzekeraar hoeft te worden verleend. Hieruit volgt dat een eventuele vergoeding – conform de richtlijn – moet zijn gebaseerd op nationale wetgeving. In artikel 13 Zvw is geregeld dat indien een verzekerde is aangewezen op gecontracteerde zorg, en hij toch gebruik wenst te maken van niet-gecontracteerde zorg, de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding bepaalt. In dit geval heeft de zorgverzekeraar in artikel A.20. van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen de wijze waarop de hoogte van de vergoeding wordt berekend als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is op bladzijdes 3 en 4 van de voorwaarden van de zorgverzekering van 2024 vermeld dat indien de verzekerde kiest voor zorg in het buitenland door zorgverleners zonder contract, er aanspraak bestaat op vergoeding van 70% van de rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken met gecontracteerde zorgverleners. De commissie stelt vast dat, anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen, de richtlijn – indien de verordening geen toepassing vindt – geen aanspraak geeft op een hogere vergoeding dan volgt uit

de nationale wetgeving van de bevoegde lidstaat, of in dit geval de op die wetgeving gebaseerde voorwaarden van de zorgverzekering.

Slotsom

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 oktober 2025,

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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
- 2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

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

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 227

De verbintenissen die partijen op zich nemen, moeten bepaalbaar zijn.

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Zorg in het buitenland (artikel B.2.2.), zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg in het buitenland.
Uw basisverzekering geeft werelddekking. Dit betekent dat u buiten Nederland verzekerd bent voor dezelfde zorg en dezelfde omvang als binnen Nederland.
Als u zorg in een verdragsland krijgt omdat u daar woont of omdat u daar tijdelijk verblijft dan kunt u (in plaats van de vergoeding vanuit uw basisverzekering) kiezen voor de wettelijke regeling die in dat verdragsland geldt.

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
 1. Voor zorg in het buitenland: buitenlandzorg heeft een gelijke omvang en hoogte zoals de zorg in Nederland of uw woonland is verzekerd.
 2. Voor zorg in een verdragsland: de wettelijke regeling van het verdragsland.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor zorg in het buitenland (artikel B.2.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland.
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg).
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat.
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg).

- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum.
Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt.
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland.
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg).
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat.
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg).
- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum.
Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt.
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Vergoeding van rekeningen tijdens verzekerde periode

Wij vergoeden alleen rekeningen voor zorg tijdens uw verzekerde periode. Is een behandeling met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC zorgproductcode) gedeclareerd? Dan moet de startdatum van de DBC in uw verzekerde periode liggen. Ligt de startdatum eerder dan ingang van uw verzekering bij ons? Dan valt de hele DBC buiten uw verzekerde periode. Ook als de behandeling voor een deel doorloopt in uw verzekering bij ons. De DBC moet dan bij uw vorige verzekeraar worden ingediend.

Zie ook:

[DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

Volgorde van vergoeding

Wij verwerken rekeningen op een bepaalde volgorde. Zo bepalen we of u een vergoeding krijgt en hoeveel dat is.

Eerst kijken we of een rekening vergoed moet worden uit een andere verzekering zoals een volksverzekering of sociale verzekering. Bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg, Jeugdwet of Wet maatschappelijke ondersteuning.

Volgorde van vergoeden van zorg uit de basisverzekering

Daarna behandelen we de rekening volgens uw basisverzekering.

Verzekering voor een deel van het jaar

Er zijn vergoedingen met een maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen per jaar. Begint of stopt uw verzekering in de loop van een jaar? Dan krijgt u niet minder vergoed. Wij verminderen het maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen van dat jaar niet.

A.20. Tarieven

Hier leest u:

over onze tarieven

Hoogte van de tarieven: U heeft zorg nodig die verzekerd is als zorg in natura

Naar welke zorgverlener gaat u voor de zorg die verzekerd is als zorg in natura?

- a. U gaat naar een gecontracteerde zorgverlener; of
- b. U wil naar een gecontracteerde zorgverlener maar kunt dat niet:
 - omdat de zorg spoedeisend is; of
 - omdat een gecontracteerde zorgverlener niet beschikbaar is; of
 - omdat een gecontracteerde zorgverlener niet tijdig bereikbaar is. Tijdig bereikbare zorg heeft een wachttijd die medisch inhoudelijk verantwoord is. Ook is deze wachttijd algemeen maatschappelijk geaccepteerd.

We vergoeden 100% van de verzekerde zorg van deze zorgverlener maar niet meer dan:

- het wettelijk vast tarief, of als dat niet bestaat:
- in situatie a.: het afgesproken tarief of
- in situatie b.: het gemiddelde afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconforme tarief).

Wij vergoeden nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

c. U kunt naar een gecontracteerde zorgverlener, maar u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgverlener.

We vergoeden dan het hieronder vermelde lagere percentage* van:

- het wettelijk vast tarief, of als dit niet bestaat;
- het gemiddelde afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconforme tarief); of
- het gedeclareerde tarief als dat lager is.

We vergoeden nooit meer dan het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

Zie ook:

- [Afgesproken tarief](#) (begrippen)
- [Gedeclareerde tarief](#) (begrippen)
- [Marktconform tarief](#) (begrippen)
- [Wettelijk maximum tarief](#) (begrippen)
- [Wettelijk vast tarief](#) (begrippen)

*** Lagere vergoeding als u ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan**

Voor alle zorg in natura uit uw basisverzekering is de vergoeding 70% van het geldende tarief.

Hardheidsclausule in uw basisverzekering

Uw basisverzekering heeft een hardheidsclausule. U kunt zich hierop beroepen als de lagere vergoeding uw keuze belemmert voor het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie.

U moet ons dan schriftelijk laten weten waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en ons vragen om alsnog een hoger, redelijk percentage van het afgesproken tarief te vergoeden. Binnen 4 weken laten wij u dan weten of wij aan uw verzoek kunnen voldoen.

Tarieven bij een PGB (Persoons Gebonden Budget) uit uw basisverzekering

De bepalingen over tarieven gelden voor wijkverpleging die uit een Persoons Gebonden Budget (PGB). Meer informatie vindt u in het artikel 'Wijkverpleging' en in het Reglement Verpleging & Verzorging PGB.

Omzetbelasting

Een zorgverlener kan verplicht zijn om over het bedrag van de zorg omzetbelasting te betalen. Of een vergelijkbare belasting in het buitenland te betalen. Deze kosten worden vergoed als hij deze bij u in rekening brengt.

A.21. Algemene uitsluitingen

Hier leest u:

over onze algemene uitsluitingen

Algemene uitsluitingen

Onderstaande kosten of zorg vergoeden wij niet:

- als u een afspraak met een zorgverlener niet nakomt;
- kosten van een spoedeisende behandeling in het buitenland die een (reis)verzekeraar bij ons declareert;
- deze (reis)verzekeraar is niet aangesloten bij het Convenant Samenloop;
- als u geen verzekering bij ons zou hebben dan zouden deze kosten wel vergoed worden uit uw (reis)verzekering. Uw (reis)verzekeraar heeft de kosten dus uitgesloten als u een verzekering bij ons heeft.
- het kan ook gaan om andere kosten die door die (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgesloten.

Toelichting:

Deze (reis)verzekeraar heeft niet het Convenant Samenloop ondertekend. Dit convenant is een overeenkomst die de verdeling van kosten regelt die aan verzekerden zijn vergoed. Het maakt niet uit of de (reis)verzekering eerder of later is ingegaan dan uw verzekering bij ons. Onze verzekering dient als excedentverzekering. Dat betekent dat wij alleen kosten vergoeden die boven de dekking van die (reis)verzekering komen.

- zorg die u ook vergoed zou kunnen krijgen uit een andere verzekering of regeling en u ons niet heeft doorgegeven wat de naam van die verzekeraar is;
- kosten van geldverkeer, administratie-, facturerings- of verzendkosten.
- een behandeling die geen verantwoorde en adequate zorg of dienst is. Hierbij kijken we naar stand van de medische wetenschap en praktijk. Of als de zorg niet erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden.
- een behandeling waarvan wij vinden dat deze nog in een wetenschappelijke of experimentele fase zit;
- een behandeling waarvan wij vinden dat die niet bedoeld is om de ziekte of aandoening tegen te gaan. Of die een ziekte of aandoening voorkomt;