Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501924

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 29 november 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is telefonisch met haar besproken op 13 en 18 maart 2026 en schriftelijk aan haar bevestigd. Op 7 april 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 8 juli 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 juli 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 31 juli 2026 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 augustus 2026 verklaard dat hij wel wil worden gehoord. Vervolgens is verzoekster gevraagd of dit voor haar aanleiding is om ook deel te nemen aan een hoorzitting. Hierop heeft verzoekster op 18 september 2026 opnieuw laten weten dat zij niet wil worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar is op 23 september 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname zijn gestuurd aan partijen .

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Benfit, ONVZ Wereldkeuze en ONVZ Tandfit Preventief (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

2.2. Verzoekster heeft op 22 augustus 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een vruchtbaarheidsbehandeling in Turkije. Bij e-mailbericht van 25 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar haar om aanvullende informatie gevraagd. Hier heeft verzoekster op gereageerd.

2.3. Verzoekster heeft een klacht bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Bij e-mailbericht van 9 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd.

2.4. Op 19 september 2025 is in Turkije bij verzoekster een laparoscopische operatie uitgevoerd. De kosten hiervan heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij e-mailbericht van 24 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat vergoeding is afgewezen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 17 oktober 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 gehouden is de in Turkije uitgevoerde laparoscopische operatie en de aangevraagde FET te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij e-mailbericht van 29 november 2025 toegelicht dat de laparoscopische operatie is uitgevoerd ter behandeling van pathologische tubastompen met verdenking op mucocele, diepe endometriose en adhesie.
De ziektekostenverzekeraar weigert vergoeding van de laparoscopische operatie, omdat in een administratief document de term “laparoscopic tubal ligation” staat. De behandelend arts heeft desgevraagd schriftelijk bevestigd dat het geen sterilisatie betrof, het ging om een therapeutische endometriose-operatie, adhesies en fibrotisch weefsel werden verwijderd, en pathologische tubastompen met ontstekingsreactie werden geëxcideerd. De uitgevoerde behandeling is aldus volledig in overeenstemming met artikel 2.1 van het Besluit Zorgverzekering. De medische classificatie van de ziektekostenverzekeraar is onjuist.
Volgens de ziektekostenverzekeraar is de verwijzing van de huisarts van 12 september 2025 in dit verband niet geldig. In deze verwijzing wordt evenwel precies de medische indicatie genoemd voor de uitgevoerde operatie. Volgens het document ‘Verwijsafspraken Medisch specialistische zorg‘ van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport blijft een verwijzing geldig zolang de behandeling voortvloeit uit dezelfde aandoening. Het traject betreft een doorlopende behandeling van endometriose en adenomyose. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een nieuwe zorgvraag, is dan ook onjuist.

3.3. Ten aanzien van de aangevraagde FET geldt dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte stelt dat eerst alle cryo-embryo’s moeten worden gebruikt voor een nieuwe stimulatie. Dit is echter niet zo opgenomen in de Zorgverzekeringswet, het Besluit Zorgverzekering en de richtlijnen van het Zorginstituut. In het document ’IVF en cryo-embryo’s – uitleg regelgeving’ van het Zorginstituut van 27 mei 2015 is alleen het volgende opgenomen: *“Een IVF-poging bestaat uit stimulatie, eicelpunctie, bevruchting en één of meer keren terugplaatsing van verse of cryo-embryo’s.”*
Dit bepaalt alléén hoe pogingen worden geteld. Het legt geen verplichting op om eerst alle embryo’s te gebruiken of een behandeling te weigeren. Het embryo uit de tweede IVF-poging in 2021 ligt opgeslagen in hetzelfde ziekenhuis waar de volledige poging werd uitgevoerd. De geplande FET is daarmee een onderdeel van dezelfde poging.

3.4. Het IVF-traject en de endometriosebehandeling lopen al jaren. De verwijzing van de huisarts dekt exact dezelfde aandoening, namelijk endometriose. De laparoscopische operatie was medisch noodzakelijk om de pijn en ontstekingen te beheersen en de implantatiekansen niet verder te doen afnemen. Het embryo uit 2021 wordt teruggeplaatst in dezelfde medische instelling, en is onderdeel van de IVF-poging in dat jaar.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de laparoscopische operatie, uitgevoerd in Turkije, en de FET. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 8 juli 2026 toegelicht dat vaststaat dat sprake is van planbare medisch-specialistische zorg in het buitenland. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling toestemming gevraagd. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering dient voorafgaande toestemming te worden gevraagd en verkregen voordat de zorg wordt afgenomen. Verzoekster heeft de behandeling laten plaatsvinden voordat toestemming was verleend. Reeds hierom bestaat geen aanspraak op vergoeding.

4.2. Daarnaast beschikte de ziektekostenverzekeraar ten tijde van de beoordeling niet over voldoende medische informatie om vast te stellen dat sprake was van zorg die naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen. Uit de overgelegde offerte bleek dat de ingreep was omschreven als "Laparoscopic Tubal Ligation". Ook uit de overige stukken volgde destijds onvoldoende wat de exacte medische noodzaak en aard van de behandeling waren. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom uitgaan van de beschikbare documentatie. Voor zover verzoekster zich beroept op de naderhand overgelegde verklaring van de behandelend arts, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze verklaring eerst na de behandeling is verstrekt. De rechtmatigheid van het primaire besluit dient te worden beoordeeld op basis van de informatie die ten tijde van de besluitvorming beschikbaar was. Bovendien neemt een latere verklaring niet weg dat verzoekster de behandeling heeft ondergaan zonder vooraf verkregen toestemming.

4.3. Ten aanzien van de verwijzing geldt dat de verwijsbrief van 12 september 2025 betrekking heeft op begeleiding en behandeling in verband met recidiefklachten van endometriose. De uiteindelijk uitgevoerde behandeling betreft echter een afzonderlijk behandeltraject in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar heeft zich daarom terecht op het standpunt gesteld dat voor deze planbare medisch-specialistische zorg een geldige en op de behandeling toegespitste verwijzing benodigd was.

4.4. Met betrekking tot de FET geldt het volgende. Verzoekster heeft in het verleden IVF-behandelingen ondergaan in Turkije en later in Spanje. Uit het dossier volgt dat er nog cryopreserved embryo's aanwezig zijn in Spanje. De ziektekostenverzekeraar heeft niet kunnen vaststellen of het behandeltraject in Spanje is afgesloten. Indien die behandeling nog liep, was er geen medische reden om naar Turkije te gaan voor dezelfde behandeling. Op basis van de beschikbare informatie kon de ziektekostenverzekeraar niet vaststellen dat sprake was van een verzekerde behandeling waarvoor op grond van de Zorgverzekeringswet aanspraak bestond. Evenmin kon worden vastgesteld dat werd voldaan aan de voorwaarden die gelden voor vruchtbaarheidsbehandelingen in het buitenland.
Voor de door verzoekster gewenste FET ontbraken bovendien voldoende medische gegevens, een actueel en volledig behandeloverzicht en een geldige verwijzing. De bewijslast dat aan de voorwaarden voor vergoeding is voldaan rust op verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de beschikbare gegevens terecht geconcludeerd dat de aanspraak niet kon worden vastgesteld.

4.5. Het betoog van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar een niet-bestaande regel heeft toegepast mist feitelijke grondslag. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag niet afgewezen uitsluitend omdat nog cryo-embryo's aanwezig waren, maar omdat op basis van de beschikbare gegevens niet kon worden vastgesteld dat aan de wettelijke en contractuele voorwaarden voor vergoeding werd voldaan. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar onder meer betrokken dat er nog embryo's uit eerdere behandelingen aanwezig waren en onvoldoende inzicht bestond in het gehele fertiliteitstraject.

4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor de laparoscopische operatie geldt dat voorafgaande toestemming is vereist. De zorg is uitgevoerd voordat toestemming is verleend. Bij het beoordelen van de aanvraag was onvoldoende informatie beschikbaar om vast te stellen of sprake was van zorg waarop aanspraak bestond. De ziektekostenverzekeraar moet gebruik maken van de informatie die destijds beschikbaar was. Er kon niet worden vastgesteld dat aan alle voorwaarden was voldaan. Ook ten aanzien van de Frozen Embryo Transfer geldt dat op grond van de beschikbare informatie niet kon worden vastgesteld dat aan de geldende voorwaarden was voldaan. De essentiële medische gegevens, zoals een behandeloverzicht en een verwijzing, ontbraken. Bij het doen van een aanvraag ligt de bewijslast en het initiatief bij de verzekerde. Verzoekster had de benodigde informatie moeten aanleveren.
De zorg was al uitgevoerd op het moment dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor vergoeding van de laparoscopische operatie ontving. Er is verwezen naar gecontracteerde zorgaanbieders in Nederland, maar toen was de zorg al uitgevoerd. Voor de Frozen Embryo Transfer is zorgbemiddeling aangeboden, maar daarvan geen gebruik is gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft daarmee aan zijn zorgplicht voldaan.
De verzekering van verzoekster loopt vanaf verzekeringsjaar 2024-2025. Verzoekster heeft vanaf 2025 bij de ziektekostenverzekeraar geclaimd. De voorgeschiedenis is de ziektekostenverzekeraar onduidelijk. Daarom zijn er ook vragen gesteld. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk hoe verzoekster bij de zorgverleners in kwestie is terechtgekomen. De ziektekostenverzekeraar kan het verloop van de behandeling niet vaststellen. De wet stelt dat beschikbare embryo's eerst moeten worden teruggeplaatst, voordat een nieuwe IVF poging wordt ondernomen. Voor verzoekster gold dat er embryo's in Turkije en Spanje beschikbaar waren. Er zijn daarom vragen gesteld, maar die zijn niet beantwoord.

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 79 van de Algemene regels en Vergoedingen 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, het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', en het vereiste van een verwijzing zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante artikelen uit het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid en artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan gebruik te kunnen maken had verzoekster het zogenoemde 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Verzoekster heeft van deze weg geen gebruik kunnen of willen maken. Het is niet aan de commissie om achteraf te beoordelen of, en tot welk bedrag, de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering hadden moeten worden vergoed. Dit betekent dat de onderhavige beoordeling beperkt blijft tot de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.3. Verzoekster vraagt om vergoeding van zorg in Turkije, namelijk een laparoscopische operatie en een FET met gebruik van een embryo dat is verkregen bij een IVF-poging in 2021. Deze zorg betreft medisch specialistische zorg. Hiervoor biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 67 tot en met 69 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering. Verder geldt dat op grond van hetgeen is beschreven op de pagina's 251 tot en met 253 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering aanspraak bestaat op niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland.

6.4. Ten aanzien van de uitgevoerde laparoscopische operatie heeft de ziektekostenverzekeraar zich onder meer op het standpunt gesteld dat geen aanspraak bestaat op vergoeding hiervan omdat verzoekster niet beschikte over zijn voorafgaande toestemming. Ook ontbreekt volgens hem een verwijzing. Met betrekking tot de aangevraagde FET geldt volgens de ziektekostenverzekeraar dat deze niet kan worden vergoed, omdat hij op basis van de beschikbare informatie niet kan vaststellen of aan de geldende voorwaarden is voldaan. De commissie overweegt als volgt.

Laparoscopische operatie

6.5. Op grond van hetgeen is beschreven op de pagina's 251 tot en met 253 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering is een verwijzing nodig voor zorg in het buitenland (1) als dit voor de zorg in Nederland ook nodig is. Verder is hier beschreven dat voor zorg in het buitenland voorafgaande toestemming van de verzekeraar nodig is (2) voor zorg met opname of dagopname, of (3) als een verzekerde de zorg in Nederland niet (tijdig) kan krijgen. Op de pagina's 67 tot en met 69 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde voor medisch specialistische zorg vooraf een verwijzing moet hebben. Ook is hier opgenomen dat een verzekerde voor medisch specialistische zorg soms toestemming moet vragen, waaronder voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg staan.

6.6. Volgens de ziektekostenverzekeraar was voor de laparoscopische operatie zijn voorafgaande toestemming nodig en deze ontbreekt. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat verzoekster pas na de laparoscopische operatie, namelijk op 19 september 2025, om toestemming heeft gevraagd. Verzoekster heeft dit niet, bestreden, zodat de commissie uitgaat van de juistheid van deze stelling. Dit betekent dat verzoekster, vanwege het ontbreken van voorafgaande toestemming, geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de laparoscopische operatie, uitgevoerd in Turkije. Aangezien de ziektekostenverzekeraar vergoeding reeds op deze grond terecht heeft geweigerd, kan hetgeen partijen ten aanzien van deze ingreep verder hebben aangevoerd, waaronder over het al dan niet aanwezig zijn van een geldige verwijzing, verder onbesproken blijven.

FET

6.7. Ten aanzien van de aangevraagde FET heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat hij op basis van de beschikbare informatie niet kan vaststellen dat sprake is van een behandeling waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. Ook kan hij niet vaststellen dat is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor een vruchtbaarheidsbehandeling in het buitenland. Verder ontbreekt een verwijzing.

6.8. De commissie overweegt dat op grond van artikel 150 Rv en de jurisprudentie ter zake het uitgangspunt geldt dat degene die meent een vordering op de verzekeraar te hebben op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast draagt van zijn op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Het lag dus op de weg van verzoekster om informatie aan te leveren waaruit blijkt dat sprake is van een behandeling waarvoor de zorgverzekering dekking biedt en dat

is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor een vruchtbaarheidsbehandeling in het buitenland. Dit is echter niet gebeurd. Om die reden is de aanvraag voor de FET terecht afgewezen. Het enkele gegeven dat bij de behandeling gebruik wordt gemaakt van een gecryopreserveerd embryo dat is overgebleven na een IVF-poging in 2021 maakt deze conclusie niet anders. Ook hetgeen verzoekster in een eerder stadium heeft gesteld over de schending van de zorgplicht door de ziektekostenverzekeraar *("by not providing timely conformation, [de ziektekostenverzekeraar] is obstructing acces to medically indicated care")* kan niet tot een ander oordeel leiden. Op de ziektekostenverzekeraar rust, op grond van artikel 11 Zvw, een zorgplicht rust die inhoudt dat hij ervoor dient te zorgen dat de verzekerde zorg tijdig beschikbaar is en van een kwalitatief hoog niveau. Ook dient hij desgevraagd te bemiddelen naar zorg. In dit verband speelt mee dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat geen sprake is van schending van de zorgplicht. Er is zorgbemiddeling aangeboden, maar hiervan is geen gebruik gemaakt, aldus de ziektekostenverzekeraar. Dit is niet door verzoekster weersproken, zodat de commissie uitgaat van de juistheid van deze stelling van de ziektekostenverzekeraar en zij geen aanleiding ziet te oordelen dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden.

Slotsom

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 oktober 2026,

B.L.A. van Drunen

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

Medisch specialist

De medisch specialist werkt meestal in het ziekenhuis. Daarom wordt deze zorg ook wel ziekenhuiszorg genoemd.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Basisverzekering	• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding De meeste ziekenhuiszorg
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist[1]. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. En is als behandelaar verantwoordelijk voor uw zorgvraag. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Behandeling in een zbc[2] of eigen praktijk vergoeden wij alleen als de verantwoordelijk behandelaar een medisch specialist is. Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de verantwoordelijke behandelaar ook een verpleegkundig specialist of een physician assistant[3] zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg[4], geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de Ziekenhuisopname.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum (zbc[2])
- een eigen praktijk

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen[5] in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huig (uvuloplastiek)

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook geen Sterilisatie of een hersteloperatie daarvan. De aanvullende verzekeringen soms wel.

Andere vergoedingen
Deze behandelingen krijgt u soms wel in het ziekenhuis, maar ze vallen niet onder de vergoeding die u nu leest:

- Kaakchirurgie
- Geneeskundige ggz
- Opname voor geneeskundige ggz

Voor sommige behandelingen gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld. Bijvoorbeeld:

- Medisch-specialistische revalidatie
- Plastische chirurgie
- Vruchtbaarheidsbehandelingen / Ivf

Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage
Voor zorg van de medisch specialist betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico
Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben
Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde.

Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist[6] zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook uw verloskundige verwijzen. Bij acute zorg[7] is geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming vragen
Voor de volgende behandelingen moet u vooraf toestemming vragen:

1 behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg[8] staan
2 uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben
3 behandelingen voor Complex Chronische Longaandoeningen (CCL) als uw zorgverlener niet in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL staat
4 behandeling met ooggeneesmiddelen die op ons Overzicht ooggeneesmiddelen staan, als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben

Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing
De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft
Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Ziekenhuis en medisch specialist

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening
Voor zorg in een zbc krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

Een second opinion kan ook
Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere medisch specialist.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent
U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

Let op bij zorg in het buitenland
In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
2. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. Ziekenhuizen: Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Basisverzekering	100% volgens Nederlandse vergoeding Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de basisverzekering voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Startfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Benfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Optifit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Topfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland • Zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x het bedrag dat de basisverzekering voor de zorg in Nederland zou vergoeden (inclusief vergoeding basisverzekering) • Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x het bedrag dat Superfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat we voor die zorg in Nederland zouden vergoeden. De rest moet u zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
3. voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt soms meer dan het bedrag dat we voor die zorg in Nederland zouden vergoeden. Dat is zo als u zorg nodig heeft die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maar:

1. u gezien uw medische situatie niet op tijd in Nederland kan worden geholpen, of
2. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen

Is dit bij u van toepassing? Dan is ook vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u naartoe gaat voor de behandeling. Maar alleen als u in een EU-, EER- of verdragsland woont, en de behandeling plaatsvindt in een ander EU-, EER-land of Zwitserland.

Heeft u een aanvullende verzekering Superfit?
Gaat u voor zorg naar een EU-, EER- of verdragsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de basisverzekering voor die zorg in Nederland zou vergoeden (de vergoeding van de basisverzekering maakt hiervan deel uit).

Hoe zit het met zorg uit de aanvullende verzekeringen?
Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat we voor de zorg in Nederland zouden vergoeden. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen. Alleen Superfit vergoedt soms maximaal 2 keer het bedrag dat we voor de zorg in Nederland zouden vergoeden. Dat is zo als u de zorg krijgt in een EU-, EER- of verdragsland.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?
Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

Alleen voor ziekenhuiszorg contracteren wij zorgverleners in het buitenland. U vindt deze zorgverleners in ons Overzicht ziekenhuizen buitenland 2025.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- Administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Andere vergoedingen
Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage
Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico
Valt de zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben
Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift nodig heeft, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen
Voor zorg in het buitenland moet u vooraf toestemming van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor zorg met opname of dagopname[1]
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden. En welk deel u misschien zelf moet betalen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing
De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft
Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Een second opinion kan ook
Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op' 01-05-1983 en zichtdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.

2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.

3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.

4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.

5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

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.

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.