

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202500790

### 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 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is bij brief van 5 november 2025 schriftelijk aan haar bevestigd. Op 2 december 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 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 februari 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 5 mei 2026 verklaard niet te willen worden gehoord. Ook heeft zij op die dag een brief aan de commissie gestuurd. De ziektekostenverzekeraar is op 6 mei 2026 door de commissie gehoord. Diezelfde dag is een kopie van de brief van verzoekster van 5 mei 2026 aan hem gestuurd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Benfit, ONVZ Ontzorg Plus, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module B (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is in 2025 behandeld in de Euregio Klinik in Nordhorn, Duitsland. Deze behandeling bestond onder meer uit diagnostiek, een daaropvolgende operatie wegens mammacarcinoom, en radiotherapie. De betreffende nota's zijn ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij ongedateerd e-mailbericht heeft de ziektekostenverzekeraar de ingediende declaraties afgewezen. Op 21 maart 2025 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 31 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Vervolgens hebben partijen hierover met elkaar gecorrespondeerd.

- 2.4. Op 28 april 2025 heeft verzoekster zich tot SKGZ gewend. In de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een vergoeding te verlenen voor de operatie (maximaal € 7.089,70) en voor de radiotherapie (op basis van 20 bestralingsfracties maximaal € 3.882,52). De vervoerskosten werden al eerder vergoed, op basis van € 0,40 per kilometer, onder inhouding van de eigen bijdrage van € 126,- en verrekening van het nog openstaande eigen risico 2025.
- 2.5. Bij e-mailbericht van 27 oktober 2025 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd zijn beslissing ten aanzien van de hoogte van de vergoeding voor radiotherapie te heroverwegen. Bij e-mailbericht van 29 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de vergoeding niet wordt verhoogd.

### 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Duitsland uitgevoerde radiotherapie volledig te vergoeden, althans hiervoor een hogere vergoeding te verlenen dan het bedrag van € 3.882,52.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster toegelicht dat zij sinds 2010 onder controle staat bij een gynaecologenpraktijk in Nordhorn, Duitsland. Verzoekster heeft zich in 2010 tot deze Duitse praktijk gewend, omdat zij toen een ernstige melkklierontsteking had en in Nederland drie maanden moest wachten. Vanwege de pijn en het gevaar voor haar gezondheid was een dergelijke wachttijd geen optie. In 2025 bezocht zij de gynaecologenpraktijk weer en werd zij doorverwezen voor een mammografie. Vervolgens werd een ductaal mammacarcinoom geconstateerd. Verzoekster merkt hierbij op dat sprake is van een familiair risico; haar oudere zus overleed aan dezelfde aandoening en haar nicht – een dochter van deze zus – scoorde positief bij het genetisch onderzoek.  
Op 7 februari 2025 heeft verzoekster een borstsparende operatie ondergaan en is zij bestraald in de Euregio Klinik, eveneens in Nordhorn. Na overleg met de huisarts en de behandelend arts werd gekozen voor behandeling aldaar. Het was niet verstandig om de operatie of verdere behandeling in Nederland te laten plaatsvinden. Dit zou namelijk zorgen voor ongewenste vertraging en versnippering, en communicatiefouten in de hand kunnen werken. Bovendien bleek bij het UMCG geen behandeling op korte termijn mogelijk.  
Verzoekster tekent aan dat de vergoeding van zorg in Duitsland eerder geen problemen opleverde.
- 3.3. Naar verzoekster op basis van informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar, de correspondentie per e-mail en gesprekken met de zorgconsulenten begreep, had het indienen van een incomplete aanvraag geen zin, aangezien deze dan niet in behandeling zou worden genomen. Zij heeft daarom gewacht tot alle benodigde informatie, waaronder een behandelplan, beschikbaar was. Een behandelplan wordt in Duitsland niet op voorhand verstrekt. Dit volgt pas nadat de tumor is onderzocht en de uitkomst van het onderzoek is besproken in een Tumor Konferenz. Bespreking in de Tumor Konferenz vond in dit geval pas op 19 februari 2025 plaats. De wil alles volgens de regels te doen was zeker aanwezig, aldus verzoekster.  
Verder heeft zij nog opgemerkt dat de kosten van de radiotherapie volledig moeten worden vergoed, omdat het volgens haar behandelaar een reguliere behandeling betreft. De kosten hiervan hebben totaal € 8.691,68 bedragen.
- 3.4. Bij brief van 5 mei 2026 heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte stelt dat zij ervoor zou hebben gekozen om de behandeling zonder goedkeuring van hem te ondergaan. Verzoekster was zich er niet van bewust dat de behandeling moest worden aangevraagd. Tijdens het contact met de zorgconsulent is er alleen gesproken over het aanvragen van vervoer.

Verzoekster heeft zich tot het Duitse ziekenhuis gewend, omdat zij hier sinds 2010 wordt behandeld. De huisarts heeft verzoekster aangeraden om zoveel mogelijk behandelingen op een plek te laten doen om versnippering te voorkomen. Volgens de zorgconsulent maakte het niet uit of de bestraling in Nederland zou plaatsvinden. Het lokale ziekenhuis had geen mogelijkheid tot bestraling. Bovendien hebben alle specialisten dit ook aangeraden.

Verzoekster heeft haar onvrede geuit over de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar pas in een laat stadium aangeboden om het contact met het ziekenhuis over te nemen. Ook is de ziektekostenverzekeraar niet goed met de aanvraag omgegaan. Zo is het bijvoorbeeld niet duidelijk waarom een verwijzing van de Nederlandse huisarts nodig was, terwijl verzoekster sinds 2010 onder behandeling is bij de specialist en de huisarts verzoekster in het verleden heeft doorgestuurd naar het betreffende ziekenhuis. Verzoekster heeft een verwijzing van de behandelend arts uit Duitsland verstrekt. Er werd door de ziektekostenverzekeraar steeds opnieuw naar een behandelplan gevraagd. De arts heeft verklaard dit niet aan te kunnen leveren voor de operatie gezien de aard van de operatie en verzoekster heeft dit met de ziektekostenverzekeraar gedeeld. De ervaring met de ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gezorgd dat verzoekster geen vertrouwen meer in hem heeft. Ook heeft het haar herstel negatief beïnvloed.

Er zijn verschillende zorgkosten en vervoerskosten niet vergoed, omdat verzoekster pas op het laatste moment bekend raakte met bepaalde afspraken. Deze konden daarom niet vooraf worden aangevraagd. Verder bleek dat verzoekster, vanwege de onderbreking in de behandeling, opnieuw een aanvraag had moeten doen. Dit was verzoekster niet bekend en ook niet medegedeeld bij de aanvraag.

De gehele situatie heeft verzoekster voor behoorlijk veel extra stress gezorgd en erg veel energie gekost. Momenteel verkeert verzoekster in financiële problemen en probeert zij er weer bovenop te komen. Verzoekster heeft te goeder trouw gehandeld en alles volgens de regels heeft willen aanvragen.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 februari 2026 toegelicht dat verzoekster ervoor heeft gekozen de zorg te ontvangen zonder hiervoor vooraf een machtiging te hebben aangevraagd, zoals volgens de voorwaarden van de zorgverzekering is vereist. De ziektekostenverzekeraar heeft uiteindelijk echter besloten om de zorg te beoordelen en te vergoeden alsof wél toestemming zou zijn aangevraagd.

4.2. Met betrekking tot afwikkeling van de ingediende nota's geeft de ziektekostenverzekeraar de volgende toelichting:

Voor de radiotherapeutische behandeling:

- declaratie 14112523 is nabetaald tot maximaal € 3.882,52;
- de meerkosten van € 4.809,16 zijn voor eigen rekening.

Voor de operatieve ingreep:

- declaratie 13719366 van € 630,56 is volledig uitbetaald. Het gaat om kosten voor het eerste consult en diagnostisch onderzoek;
- declaratie 14112524 van € 822,21 is volledig uitbetaald. Het gaat om kosten voor het bloedonderzoek;
- declaratie 13858155 van € 5.321,59 is volledig uitbetaald. Het betreft de kosten voor de operatie;
- declaratie 13905676 van € 438,95 is gedeeltelijk uitbetaald. € 315,34 is vergoed. De maximale vergoeding van € 7.089,70 is hiermee volledig uitbetaald. De meerkosten van € 123,61 zijn afgewezen;
- declaraties 13858156 en 13781924 voor € 192,78 voor de compressiebeha's zijn afgewezen omdat de maximale vergoeding reeds is bereikt.

- 4.3. Verzoekster heeft de radiotherapeutische behandeling ontvangen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Duitsland. Het betreft een medisch specialistische behandeling. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering leidt dit tot toepassing van de regeling voor niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg. Daartoe dient de ziektekostenverzekeraar de vergoeding vast te stellen op basis van de Nederlandse DBC-systematiek. Voor de radiotherapie van verzoekster is door de medische dienst van de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat DBC 15D867/ 990061066 (Radiotherapie (bestraling) standaard) van toepassing is. De DBC-tariefstelling in Nederland is bepalend voor de beoordeling van de maximale vergoeding die de ziektekostenverzekeraar kan toepassen bij niet-gecontracteerde zorg. Voor niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg geldt binnen de zorgverzekering een maximale vergoeding van 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief van het voorgaande jaar (nrs. 67 en volgende). De ziektekostenverzekeraar heeft deze berekening uitgevoerd en is uitgekomen op een vergoeding van € 3.882,52 op basis van 20 bestralingsfracties, en dit bedrag is aan verzoekster betaald.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar berekent de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg door per DBC het gemiddelde van de gecontracteerde tarieven van het voorgaande jaar te nemen. Daar wordt vervolgens een indexatie op toegepast. Van de uitkomst van deze berekening wordt 80% genomen. Het hieruit resulterende bedrag is vermeld in de op de website opgenomen lijst met maximale vergoedingen.
- 4.5. Eerder heeft SKGZ de Nederlandse openbare tarieven geraadpleegd en dit resulteerde toen voor de radiotherapie in een bedrag dat lager was dan het tarief dat de ziektekostenverzekeraar had bepaald. De door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoeding van € 3.882,52 ligt iets boven het bedrag op basis van 80% van de openbare tarieven. Daarmee staat volgens de ziektekostenverzekeraar vast dat hij heeft gehandeld binnen de kaders van de voorwaarden van de zorgverzekering en de Zorgverzekeringswet. Hoewel verzoekster een aanzienlijk hogere factuur ontving van het Duitse ziekenhuis, is de ziektekostenverzekeraar wettelijk gehouden te vergoeden op basis van het Nederlands DBC-tarief. De buitenlandse factuur kan daarom niet dienen als grondslag voor een aanvullende vergoeding.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het geschil gaat over de vergoeding voor radiotherapie. Verzoekster heeft niet om voorafgaande toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen om haar dit niet tegen te werpen. Het betreft daarom eigenlijk een coulancevergoeding. Er is achteraf een beoordeling uitgevoerd en een bedrag van € 3.882,52 vergoed. Het klopt dat er een prijsverschil bestaat tussen de Duitse nota en de vergoeding. Die bedraagt bijna € 9.000,--. Dit komt omdat de ziektekostenverzekeraar een maximale vergoeding verleend. In dit geval gaat het om 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Op pagina 67 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt verwezen naar de maximale vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorg op de website van de ziektekostenverzekeraar. Daar staat de 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief ook genoemd. Ten aanzien van de gevraagde nieuwe verwijzing geldt dat een verwijzing maar een jaar geldig is. Bij het vragen om toestemming is een verwijzing nodig. In dit geval is geen aanvraag ingediend, maar de ziektekostenverzekeraar had hoe dan ook een verwijzing nodig voor de beoordeling. De ziektekostenverzekeraar is bereid een tarifieringsverzoek te doen bij het bevoegde orgaan in Duitsland. Hiermee wordt duidelijk welk bedrag het Duitse bevoegde orgaan zou hebben vergoed. De ziektekostenverzekeraar zal het proces van tarifiering in gang zetten. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat de situatie voor stress heeft gezorgd bij verzoekster. Dit wilde hij niet teweegbrengen. Dit is ook de reden dat de ziektekostenverzekeraar ten gunste van verzoekster is afgeweken van de verzekeringsvoorwaarden.

## 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 en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor het relevante artikel uit Verordening (EG) nr. 883/2004. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoekster is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet om voorafgaande toestemming gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Europese Hof van Justitie volgt dat de verordening in dat geval buiten toepassing blijft. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Europese Hof van Justitie echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd dan wel de beslissing op die aanvraag wordt afgewacht. In dit geval is door verzoekster weliswaar gesteld dat sprake was van urgentie en dat zij niet terecht kon bij het UMCG, maar van dat laatste ontbreekt bewijs, terwijl verzoekster daarnaast geen contact heeft gezocht met de ziektekostenverzekeraar om te vragen om zorgbemiddeling. Dat behandeling in Nederland zou leiden tot versnippering en communicatiefouten in de hand zou werken, zoals door verzoekster in dit verband is aangevoerd, overtuigt niet. Dit betekent dat, bij ontbreken van bijzondere omstandigheden, de verordening geen toepassing vindt en dat voor de aard en omvang van de aanspraken de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving bepalend zijn.
- 6.3. De door verzoekster genoten 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. De aanspraak op medisch specialistische zorg is geregeld in artikel 2.4 Bzv. Op grond van hetgeen is beschreven op de pagina's 247 e.v. van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover de buitenlandse zorgaanbieder niet is gecontracteerd bepaalt artikel 13 Zvw dat de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding bepaalt. Op pagina 67 van de voorwaarden is bepaald dat er maximale tarieven gelden voor zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener. Voor medisch specialistische zorg geldt dat hierbij de in Nederland toepasselijke DBC-systematiek als uitgangspunt voor de bepaling van de hoogte van de vergoeding wordt genomen. Het is hierover dat partijen verdeeld zijn.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij is uitgegaan van maximaal 20 bestralingsfracties. De bijbehorende declaratiecode/het DBC-zorgproduct is volgens hem 15D867/990061066 (Radiotherapie (bestraling) standaard). Verzoekster heeft de toepasselijkheid van deze declaratiecode/dit DBC-zorgproduct niet – gemotiveerd – bestreden, zodat de commissie de juistheid hiervan als vaststaand aanneemt. De volgende vraag is dan welke vergoeding bij de toegepaste declaratiecode/het DBC-zorgproduct hoort. In de voorwaarden van de zorgverzekering wordt onderscheid gemaakt tussen spoedeisende en niet-spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is onder het kopje 'Dit krijgt u

vergoed' op bladzijde 247 aldus gedefinieerd: "Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of plotselinge ziekte? Dat is spoedeisende zorg, dus zorg die u onverwachts nodig heeft en meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Zodat u uw reis of verblijf niet hoeft af te breken." De commissie is niet gebleken dat sprake is geweest van spoedeisende zorg in de hiervoor vermelde zin.

Niet-spoedeisende zorg is geregeld op bladzijde 251 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De algemene regels zijn daarbij van toepassing volgens bladzijde 254. Dit betekent dat voor niet gecontracteerde zorg, zoals waarvan hier sprake is, maximale tarieven gelden (bladzijde 67 van de voorwaarden). Als op de website vanuit de verzekeringsvoorwaarden wordt doorgeklikt naar 'vergoedingen', komt men op het tabblad 'Maximale vergoedingen 2025 Medisch-specialistische zorg'. Bij declaratiecode 15D867 is vermeld 'op aanvraag'. Als vooraf toestemming wordt gevraagd, zoals de verzekeringsvoorwaarden verlangen, is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid mee te delen hoe hoog de vergoeding precies is. In dit geval is het vragen van toestemming echter achterwege gebleven. De gevolgen hiervan, met name in de vorm van mogelijk niet-vergoede kosten, komen daarom voor rekening van verzoekster.

- 6.5. Waar het gaat om de, in dit geval dus achteraf vastgestelde, vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat als uitgangspunt het gemiddeld gecontracteerde tarief van het voorgaande jaar wordt genomen. Dit wordt geïndexeerd en van deze uitkomst wordt 80% genomen, hetgeen neerkomt op € 3.882,52. De juistheid van dit bedrag is door verzoekster niet – gemotiveerd – bestreden. Gelet op het gemiddelde bedrag in 2024 van het desbetreffende DBC-zorgproduct (€ 4.755,-- ten tijde van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen), en rekening houdend met de toepasselijke korting van 20%, komt genoemd bedrag de commissie dan ook niet onbegrijpelijk voor.  
Het voorgaande leidt tot de conclusie dat aan verzoekster voor de 20 bestralingsfracties de vergoeding is verleend waarop zij volgens de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak heeft.
- 6.6. Tot slot merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar zich ter zitting bereid heeft verklaard om een tarifieringsverzoek te doen bij het Duitse bevoegde orgaan en een eventueel positief verschil alsnog aan verzoekster te vergoeden.

*Slotsom*

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 mei 2026,

H.A.J. Kroon

## **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 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.

---

## 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.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

### Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
    - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
  - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
    - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
    - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
    - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen

- van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

- 2.** Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

## ● Medisch specialist

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland</li><li>• 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>De meeste ziekenhuiszorg</p>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup> 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<sup>3</sup> 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<sup>4</sup>, 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<sup>2</sup>)
- 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<sup>5</sup> 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 huid (uvuloplastiek)

# Ziekenhuis en medisch specialist

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<sup>6</sup> zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook uw verloskundige verwijzen. Bij acute zorg<sup>7</sup> 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 machtigen medisch-specialistische zorg<sup>8</sup> 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 (voorzien) 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: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Startfit</b>	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
<b>Benfit</b>	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
<b>Optifit</b>	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
<b>Topfit</b>	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
<b>Superfit</b>	Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Superfit <ul style="list-style-type: none"><li>• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief</li><li>• Zorg die onder Superfit valt, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief</li><li>• Geregistreerde geneesmiddelen</li><li>• Niet-geneesmiddelen, max. € 350 per kalenderjaar</li><li>• Ziekenvervoer naar de zorgverlener</li></ul>
<b>Tandfit A</b>	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit B</b>	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit C</b>	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit Preventief</b>	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Wereldfit</b>	Aanvulling vergoeding basisverzekering <ul style="list-style-type: none"><li>• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief</li><li>• Geregistreerde geneesmiddelen</li><li>• Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar</li><li>• Ziekenvervoer naar de zorgverlener</li></ul>

#### ● Dit krijgt u vergoed

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of plotselinge ziekte? Dat is spoedeisende zorg, dus zorg die u onverwachts nodig heeft en meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Zodat u uw reis of verblijf niet hoeft af te breken.

# Zorg in het buitenland en reizen

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 die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan 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

## **Of: vergoeding volgens regels van het land waar u zorg krijgt**

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt. Door gebruik te maken van uw Europese zorgpas (EHIC) of een Verdragsformulier 111.

## **Wat vergoedt de aanvullende verzekering?**

Verblijft u maximaal 1 jaar in het buitenland? Wereldfit en Superfit vullen voor spoedeisende zorg in het buitenland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. Maar alleen als de zorg voor uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Daarnaast vergoeden Wereldfit en Superfit:

- geregistreerde geneesmiddelen (in Nederland of in land van behandeling) die de basisverzekering of een aanvullende verzekering niet vergoed
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 250 per kalenderjaar bij Wereldfit. Superfit vergoedt maximaal € 350
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen
- ziekenvervoer naar en van de zorgverlener

Heeft uw zorgverlener in het buitenland een garantie nodig dat ONVZ de zorgkosten vergoedt? Of dat ONVZ een voorschot betaalt? Met Wereldfit of Superfit regelt onze alarmcentrale dat voor u, als u daarom vraagt. Maar alleen als de Vrije Keuze Basisverzekering, Wereldfit of Superfit die zorgkosten vergoedt.

Heeft u spoedeisende zorg nodig uit uw aanvullende (tand)verzekering? De vergoedingen uit de aanvullende verzekering gelden ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Met dezelfde voorwaarden als in Nederland. De aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt.

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

## **Hier kunt u terecht**

Een zorgverlener die in de door de overheid gebruikte registers staat in het land waar u de behandeling krijgt. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan in dat land, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

## **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)

# Zorg in het buitenland en reizen

Wereldfit en Superfit vergoeden daarnaast ook niet:

- eigen risico dat u moet betalen

## Andere vergoedingen

Voor zorg waarvan u al wist dat u die moest krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg.

## • Wat u zelf betaalt

### De eigen bijdrage

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

### Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u eigen risico als die regels dat bepalen. Zo werkt het eigen risico

## • Dit moet u zelf doen

### U heeft geen verwijzing nodig

Bij acute zorg<sup>1</sup> heeft u geen verwijzing nodig. U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

### Neem bij opname contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig waarvoor u wordt opgenomen? Dan moet u zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Zij bepalen of sprake is van spoedeisende zorg. Neemt u geen contact op of wacht u het oordeel van de alarmcentrale niet af? Dan kan dat gevolgen hebben voor de vergoeding.

## • 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.

### U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling of repatriëring.

### Langer dan 1 jaar in het buitenland? Dan geen vergoeding van Wereldfit of Superfit

De vergoedingen van Wereldfit en Superfit gelden alleen bij een verblijf in het buitenland van maximaal 1 jaar.

### Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven niet alle voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

### 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.

## Zorg in het buitenland en reizen

### **Uitleg**

1. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

### ● Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% volgens Nederlandse vergoeding Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de basisverzekering voor de zorg in Nederland zou vergoeden
<b>Startfit</b>	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Startfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
<b>Benfit</b>	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Benfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
<b>Optifit</b>	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Optifit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
<b>Topfit</b>	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Topfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
<b>Superfit</b>	Zorg volgens vergoedingen Superfit Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland <ul style="list-style-type: none"><li>• 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)</li><li>• Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x het bedrag dat Superfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden</li></ul>
<b>Tandfit A</b>	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit B</b>	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit C</b>	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit Preventief</b>	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Werldfit</b>	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:

## Zorg in het buitenland en reizen

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<sup>1</sup>
- 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