

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders
Zaaknummer: 202501597

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij bericht van 22 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 januari 2026 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 16 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker 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 Topfit, ONVZ OntzorgPlus en ONVZ Wereldfit (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft in april 2025 een medisch-specialistische behandeling met opname ondergaan in België. De kosten hiervan heeft hij achteraf gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 7 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de gedeclareerde kosten ten bedrage van € 8.568,61 niet worden vergoed.

- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 21 augustus 2025 en 4 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen (i) of de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid kon komen tot zijn afwijzende beslissing, (ii) van de ziektekostenverzekeraar mag worden verwacht dat hij alsnog inhoudelijk beoordeelt of de betreffende behandeling zou zijn vergoed na een voorafgaande aanvraag, (iii) en/of de ziektekostenverzekeraar op basis van redelijkheid en billijkheid moet overgaan tot (gedeeltelijke) vergoeding van de betreffende kosten.
- 3.2. Verzoeker heeft in het verzoek om heroverweging van 29 augustus 2025 aangevoerd dat hij op het moment dat hij de zorg nodig had en deze heeft ontvangen, niet ervan op de hoogte was dat hij de ziektekostenverzekeraar voorafgaand moest vragen om toestemming. Als hij dit wel had geweten, zou hij contact hebben opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om dit te regelen.
- 3.3. In het klachtenformulier van 29 september 2025 heeft verzoeker vermeld dat hij in België een operatie heeft ondergaan en dat hij hier al geruime tijd onder behandeling was.
- 3.4. In de toelichting van 12 januari 2026 heeft verzoeker gesteld dat hij destijds geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, omdat hij dit door totale onwetendheid was vergeten. Hij vindt het extra wrang dat de ziektekostenverzekeraar niet bereid is inhoudelijk te beoordelen of de behandeling wel zou zijn vergoed als hij deze vooraf had aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft evenmin gekeken of een al dan niet gedeeltelijke vergoeding kan worden toegekend op basis van coulance. Dit terwijl de behandeling medisch noodzakelijk was en deze binnen Europa is uitgevoerd.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop toegelicht dat een opname in het ziekenhuis in België nodig was vanwege een hartritmestoornis. Hij is daar ongeveer 30 jaar geleden terechtgekomen, omdat de wachttijd daar korter was dan in Nederland. Hij heeft verschillende keren een cardioversie, maar ook een ablatie gehad. Eerder heeft verzoeker nooit vooraf iets moeten aanvragen bij de ziektekostenverzekeraar. Hij wist niet dat hij nu vooraf toestemming moest vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Ongeveer 15 jaren geleden heeft hij een hersenattack doorgemaakt. Hij is daarom niet meer zo scherp met details. Pas op een later moment is hij erachter gekomen dat de kosten van de opname in het ziekenhuis in België niet werden vergoed. Een half jaar geleden kreeg hij van de ziektekostenverzekeraar het verzoek om aanvullende informatie aan te leveren. Dat heeft hij verschillende keren gedaan. Twee maanden geleden hoorde hij van de ziektekostenverzekeraar dat de opname in het ziekenhuis in België vooraf aangevraagd had moeten worden. Verzoeker heeft verder verteld over de medische behandelingen die hij heeft gehad. Hij kon heel snel terecht voor een behandeling die pas sinds twee jaren mogelijk is. Eerder konden de artsen niet bij een specifieke plek bij het hart komen, maar met deze techniek wel. Verzoeker verwacht dat de laatste twee jaren – in verband met het toestemmingsvereiste – meer kosten niet zijn vergoed. Het gaat nu om een bedrag dat hem is opgevallen, namelijk € 8.600,--. Hij heeft verder meegedeeld dat hij altijd bij de ziektekostenverzekeraar en zijn rechtsvoorgangers verzekerd is geweest. Verzoeker heeft verklaard dat de ziektekostenverzekeraar het ter zitting heeft over een gecontracteerde zorgaanbieder. Hij heeft een zorgverzekering waarin hij de vrije keus heeft. Hij vindt het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar de situatie niet op grond van redelijkheid en billijkheid beoordeelt. Partijen moeten met elkaar in gesprek hierover en tot een vergelijk komen. Vergelijken met andere verzekerden is niet relevant, want elke situatie is anders. Hij realiseert zich dat een toestemmingsvereiste voortaan nodig is, maar in de laatste 30 jaren heeft hij nog nooit om voorafgaande toestemming hoeven vragen. Daarnaast gevraagd door de commissie licht verzoeker

toe dat hij in 2024 in België behandelingen heeft gehad, maar niet opgenomen is geweest. Hij vraagt zich af of het nog uitmaakt hoeveel dagen hij opgenomen is geweest. De arts had aan verzoeker meegedeeld dat hij de week erop al geopereerd kon worden. Dan is er ook geen tijd om voorafgaande toestemming te vragen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de gedeclareerde kosten terecht heeft afgewezen, op grond van het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming voor planbare zorg in het buitenland. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat in artikel 14, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet is bepaald dat een zorgverzekeraar in zijn polisvoorwaarden voorwaarden mag stellen, waaronder het vooraf verkrijgen van toestemming, voor bepaalde vormen van zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft in de voorwaarden van de zorgverzekering, overeenkomstig voornoemde wetsbepaling, uitdrukkelijk vastgelegd dat planbare medisch-specialistische zorg met opname in het buitenland uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komt als hij hiervoor vooraf toestemming heeft verleend. Dit is geen vrijblijvende formaliteit, maar een geldige en bindende voorwaarde waaraan betrokkene moet voldoen om recht te hebben op vergoeding van de behandelkosten. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het belang van de voorwaarde van voorafgaande toestemming voor planbare ziekenhuiszorg in het buitenland, is gelegen in de aard van deze zorg en de beperkingen van een eventuele toetsing achteraf. Het is achteraf bijvoorbeeld moeilijk vast te stellen of op het moment van behandeling een medische noodzaak c.q. operatie-indicatie bestond en of er een geldige verwijzing aanwezig was.
- 4.2. Verzoeker beroept zich op de redelijkheid en billijkheid en vraagt om in zijn specifieke situatie een uitzondering te maken op het toestemmingsvereiste. De ziektekostenverzekeraar ziet echter geen aanleiding hier een uitzondering te maken. Dat verzoeker niet bekend was met het vereiste maakt dit niet anders. De voorwaarde wordt via diverse kanalen gecommuniceerd aan verzekerden. Ook het argument dat de behandeling medisch noodzakelijk was en niet kon worden uitgesteld, vormt geen reden om van het toestemmingsvereiste af te wijken. Alleen in uitzonderlijke situaties, namelijk als sprake is van een acute medische noodsituatie waarin het voor betrokkene objectief onmogelijk was om tijdig toestemming te vragen of de beslissing daarop af te wachten, zou de ziektekostenverzekeraar kunnen overwegen om bij wijze van hoge uitzondering coulancehalve van het toestemmingsvereiste af te wijken.
- 4.3. Het in dit geval vergoeden van (een deel van) de kosten uit coulance, zonder dat aan de voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan, zou neerkomen op het negeren van het toestemmingsvereiste en daarmee op een ongelijke behandeling ten opzichte van andere verzekerden.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop meegedeeld dat het toestemmingsvereiste pas vanaf eind 2024 via het wijzigingsoverzicht, de voorwaarden van de zorgverzekering en de website is gecommuniceerd aan de verzekerden. Het kan daarom kloppen dat verzoeker eerder geen voorafgaande toestemming heeft hoeven vragen. Dat de zorg medisch noodzakelijk was doet niet ter zake. Alleen indien sprake is van spoed, is voorafgaande toestemming niet nodig. Daarvan was in het geval van verzoeker geen sprake. De ziektekostenverzekeraar dient voorafgaand aan een behandeling te controleren of de zorg voldoet aan de kwaliteitsstandaard en of het zorg betreft waarop een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij niet kan bepalen of verzoeker – als hij wel voorafgaande toestemming had gevraagd – die toestemming had gekregen. Dat bepaalt de medisch adviseur. De ziektekostenverzekeraar heeft als beleid gesteld dat voorafgaande toestemming nodig is. Het zou tegenover andere verzekerden niet eerlijk zijn als verzoeker wel achteraf nog informatie mag aanleveren en het vereiste van een voorafgaande toestemming terzijde wordt geschoven. Er zijn veel van dit soort gevallen. Als de

ziektekostenverzekeraar een onderscheid gaat maken, waar ligt dan de grens. Het beleid is dat niet achteraf wordt beoordeeld of een verzekerde aanspraak had op bepaalde zorg. Het coulancebeleid is strikt bedoeld voor schrijnende gevallen. Het niet weten dat er toestemming moet worden gevraagd of dat men snel terecht kan, vallen daar niet onder. Dat verzoeker op korte termijn kon worden geopereerd is niet relevant, want hij wist op dat moment sowieso niet dat hij voorafgaande toestemming moest vragen. Het aantal opnamedagen maakt niet uit.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 79 van de Algemene regels van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg en het toestemmingsvereiste, en ook artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek (BW), zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Verordening (EG) nr. 883/2004

- 6.2. Verzoeker is naar België gegaan om daar zorg af te nemen. Het betreft medisch-specialistische zorg met een opname. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. Uit Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat in het geval dat geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de Verordening (overweging 31). Om die reden toetst de commissie hieraan ambtshalve.
In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).

- 6.3. In dit geval heeft verzoeker geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Er is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor dit niet mogelijk was (Elchinov, zaak C-173/09). Dit betekent dat de Verordening buiten toepassing blijft en dat moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 6.4. In het artikel 'Ziekenhuisopname', zoals vermeld op de pagina's 70 tot en met 72 van de voorwaarden van de zorgverzekering is vastgelegd dat in het geval van een geplande opname in het buitenland, zoals hier aan de orde, vooraf toestemming moet worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Ook in het artikel 'Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg', zoals

vermeld op de pagina's 251 tot en met 253 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor zorg met een opname of dagopname betrokkene voorafgaand toestemming moet vragen aan de ziektekostenverzekeraar.

- 6.5. Het is de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 14 Zvw toegestaan een toestemmingsvereiste te hanteren. Nu vaststaat dat het zorg in het buitenland betreft die gepaard gaat met een opname, had verzoeker op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling moeten vragen om zijn toestemming. Dit is echter niet gebeurd. De ziektekostenverzekeraar mocht om die reden vergoeding van de gedeclareerde kosten weigeren. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, zou dit slechts anders zijn als sprake was van acute zorg, dat wil zeggen zorg die niet redelijkerwijs kan worden uitgesteld. In dat geval zou van verzoeker niet kunnen worden verwacht dat hij vooraf toestemming vraagt en deze toestemming afwacht. Uit het dossier blijkt evenwel niet dat dit bij verzoeker aan de orde was, en dit is door hem ook niet aangevoerd. De vraag in onderdeel (i) van het verzoek moet daarom bevestigend worden beantwoord. De stelling van verzoeker dat hij niet bekend was met het toestemmingsvereiste maakt dit niet anders. Het had op zijn weg gelegen hiervan kennis te nemen door raadpleging van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.
- 6.6. Ten aanzien van onderdeel (ii) geldt dat een inhoudelijke beoordeling achteraf geen toegevoegde waarde heeft, nu de ziektekostenverzekeraar al vanwege het ontbreken van zijn toestemming vergoeding van de in België gemaakte kosten mocht weigeren en dit ook heeft gedaan

Redelijkheid en billijkheid

- 6.7. Verzoeker betwist niet dat een voorafgaande toestemming is vereist. Hij doet een beroep op de redelijkheid en billijkheid, omdat hij voorheen zonder problemen behandelingen vergoed kreeg. De commissie overweegt dat, alhoewel verzoeker in het verleden behandelingen – al dan niet met opnamedagen – van zorg in België vergoed heeft gekregen, dit niet betekent dat het toestemmingsvereiste hem niet kan worden tegengeworpen. Verder geldt dat een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing is, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. Aldus is bepaald in artikel 6:248, tweede lid, BW. Uit de wetsgeschiedenis van de Zvw blijkt dat een zorgverzekeraar een toestemmingsvereiste mag hanteren op straffe van verlies van het recht op een verzekerde prestatie. Niet valt in te zien waarom hiervan in de situatie van verzoeker zou moeten worden afgeweken. Onderdeel (iii) van het verzoek moet daarom ontkennend worden beantwoord.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde.

Coulance

- 6.9. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft beoordeeld of een al dan niet gedeeltelijke vergoeding kan worden verleend op basis van coulance, terwijl de behandeling medisch noodzakelijk was en binnen Europa is uitgevoerd. De commissie overweegt dat het Europese aspect hiervoor, in het kader van de verordening, al is behandeld. Het toepassen van coulance is een handelen uit welwillendheid, dus zonder dat het juridisch verplicht is. Het coulancebeleid is aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan in diens beslissing niet treden. De commissie kan slechts een vergoeding toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken.

Slotsom

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

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 gehemeltespelen, 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.

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. (...)*”

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

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

● Dit krijgt u vergoed

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist¹. 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 zbc² 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 assistant³ 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 zorg⁴, 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 (zbc²)
- 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 ziekenhuizen⁵ 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 optometrist⁶ zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook uw verloskundige verwijzen. Bij acute zorg⁷ 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 zorg⁸ 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

● Ziekenhuisopname

Soms is een opname in het ziekenhuis nodig om beter te worden.

● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Basisverzekering	<ul style="list-style-type: none">• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland• 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding Max. 3 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort
Zorgplan	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

● Dit krijgt u vergoed

Kleinere operaties en onderzoeken vinden meestal plaats op de polikliniek van een ziekenhuis of in dagopname¹. U kunt dan dezelfde dag weer naar huis.

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist² of de kaakchirurg³ in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort:

- verpleging en verzorging
- Paramedische zorg⁴
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Soms is opname in het ziekenhuis niet meer nodig. Maar heeft u nog wel een hoog risico op ernstige complicaties waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als u CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als uw eigen huis te ver weg is. Bij dat verblijf is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. De vergoeding hiervoor is maximaal € 91 per dag.

De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan hebben een vergoeding om uw verblijf comfortabeler te maken. Die staat bij Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (zbc⁵)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

Ziekenhuis en medisch specialist

Als u zonder verpleging of zorg in de buurt van het ziekenhuis moet verblijven:

- logeershuis bij het ziekenhuis
- hotel of andere betaalde overnachting

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 ziekenhuizen⁶ 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](#).

Andere vergoedingen

Er zijn nog andere soorten zorg waarvoor u kunt worden opgenomen. Daarom staan deze apart vermeld:

- [Opname voor geneeskundige ggz](#)
- [Eerstelijns verblijf](#)
- [Medisch-specialistische revalidatie](#)
- [Geriatrische revalidatie](#)
- [Zintuiglijk gehandicaptenzorg](#)

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, 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 optometrist⁷ zijn. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg⁸ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

U moet vooraf toestemming vragen als u wordt opgenomen voor de volgende behandelingen of onderzoeken:

- 1 behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg⁹ staan
- 2 uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) als wij met uw zorgverlener 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 wij met uw zorgverlener geen contract hebben

• 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.

Ziekenhuis en medisch specialist

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de ziekenhuisopname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Let op bij opname 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. Voor een geplande opname in het buitenland moet u bijvoorbeeld vooraf toestemming van ons hebben.

Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis
2. 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
3. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
6. Ziekenhuizen: Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken
7. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
8. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
9. 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:

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 dagopname¹
- 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